

Camila Cardoso Pereira

O PROCESSO TERAPÊUTICO FONOAUDIOLÓGICO JUNTO AO PACIENTE
QUE APRESENTA O HÁBITO DE SUCÇÃO DIGITAL NA CLÍNICA DA
MOTRICIDADE ORAL: a importância da história de vida.

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

2005

Camila Cardoso Pereira

O PROCESSO TERAPÊUTICO FONOAUDIOLÓGICO JUNTO AO PACIENTE
QUE APRESENTA O HÁBITO DE SUCÇÃO DIGITAL NA CLÍNICA DA
MOTRICIDADE ORAL: a importância da história de vida.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Fonoaudiologia, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Suzana Magalhães Maia.

São Paulo

2005

Cardoso-Pereira, Camila

O processo terapêutico fonoaudiológico junto ao paciente que apresenta o hábito de sucção digital na clínica da motricidade oral: a importância da história de vida/Camila Cardoso Pereira. -- São Paulo, 2005.

vii, 83f.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia.

Título em inglês: The therapeutic process in the speech therapy of a patient who is used to singer suction: the importance of life history.

1. Hábito oral deletério. 2. Sucção digital. 3. História de vida. 4. Motricidade Oral.

“Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, pois cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, mas não vai só, leva um pouco de nós mesmo e deixa um pouco de si mesmo. E essa é a maior responsabilidade de nossa vida e a prova de que duas almas não se encontram por acaso”.

Saint Exupéry

Camila Cardoso Pereira

O PROCESSO TERAPÊUTICO FONOAUDIOLÓGICO JUNTO AO PACIENTE QUE
APRESENTA O HÁBITO DE SUCÇÃO DIGITAL NA CLÍNICA DA MOTRICIDADE
ORAL: a importância da história de vida.

Presidente da banca: Prof^a. Dr^a. Suzana Magalhães Maia

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em: ___ / ___ / ___

DEDICATÓRIA

A Deus, fonte de toda sabedoria.

Aos meus pais, Neusa e Renato, anjos da guarda existem e atendem pelo nome de pais!

Ao meu marido, Walter, pela paciência, suporte, entendimento e amor que fez esta Dissertação possível.

Aos meus pacientes portadores de hábitos orais deletérios, por terem sido sempre o motor que acionava a locomotiva do trem. Eles instilavam em mim a crença e o ímpeto em sempre melhorar o atendimento, em nunca estar satisfeita com os resultados e sempre procurar uma alternativa melhor para o futuro.

AGRADECIMENTOS

Esta Dissertação jamais teria sido inferida sem a inestimável ajuda de várias pessoas. Eu gostaria de aproveitar esta oportunidade para expressar meus agradecimentos a todas elas.

A Prof^a. Suzana Magalhães Maia um agradecimento especial por ter sido o instrumento em transformar este sonho em realidade. Com carinho e admiração pelas orientações no decorrer deste trabalho.

A Cláudia Perrotta, pelas suas observações e críticas sempre honestas durante a correção do texto.

Ao Prof. Mauro Spinelli (*in memorium*): não existem palavras que expressam o bem maior de ter conhecido um verdadeiro mestre. Tenho certeza que a sua vida se prolonga em outras vidas, devido aos frutos que plantastes.

Meus mais sinceros agradecimentos.

Sumário

Dedicatória	vi
Agradecimentos	vii
Lista de Figuras	x
Resumo	xi
1. INTRODUÇÃO	01
2. O HÁBITO DE SUCÇÃO DIGITAL	04
2.1. Oclusão Dentária e os Hábitos Deletérios	05
2.2. Hábito de Sucção Digital	07
2.2.1. Justificativas Psicológicas aferidas ao Hábito de Sucção Digital	10
2.3. Fatores desencadeantes de alterações orofaciais oriundas do hábito de sucção digital	12
2.4. Implicações Morfológicas advindas do Hábito de Sucção Digital	14
2.5. Considerações prévias ao Tratamento Ortodôntico	21
2.5.1. Tratamento Ortodôntico	25
3. O HÁBITO DE SUCÇÃO DIGITAL E A CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA	33
3.1. Estudos fonoaudiológicos relacionados à temática do hábito de sucção digital	34
3.1.1. Estudos ortodônticos fazendo menção a mioterapia no tratamento de hábitos deletérios de sucção	39
3.2. Perspectiva do trabalho terapêutico em Fonoaudiologia que privilegia a singularidade do sujeito	43
4. MATERIAL E MÉTODO	49
5. O PROCESSO TERAPÊUTICO COM EDUARDA	53
5.1. O primeiro encontro	53

5.1.1. Reflexão do primeiro encontro	55
5.1.2. O hábito de sucção digital e o reencaminhamento ortodôntico para o atendimento fonoaudiológico	56
5.2. Os primórdios da entrevista inicial	57
5.3. A avaliação fonoaudiológica	63
5.4. As sessões terapêuticas	70
6. ANÁLISE DAS SESSÕES TERAPÊUTICAS	71
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
8. ANEXO	73
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

Lista de figuras

Figura 1.	Posição vestibulo-lingual dos dentes	06
Figura 2.	Biótipo Mesofacial	14
Figura 3.	Biótipo Dolicofacial	14
Figura 4.	Biótipo Braquefacial	14
Figura 5.	Visualização do dedo acarretando desvio morfológico	16
Figura 6.	Posicionamento do dedo durante sucção digital	19
Figura 7.	Posicionamento do dedo durante sucção digital	19
Figura 8.	Má oclusão decorrente de sucção digital	20

Resumo

Dentro da atuação fonoaudiológica, no campo da Motricidade Oral, o paciente portador do hábito de sucção digital vem recebendo tratamentos relacionados aos intrincados processos de manifestações clínicas. Partindo da necessidade de atender e compreender as demandas que este hábito deletério incide sobre o tratamento fonoaudiológico, este estudo tem como **objetivo** investigar a importância, na terapia fonoaudiológica, de compreender a história de vida dos pacientes que apresentam este hábito oral deletério. Para alcançar este objetivo, recorreremos à **metodologia** clínico-qualitativa, relatando o processo terapêutico de uma paciente que perdurou com o hábito de sucção por um longo tempo, interrompendo-o durante o tratamento fonoaudiológico, partindo da descrição e análise de fragmentos das sessões terapêuticas. Os **resultados** analisados circunscreveram além dos procedimentos específicos fonoaudiológicos, a trajetória desse hábito oral escutado em sua história de vida, retratando, contudo, a mudança de postura clínica do terapeuta, foco da análise. A **conclusão** desse estudo leva tanto o fonoaudiólogo quanto a equipe multidisciplinar envolvida com este paciente, considerar o sujeito e suas manifestações clínicas além das alterações orofaciais, visando uma atuação que contemple a singularidade do paciente, refletindo, entretanto, a importância deste tipo de abordagem na área da Motricidade Oral.

O conhecimento da etiologia das alterações orofaciais é fundamental no trabalho fonoaudiológico na área da Motricidade Oral, visto que, na maioria das vezes há necessidade de suprimir as causas para se adequar os padrões miofuncionais.

Neste sentido, a prática constante num período prolongado do hábito de sucção digital, pode ser considerada um fator etiológico da modificação na morfogênese da arcada dentária devido ao desequilíbrio das pressões de língua, lábios e bochechas, sendo, portanto, imperiosa a necessidade de um trabalho conjunto entre a Fonoaudiologia e a Ortodontia, no sentido de minimizar as alterações miofuncionais e dentofaciais, respectivamente, provenientes da instabilidade entre função e forma.

Todavia, na maioria das vezes se tem observado terapêuticas, tanto fonoaudiológicas quanto ortodônticas, direcionadas especificamente a descontinuação do hábito de sucção digital, e conseqüentemente, a readaptação das alterações orofaciais, para que possam assim, obter resultados favoráveis, livres de recidivas pós-tratamento oclusal.

No entanto, é sabido que os hábitos orais deletérios geralmente são manifestações ou alertas de processos psicoemocionais refletidos no âmbito do corpo, merecendo ser considerados nos planos de tratamentos. Porém, a visão da integralidade entre corpo e psiquismo é substituída por especializações que secciona o paciente em inúmeras partes, como se todas pudessem “funcionar” independente umas das outras. Em outras palavras, a alta tecnologia fornecida nas formações acadêmicas, sobrepuja o paciente como ser humano que sente, sofre, tem problemas, que não apenas as alterações orofaciais e o hábito oral deletério, por exemplo.

Neste sentido, no decorrer dos atendimentos voltados a pacientes portadores de hábitos de sucção digital, constatei que os meus conhecimentos, assim como suas aplicabilidades clínicas, eram insuficientes, visto que havia em cada caso mais do que apenas uma parafunção e suas intercorrências miofuncionais. Assim,

acontecimentos como evasão e desmotivação terapêutica, recidiva do hábito após período de abstinência ou, ainda, aparecimento de comportamentos indesejáveis – comer e comprar compulsivamente, dentre outros – devido à interrupção abrupta do hábito, instigaram-me a refletir acerca de minha atuação terapêutica: O que de fato esses pacientes esperavam e/ou buscavam encontrar no tratamento fonoterápico que não apenas o equilíbrio dos órgãos e funções orais?

A proposta deste estudo surgiu então, justamente, de minha insatisfação com o trabalho que vinha realizando, que se centrava especificamente em orientações e na aplicabilidade de exercícios miofuncionais. Foi se tornando evidente que os comportamentos de meus pacientes deveriam ter outros significados que não estavam sendo por mim captados no transcorrer dos atendimentos clínicos.

Para que pudesse compreender e acolher as demandas trazidas pelos pacientes portadores de hábitos de sucção digital, ingressei no Mestrado em Fonoaudiologia da PUC/SP, por saber de antemão que esse curso tinha tradição no atendimento fonoaudiológico com ênfase na subjetividade do sujeito. Optei pela Linha de Pesquisa Linguagem, Corpo e Psiquismo no intuito de desvendar novos horizontes de atuação clínica fonoaudiológica.

Desde então, o binômio alterações miofuncionais/exercícios foi sendo sistematicamente substituído por uma visão mais abrangente e integrada, no qual busquei valorizar e considerar – juntamente com técnicas fonoaudiológicas – as peculiaridades de cada paciente. Postura esta, similar aos trabalhos que vem sendo desenvolvidos na Fonoaudiologia.

Nessa perspectiva, este trabalho tem por objetivo investigar a importância, na terapia fonoaudiológica, da compreensão da história de vida dos pacientes que apresentam o hábito de sucção digital. Recorri, para tanto, à metodologia qualitativa, com apresentação de um estudo de caso. Trata-se de uma paciente de 11 anos de idade que perdurou com o hábito de sucção digital por um longo tempo, interrompendo-o durante o processo terapêutico fonoaudiológico.

A dissertação está estruturada da seguinte forma: no capítulo 2 abordo conceitos, aspectos físicos e psicológicos relacionados ao hábito de sucção digital. No capítulo 3 apresento os diversos trabalhos que a Fonoaudiologia vem realizando nesse aspecto. No capítulo 4 exponho o percurso metodológico e no capítulo 5, os dados do estudo de caso e fragmentos das sessões terapêuticas, com a respectiva análise. No capítulo 6 apresento as considerações finais.

No mais, acredito que, à medida que formos avançando no sentido de buscar um atendimento pautado na integralidade entre corpo e psiquismo, estaremos tendo condições de criar aquilo que defendo e pretendo: propiciar, a partir deste trabalho, uma contribuição à Especialidade da Motricidade Oral.

2. O HÁBITO DE SUÇÃO DIGITAL: CONCEITOS, ASPECTOS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS

Neste capítulo apresento conceitos fundamentais que regem o trabalho odontológico e descrevo o processo de oclusão e sua relação com o hábito de sucção digital, assim como as conseqüências orofaciais desencadeadas pelo mesmo. E, ainda, caracterizo o tratamento ortodôntico no que se refere à mecanoterapia realizada.

Essas questões são essenciais para a Fonoaudiologia, tendo em vista que as alterações miofuncionais e os prejuízos morfológicos, possivelmente desencadeados pelo hábito de sucção digital, necessitam de correção ortodôntica, associada a fonoterapia, para que se obtenha estabilidade dentofacial pós-tratamento oclusal. O conhecimento interdisciplinar, portanto, propicia uma interação favorável entre os profissionais de ambas as áreas, em prol de condutas pontuais e prioridades terapêuticas.

Neste capítulo, optei por apresentar os estudos obdecendo uma seqüência temática, para que o leitor possa compreender e correlacionar os pressupostos morfológicos que se encontram intimamente relacionados às estruturas e funções do sistema estomatognático, direcionando o raciocínio para as alterações dentofaciais provenientes dos hábitos orais deletérios.

2.1. Oclusão dentária e hábitos deletérios

A oclusão pode ser definida concisamente como a relação estática e funcional que os dentes guardam entre si, com os maxilares, com a musculatura peribucal, bem como com o esqueleto craniofacial como um todo (Okeson, 1992). Por conseguinte, quando se pensa em oclusão, há que se considerar os dentes (número, tamanho e posição), o tamanho das bases apicais (maxila e mandíbula), assim como a relação que

as mesmas guardam entre si, com a base do crânio e, finalmente, com a musculatura adjacente em função ativa e postural (Silva Filho *et al*, 1986).

Em contrapartida, má oclusão nada mais é do que o desvio morfológico da oclusão normal, representado pela deficiência em uma ou mais das relações dentárias, como também de alterações das bases ósseas, acarretando problemas de ordem funcional e/ou estética, justificando o trabalho multidisciplinar entre ortodontistas e fonoaudiólogos (Corrêa, 1999).

Deve-se lembrar, entretanto, que apesar de o osso ser o tecido mais duro do corpo humano, é também um tecido plástico, que reage a todo tipo de pressão sobre ele exercida, principalmente da musculatura que o circunda (Almeida *et al*, 1998). Portanto, quando existe um padrão morfogenético normal, a língua, os lábios e as bochechas funcionam como mantenedores da homeostasia local (Enlow, 1993).

Assim, vale ressaltar que a posição vestibulo-lingual final dos dentes, responsável pela conformação dos arcos dentários, resulta do equilíbrio entre a musculatura peribucal, representada pelas bochechas e lábios, e a musculatura intrabucal, retratada pela potente massa muscular que forma a língua (Figura 1). Além disso, a morfologia do arco dentário é regida pela função e postura dessa musculatura circunjacente, sendo justamente sobre esse princípio que se baseia toda a Ortodontia (Vellini-Ferreira, 2001).

Sendo assim, a intervenção do fonoaudiólogo na área da Motricidade Orofacial torna-se indispensável para favorecer o equilíbrio e a estabilidade do plano oclusal.

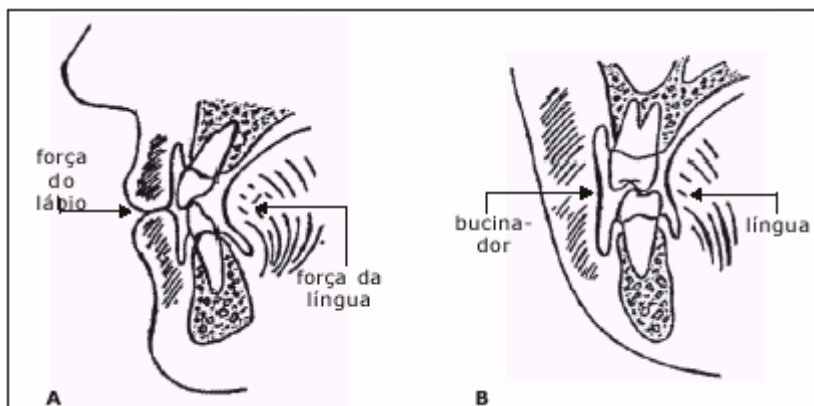


Fig. 1 – Posição vestibulo-lingual dos dentes¹.

Nessa acepção, os desequilíbrios musculares decorrentes dos cognominados hábitos orais deletérios (respiração bucal, sucção de chupeta, sucção digital, pressionamento lingual atípico, etc), durante o período de crescimento facial, têm-se mostrado capazes de perturbar o desenvolvimento normal da oclusão dentária, comprometendo a morfologia, o desempenho das funções estomatognáticas² e a estética, sendo, portanto, um dos fatores etiológicos da má oclusão (Jorge *et al*, 2002).

Esses hábitos orais, de acordo com Leite *et al* (1999), são padrões de contração muscular aprendidos, de natureza complexa. Constituem-se em automatismo adquiridos, comportamentos que, devido à prática constante, tornam-se inconscientes, e podem ser classificados como não-compulsivos (quando são de fácil aquisição e abandono, acompanhando o processo de maturidade), ou compulsivos (quando estão fixados à personalidade infantil, sendo refúgio quando a criança se sente angustiada e ansiosa). Além disso, as autoras salientaram que os hábitos podem ser caracterizados em nutritivos (quando permitem a obtenção de nutrientes essenciais) ou não-nutritivos (quando transmitem sensação de segurança e conforto).

¹ Figura extraída de Zarb *et al*, 2000.

² Respiração, mastigação, deglutição e fala.

Medeiros (1992) classificou os hábitos orais em intra-orais (sucção de polegar, de bochechas, de lábios e de objetos, onicofagia³, bruxismo, morder a língua e respiração bucal) e extra-orais (sustentação do queixo, posições inadequadas de travesseiros, etc).

De acordo com Cavassani *et al* (2003), os hábitos orais viciosos mais freqüentes são: sucção de lábio, dedo, bochecha ou de objetos e podem provocar alterações na arcada dentária e na mordida, hipotonia dos órgãos fonoarticulatórios⁴, respiração bucal, onicofagia e outros. Para os autores, a sucção, seja de dedo, de chupeta ou de qualquer outro objeto tem sido fonte de estudo pelo fato de ser muito freqüente e pelos danos que pode causar.

Sendo o hábito de sucção digital o foco deste estudo, evidentemente merecem ser esclarecidas características tanto funcionais quanto psicológicas envolvidas nessa questão.

2.2. Hábito de sucção digital

Antes de entrarmos na temática das disfuncionalidades do sistema estomatognático decorrentes do hábito deletério de sucção digital, evidencio aqui alguns pressupostos etiológicos que podem desencadear tais disfunções.

De acordo com Casanova (2000), nos primeiros meses de vida, o bebê chupa os dedos, pulsos, as mãos, tudo o que a boca alcança. Sente prazer nessa sucção, que se dá de forma instintiva, e precisa dela para se desenvolver emocionalmente. Esse é um período de transição em que o bebê deixa para trás o útero da mãe, o nascimento, o desmame, o engatinhar, esforçando-se para superar essas etapas e aceitar a nova realidade. Em síntese, podemos dizer que é a separação da mãe que gera frustrações,

³ Roer unhas.

⁴ Lábios, bochechas e língua.

até que a criança possa interiorizar que há perdas e ganhos nesse novo momento de seu desenvolvimento.

Segundo a autora, nessa fase, a criança usa "objetos de apoio" ou "transicionais" como auto-ajuda e que servem de ponte entre a fantasia e a realidade. Geralmente, esses objetos são os dedos na boca, a chupeta, a fralda no nariz, o travesseiro ou ursinho. Assim, quando o bebê suga o dedo, tem a ilusão de que chupa o seio da mãe. Tirando e colocando o dedo na boca, por livre e espontânea vontade, julga-se capaz de controlar a ausência dela e vai elaborando o presente à medida que amadurece emocionalmente. Dessa maneira, as crianças cujas mães não preenchem as necessidades de carinho, atenção e presença, terão mais dificuldade de ultrapassar as fases da infância, assim como filhos de pais superprotetores que os incentivam a manterem-se bebês. Desta forma, o desenvolvimento emocional fica em desacordo ao cronológico, tornando-se mais difícil para a criança abandonar hábitos orais infantis, usando objetos de apoio para preencher lacunas.

A autora sublinhou também que, chupar dedo em idades mais avançadas, quase sempre, significa algum problema emocional. No entanto, muitas vezes é puro hábito que restou, apesar dos conflitos já terem sido superados. Porém, acrescentou que, à medida que a idade avança, as chances de parar de chupar dedo espontaneamente vão diminuindo, tornando-se um transtorno para a criança e sua família.

Segundo Giron (1988), a amamentação natural consegue suprir todas as necessidades de sucção dos neonatos, impedindo a instalação de qualquer hábito oral deletério.

Isso ocorre, de acordo com Moresca e Feres (1992), porque, quando os bebês são alimentados de modo natural (aleitamento materno), há um trabalho muscular de tal intensidade que a musculatura peribucal fica fatigada, fazendo com que a criança se canse e durma, não buscando o dedo, chupeta ou outros objetos.

Para Aberastury (1988), uma má lactação, a falta de aleitamento materno ou uma alimentação artificial feita nesse período, sem ter em conta a necessidade de carinho, calor e sucção, operam como traumas que a criança não pode elaborar e aos quais reage com um aumento de hostilidade, o que pode determinar a formação de sintomas, como os hábitos de sucção deletérios.

Assim, o hábito de sucção, como ressaltaram Black *et al* (1990), pode se dar em decorrência de problemas psicológicos, ambientais, tais como falta de atenção, ciúme, necessidade de carinho, stress emocional, bem como distúrbio na alimentação (insuficiência ou rapidez), sendo que a criança reage succionando como um auto-consolo.

Tomita *et al* (1997) avaliaram 2139 crianças, entre três e cinco anos de idade, e encontraram relação entre o tempo que a mãe passa com a criança e a persistência do hábito. Foi observado, nesse estudo, que filhos de mães que trabalham fora de casa tendem a manter o hábito por tempo prolongado, sugerindo que a persistência da sucção possa ocorrer conforme a carência emocional da criança. Houve, também, relação entre variáveis socioeconômicas e a persistência da sucção, demonstrando que as crianças de famílias de baixo poder aquisitivo e pouco acesso à informação apresentam maior prevalência do hábito.

Sob a mesma perspectiva, Cavassani *et al* (2003) afirmaram, através de seus estudos, que a criança pratica hábitos deletérios como mecanismo de compensação às sensações de insegurança vivenciadas frente ao distanciamento da mãe que se encontra no mercado de trabalho.

Muitas vezes, então, o hábito pode surgir em consequência de problemas que a criança vive no ambiente familiar e/ou ambiente escolar. Ramos-Jorge *et al* (2000) citam: maus tratos, separação dos pais, nascimento de um irmão, negligência dos pais, carência afetiva, competição ou discriminação pelos colegas da escola.

Também Jorge *et al* (2002) destacaram que, em geral, existe o aspecto psicológico muito forte associado ao hábito, tornando-o uma válvula de segurança contra pressões emocionais, físicas ou psíquicas.

De acordo com Evangelista *et al* (2003), a criança chupa o dedo e/ou chupeta devido a três fatores: fisiológicos (necessidade de sucção); ambientais (início de uma alimentação artificial precoce) e emocionais (dificuldade em lidar com o ambiente).

Entendendo que devemos integrar e analisar as informações vigentes na área para lidar com o paciente portador do hábito de sucção digital, abordo a seguir alguns pressupostos psicológicos destacados pela literatura.

2.2.1. Justificativas psicológicas para o hábito de sucção digital

Alguns autores buscam esclarecer a persistência do hábito de sucção com base em teorias psicológicas.

O médico-psiquiatra Hoffmann (1991) sublinhou em uma entrevista que o hábito deletério é um modo de combater o desmoronamento de um psiquismo que enfrenta a invasão implacável da angústia de aniquilamento. O autor destacou que o estado de unidade jubilosa com a mãe, dominado por sensações de ser centro do universo da criança, especialmente na primeira infância, faz parte da experiência de cada um de nós. Em alguns casos, entretanto, por razões diferentes e singulares, a internalização ou incorporação dessa experiência protetora, na forma de um continente psíquico, se faz de forma insuficiente. Assim, diante de estímulos tanto internos (desejos, impulsos implacáveis, mais conhecidos como angústias) quanto externos (ferimentos, ameaças, sustos) surge o perigo de esfacelamento dessa “frágil” pele que mantém e preserva o continente psíquico. Partindo desse pressuposto, o autor destacou a

necessidade de uma reflexão acerca da descontinuação de um hábito, sendo este simulacro de um continente psíquico fundamental.

Em outras palavras, diante da imposição da interrupção do hábito, deve-se levar em conta a formação do psiquismo e seus diversos desdobramentos. Dessa maneira, o autor mencionou que, a fim de entender essas crianças, é necessário estar a par da natureza de suas primeiras experiências de amamentação.

O autor enfatizou, ainda, que o trabalho clínico indica que a sensação do seio-na-boca (dedo ou bico da mamadeira, experimentado em termos de uma *gestalt* inata ao seio) é o foco para o desenvolvimento da psique. Associada com o abraço da mãe, seus olhos brilhantes e a mútua concentração da atenção, ela torna-se o núcleo do *self*⁵. A forma como o “seio” é dado e a forma como ele é recebido exercem influência no bom e no mau desenvolvimento da psique. No desenvolvimento normal, o elevado grau de responsividade e a qualidade especial da atenção da mãe nutriz a seu bebê tem algo de sublime e fundamental - é a mãe que oferece o crescimento da psique, e as crianças que, por qualquer motivo, experimentaram os cuidados maternos de modo insuficiente, têm agora, na sucção não-nutritiva, uma tentativa ainda de recuperá-la. Desse modo, alertou o autor, que um longo processo de “restauração” ou “acabamento” do objeto interno dessas crianças, às vezes, é necessário.

De acordo com os estudos de Ramos-Jorge *et al* (2000), existem, basicamente, três teorias que tentam explicar o prolongamento dos hábitos de sucção considerados não-nutritivos: a psicanálise freudiana, a da sucção insuficiente e a do aprendizado.

De acordo com a teoria freudiana, a fase oral está presente no primeiro ano de vida, sendo a boca a região de maior atividade. Ao sair dessa fase, esse distúrbio

⁵ “*Self*”: palavra usualmente empregada para designar personalidade ou ego. Para Winnicott, *self* (o eu) é o núcleo singular de cada indivíduo e refere-se à idéia que o sujeito vai tendo dele mesmo, fruto da experiência que vive e pela qual vai se constituindo. A constituição do *self* passa pela integração de várias experiências e funções (Matteo, 2001).

é visto como uma reação à ansiedade. Assim, por se mostrar incapaz de enfrentar o *stress* envolvido, a criança toma uma atitude regressiva e assume um primitivo padrão de comportamento.

A segunda teoria preconiza que a causa primária do hábito oral é uma sucção insuficiente no seio ou na mamadeira, sendo comum, portanto, notar lactentes levando seus dedos à boca após a amamentação, isso porque gostam do ato de sucção depois que sua fome está satisfeita.

Já no que se refere à terceira teoria, o hábito de sucção seria, inicialmente, um desejo insatisfeito durante os primeiros anos de vida, mas o seu prolongamento se caracterizaria como um costume, ou seja, como a repetição de um comportamento aprendido.

Segundo Locks *et al* (2001), a teoria psicanalítica de Freud afirma que os lábios e a boca são áreas que conferem prazer sexual. Nessa medida, a prática da sucção é fruto de um impulso psicosssexual inerente ao ser humano. Sob o ponto de vista freudiano, a remoção abrupta de um mecanismo tão básico pode, então, conduzir à substituição por tendências anti-sociais, tais como a gagueira ou masturbação. Sob esse enfoque, os autores observaram recém-nascidos que realizavam a sucção não-nutritiva de objetos, e concluíram que esse tipo de sucção não está ligada à fome, e sim ao prazer, e que quando exibida precocemente em bebês não constitui um hábito, mas uma necessidade instintiva. Entretanto, em algumas situações, destacaram os autores, a sucção não-nutritiva pode estar ligada à fome e à necessidade de alimentação, sendo que o hábito pode ser desenvolvido em períodos freqüentes de fome prolongada.

Destaco, a seguir, fatores que possivelmente acarretam e/ou propiciam alterações morfológicas e miofuncionais, devendo os mesmos ser minuciosamente considerados em nossos planos de tratamento.

2.3. Fatores desencadeantes de alterações orofaciais oriundas do hábito de sucção digital

Partindo da conceituação de que “um hábito oral torna-se vicioso quando prejudica o processo normal de crescimento e desenvolvimento do organismo humano” (Monguilhott *et al*, 2003), é pertinente considerarmos fatores que caracterizam, supostamente, o hábito como sendo deletério.

De acordo com Almeida *et al* (1998), a persistência do hábito durante a fase inicial da dentadura mista deve ser considerada como deletéria, uma vez que os incisivos estão irrompendo e o hábito pode prejudicar o desenvolvimento normal da oclusão e do crescimento facial. A instalação de uma má oclusão, contudo, depende também do padrão de crescimento facial da criança, bem como da duração, intensidade e freqüência (Tríade de GRABER⁶) com que o hábito é realizado. Assim, há crianças que, embora possuam o hábito, não apresentam a má oclusão característica.

Completando, Jorge *et al* (2002) afirmaram que os efeitos nocivos no desenvolvimento da oclusão e no crescimento facial da criança, além da Tríade de GRABER, irão depender também da posição do dedo na boca, idade de término do hábito, padrão de crescimento da criança e grau de tonicidade da musculatura orofacial.

Sob o mesmo prisma, Oliveira Jr. e Glécio (1991) destacaram que devemos dar grande importância ao biótipo facial do paciente. A criança pode ser do tipo mesiofacial (Figura 2) – apresentando medidas faciais padrões (equilíbrio dos terços da face), podendo ser alteradas pela presença de fatores da Tríade de GRABER; dolicofacial (Figura 3) – aquele que, praticamente, já favorece todos os problemas descritos, pois a face é alongada, possui projeções dentárias e, logicamente, com qualquer estímulo negativo, poderá exacerbar-se; e braquefacial (Figura 4) – apresenta dimensões faciais

⁶ Termo designado a fatores que desencadeiam alterações morfológicas e musculares.

“quadradas”, sendo improvável qualquer alteração orofacial na presença de hábitos deletérios, devido à potente força muscular.

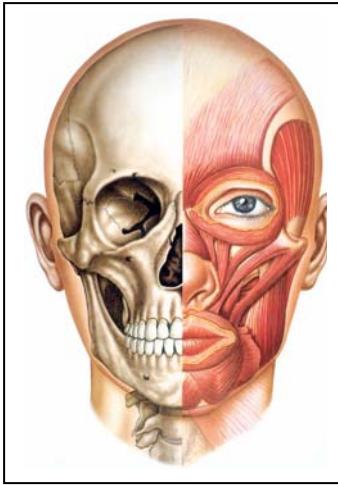


Fig. 2 – Mesofacial⁷

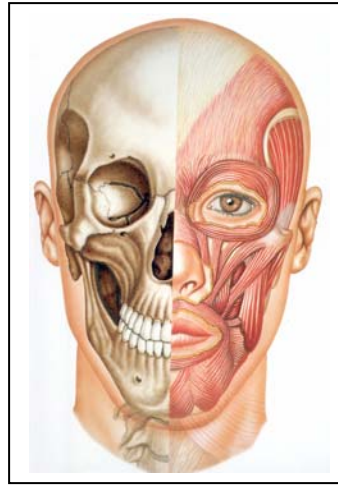


Fig. 3 – Dolicofacial⁷

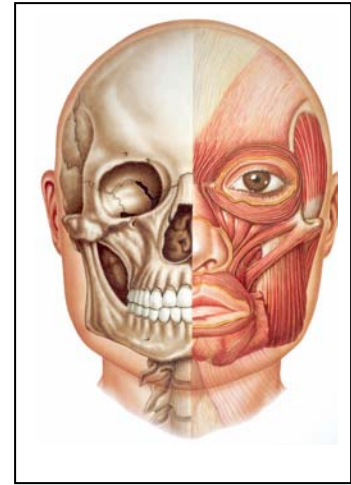


Fig. 4 – Braquifacial⁷

2.4. Implicações morfológicas advindas do hábito de sucção digital

Apresento então as razões pelas quais a Ortodontia e a Fonoaudiologia unem seus saberes em prol de um atendimento que contemple as disfuncionalidades orofaciais decorrentes do hábito de sucção digital prolongado, pois, conforme dito anteriormente, os hábitos deletérios podem ter impactos negativos no desenvolvimento normal da oclusão dentária, comprometendo a morfologia e as funções do sistema estomatognático.

De uma forma simplificada, as características mais observadas nos pacientes portadores do hábito de sucção digital, segundo os achados de Ramos-Jorge *et al* (2000), são: protrusão da maxila, protrusão de incisivos superiores, retroinclinação dos incisivos inferiores, deformidade do palato duro, inibição da erupção dos incisivos superiores e inferiores com mordida aberta anterior, língua inadequadamente posicionada

⁷ Foto extraída de Cabrera e Cabrera (1997a)

no assoalho da boca e na superfície dos dentes, com tendência à hipotonicidade e deglutição atípica, arco superior estreito, mordida cruzada posterior, diastema nos incisivos superiores e inferiores, lábio superior hipotônico e lábio inferior hiperativo, pois pode ser elevado por contrações anormais do músculo orbicular durante a deglutição, para uma posição entre os incisivos superiores mal posicionados.

A mordida aberta anterior é a má oclusão mais freqüente nos portadores de sucção digital, sendo que a protrusão dos dentes incisivos superiores depende da posição que o dedo ocupa na cavidade oral (para cima contra o palato). Na presença do hábito, pode-se forçar continuamente a mandíbula a assumir uma posição retraída; concomitantemente, os incisivos inferiores podem estar inclinados para lingual (Figura 5). Quando os incisivos superiores estiverem inclinados para labial e ocorrer uma mordida aberta, torna-se necessário que a língua seja projetada para frente durante a deglutição para promover o selamento anterior. Durante a sucção digital, as contrações da parede bucal produzem, em alguns padrões de sucção, uma pressão negativa dentro da boca, resultante do estreitamento do arco maxilar. Com esse transtorno no sistema de forças do complexo maxilar e em volta dele, é freqüentemente possível que o assoalho nasal possa “cair” verticalmente para sua esperada posição durante o crescimento, podendo-se encontrar um assoalho nasal estreito e um palato profundo nos succionadores de dedos. Associado a isso, ocorre ainda um aumento da deformação morfológica ocasionada pelas inadequadas contrações musculares durante a sucção e deglutição (Tomé *et al*, 1996).

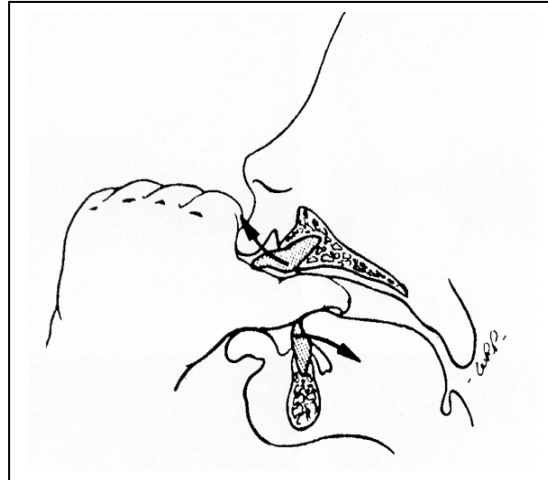


Fig. 5 – Visualização do dedo acarretando desvios morfológicos⁸.

A mordida aberta anterior explica-se à medida que o dedo ou chupeta interpostos entre as arcadas impedem que os dentes sofram extrusão até encontrarem seus antagonistas, gerando uma falta de contato oclusal nessa região. No entanto, segundo Dolci *et al* (2001), quando a remoção do hábito ocorre num período precoce, há tendência de auto-correção da mordida aberta, devido ao crescimento acentuado dos processos alveolares.

Ainda segundo os autores, outra má oclusão que parece estar relacionada ao hábito de sucção persistente é a mordida cruzada posterior. Provavelmente, nesse caso, a contração das bochechas e o posicionamento lingual baixo durante o ato de sucção contribuem para a diminuição da distância intercanina no arco superior, o que poderá gerar um contato prematuro na região de caninos, levando a uma mordida cruzada posterior.

A sucção inadequada pode levar, também, a um tono inadequado dos órgãos fonoarticulatórios, como ressaltou Marchesan (1991). Esse tono, em geral rebaixado, pode levar a uma má postura: a) de mandíbula rebaixada, com masseter alongado; b) de lábios inferior, em geral, evertidos com hipofunção; e c) de língua, que,

⁸ Ilustração extraída de Enlow, 1993.

por estar com tono diminuído, acaba se posicionando na arcada inferior, facilitando a abertura da boca e até propiciando um crescimento alterado dos ossos da face.

Gurgel *et al* (2003) destacaram que a sucção guarda relação direta com as funções musculares de mastigação e de deglutição, tanto que a criança estabelece um ritmo na execução seqüenciada dessas ações. Dessa maneira, qualquer alteração na sucção fatalmente promoverá distúrbios nessas funções.

Com base em pesquisas, Gonçalves *et al* (2001) descreveram algumas conseqüências oriundas do hábito de sucção prolongada, tal como alteração no crescimento e desenvolvimento da face, alterações dentárias, respiração bucal, deglutição atípica, hipofuncionalidade de lábios e alteração na produção da fala com distorção dos fonemas /t/, /d/, /n/, /l/, /s/ e /z/.

Essas distorções fonêmicas, segundo Felício (1994), devem-se à instalação de uma mordida aberta anterior, ocasionando projeção da língua.

Cavassani *et al* (2003) destacaram que os distúrbios articulatorios podem estar direta ou indiretamente relacionados aos hábitos viciosos orais de sucção, podendo ser explicados a partir de alterações presentes de formas isoladas ou associadas como: omissão, substituição, distorção, adição e transposição de fonemas. Para os autores, essas características fonoarticulatórias são consideradas patológicas a partir dos 4 anos de idade.

Dentre os desvios funcionais que podem atuar na etiologia da atresia de maxila, Felício (1999) cita a sucção que se prolonga durante os primeiros anos de vida e até mesmo durante a fase da dentição mista, produzindo um aumento da contração do músculo bucinador, podendo ocorrer também um encurtamento de suas fibras e, assim, restringir o arco. Somado a isso, existe a falta de ação expansora da língua na maxila no sentido transversal.

Conforme descrito, para sugar o dedo, a criança deve manter os lábios abertos e a mandíbula rebaixada, e isso causa hipotonia dos músculos labiais e dos elevadores da mandíbula. Mantendo a língua projetada, a deglutição será incorreta, uma vez que o dedo está ocupando toda a cavidade oral (Altmann, 1997).

No caso da sucção de polegar, González e Lopes (2000) destacam que a língua se situa em posição baixa, embaixo do dedo, e adiantada. O fechamento labial não existe e o lábio superior fica curto e hipotônico por falta de função. O lábio inferior, muitas vezes, encontra-se hipertônico, junto com o músculo mental, pois ambos comprimem o polegar. Conseqüentemente, aparecem os seguintes transtornos esqueléticos: mordida aberta anterior, palato atrésico, hipodesenvolvimento mandibular e projeção do maxilar superior.

Durante a sucção do polegar, de acordo com Jorge *et al* (2002), participam três forças anormais: a força digital, mantida entre os arcos dentários; a contração anormal das bochechas contra as porções laterais dos arcos dentários e a pressão anormal da polpa digital contra o palato. Dessa forma, as alterações anatômicas encontradas são variáveis e dependem do dedo utilizado ou do ângulo de posicionamento do mesmo (Figuras 6 e 7).



Fig. 6 – Dedo polegar contra palato⁹.



Fig. 7 – Dedos indicador e médio pressionando mandíbula para baixo⁹.

⁹ Fotos extraídas de Rakosi *et al*, 1999.

Acrescido a isso, os autores destacaram que o posicionamento do polegar no palato mantém a língua numa posição mais inferior, afastando-se do contato com os dentes posteriores. Essa alteração pode culminar com o estabelecimento de uma mordida cruzada posterior, visto que, sem o pressionamento lingual compensatório, apenas a musculatura peribucal acaba atuando sobre esses dentes, pressionando-os para lingual.

Daí advém, segundo Almeida *et al* (1998), o grande número de casos de mordida aberta anterior que são acompanhados por uma mordida cruzada posterior (má oclusão característica de sucção digital – Figura 8) e por um aprofundamento do palato, conhecido por palato ogival.



Fig. 8 – Má oclusão (mordida aberta anterior com mordida cruzada posterior) característica do hábito de sucção digital¹⁰.

O posicionamento do polegar no palato mantém a língua numa posição mais inferior, afastando-a do contato com os dentes posteriores e provocando uma rotação de mandíbula no sentido horário, sendo que, concomitante a isso, o posicionamento da mão e do braço sobre a mandíbula funcionará ortopedicamente¹¹, agravando ainda mais a rotação mandibular (Mercadante, 2001).

Mesmo que não haja estreitamento da arcada dentária superior a ponto de provocar uma mordida cruzada, a sua forma pode sofrer alterações. Assim, segundo

¹⁰ Foto extraída de Rakosi *et al*, 1999.

¹¹ Termo utilizado para designar estímulo no crescimento mandibular.

Ramos-Jorge *et al* (2000), o arco superior tende a tomar forma de um “v”, com maior constrição na região dos caninos do que nos molares, porque a pressão das bochechas é maior nessa região.

Henriques *et al* (2000), abordando as alterações morfológicas suscitadas pelo hábito de sucção digital, afirmaram que a mordida aberta, conseqüente deste hábito deletério, acarretará o desenvolvimento de outros hábitos como: a interposição lingual entre as arcadas dentárias e a “hiperatividade” do músculo mentoniano.

Outro dado que merece ser lembrado, mencionado por Silva Filho *et al* (1986), é que, apesar do hábito de sucção protruir os incisivos superiores, o mesmo não é capaz de induzir a mesialização dos dentes posteriores, causando uma relação molar intercuspídica de Classe II de Angle¹². Dessa maneira, a má oclusão provocada pela sucção digital independe totalmente da má oclusão esquelética de Classe II, de fundo genético, muito embora possam se instalar concomitantemente. No entanto, os autores ressaltaram que é óbvio que a má oclusão de Classe II pode ser agravada pelo hábito de sucção digital.

É importante lembrar, ainda, que nem todas as crianças que têm o hábito de sucção digital removido são sujeitas a auto-correção, necessitando da adequação das estruturas e funções do sistema estomatognático.

Segundo Felício (1999), o restabelecimento dessas funções depende do reequilíbrio das forças que atuam na cavidade bucal, podendo ser alcançado pelo uso da Terapia Miofuncional Orofacial, auxiliando, sobretudo, na auto-correção da mordida aberta anterior.

¹² Esta má oclusão caracteriza-se pela mandíbula encontrar-se retraída em relação à maxila.

Sob o mesmo enfoque, Casanova (2000) afirmou que, nos casos de sucção digital prolongada, mesmo com a eliminação do hábito, pode não haver normalização espontânea do quadro muscular, isso porque o indivíduo continuará mantendo posturas orais e deglutição inadequada.

À medida que tomamos consciência da abrangência de alterações orofaciais desencadeadas pelo hábito deletério de sucção digital, torna-se fundamental entender de que maneira a Ortodontia lida terapêuticamente com essa questão, visto que o conhecimento de tais condutas nos remete a consolidação de uma atuação interdisciplinar.

2.5. Considerações sobre o tratamento ortodôntico

Considero necessário e produtivo destacar alguns pressupostos apontados por ortodontistas referentes a questões que deveriam ser consideradas antes de qualquer intervenção ortodôntica específica, isto é, a mecanoterapia.

Silva Filho *et al* (1986) relataram em seus estudos que, antes de iniciar a correção do desvio morfológico do arco dentário, o profissional envolvido com a criança que suga o dedo deve considerar e respeitar o seu estado emocional e o grau de dependência que a mesma tem em relação ao hábito. Assim, comentaram que, ao orientarem os pais dessas crianças, enfatizam que os estímulos negativos (por exemplo: pais oferecem algum presente em troca da remoção do hábito) apenas fortalecem o hábito. Dessa forma, os autores preconizaram uma participação silenciosa dos pais no tratamento dos seus filhos.

Para termos resultado eficiente na retirada de um hábito vicioso, Moresca e Feres (1992) destacaram que se é necessário atacar sua causa. Os autores sugeriram como evolução para a retirada do hábito oral vicioso: 1) compreender o

paciente e não ridicularizá-lo; 2) esclarecer à família os motivos do paciente e mostrar a importância do seu apoio; 3) conseguir a colaboração do paciente; 4) conscientizar a família sobre os prejuízos causados pelo hábito vicioso, integrando-a ao tratamento; 5) insistir, ao máximo, na retirada natural do hábito, antes da adoção de aparelhos, evitando a recidiva; e 6) motivar positivamente o paciente.

Seixas *et al* (1998) destacaram que os melhores resultados terapêuticos são atingidos quanto maior atenção for dada à interpretação do comportamento do recém-nascido e da análise da provável instalação inicial do hábito ou do desvio funcional.

O hábito de sucção digital não deve, na visão de Almeida *et al* (1998), sofrer interferências até os três anos de idade, visto que é um mecanismo de suprimento emocional. Os autores justificam que essa conduta deve-se pelo fato de que as alterações oclusais causadas pela sucção nessa fase restringem-se ao segmento anterior dos arcos dentários e podem ser revertidas espontaneamente com a interrupção do hábito, de tal forma que os prejuízos emocionais podem superar, em muito, os prejuízos funcionais. Sendo assim, ressaltaram que a interrupção brusca do hábito antes dessa idade deve ser cuidadosamente avaliada sob a ótica custo-benefício. Além disso, existe a tendência natural de que a própria criança venha a abandonar o hábito com o desenvolvimento da maturidade emocional e com o início da socialização, que normalmente ocorre a partir dos cinco anos de idade.

No aspecto de remoção dos hábitos de sucção, Sies e Carvalho (1998) consideraram que três idades devem ser levadas em conta: a do enfoque funcional – na qual a erupção dos primeiros dentes constituiria um marco para limitação da sucção e privilégio da mastigação, levando um correto estímulo às estruturas bucofaciais; a idade da forma – por volta dos quatro anos, até a qual a manutenção da sucção não traria conseqüências às estruturas bucofaciais; a da emotividade – pois, tendo o mau hábito de sucção raízes no desenvolvimento psíquico, deve-se considerar a maturidade emocional

como condição para a criança colaborar, o que, neste caso, cronologicamente, pode ser imensurável pela própria individualidade.

Um fator determinante para o método de tratamento adotado, conforme os estudos de Jorge *et al* (2002), é a vontade da criança de interromper o hábito. A primeira tentativa para eliminá-lo é verificar se a criança não possui algum objeto favorito, que gosta de segurar quando está praticando o hábito. Em muitos casos, explicaram os autores, quando o objeto é removido, a criança interrompe o hábito, sem a necessidade de outras intervenções.

Tartaglia *et al* (2002) destacaram que crianças punidas em hábito anterior tendem a apresentar, com maior frequência, hábito deletério atual.

O sucesso ou a falha no tratamento da má oclusão por hábito de sucção digital reside, segundo Gurgel *et al* (2003), na conduta do profissional frente à faceta emocional de tal hábito. Os autores acreditam que o bem estar emocional do paciente deve ser avaliado sempre tendo em mente o tratamento de uma criança com medos e frustrações psicológicas e não simplesmente o tratamento de uma má oclusão. O profissional deve primeiramente tomar ciência, o quanto possível, do comportamento do paciente, de seus pais e do ambiente em que convivem. Assim, os autores enfatizam que no primeiro contato, o dentista deve observar algumas características sociais e da personalidade do paciente que possam denotar alguma instabilidade emocional. Ressaltaram que se deve mostrar à criança, usando os recursos disponíveis e uma linguagem acessível, que os seus dentes estão mal posicionados, para, em seguida, esclarecer a anormalidade das estruturas dentárias e maxilares. Porém, a redução na execução do hábito somente torna-se possível quando a criança tenha adquirido disciplina, confiança e segurança para assumir novas condutas sociais e de personalidade.

Os autores ressaltaram, ainda, que, em decorrência do hábito, as crianças tornam-se alvo de punição e repreensão por parte dos pais e outros familiares,

trazendo consigo uma bagagem negativa. Assim, esclareceram que a abordagem simpática ao problema tem por finalidade obter a confiança e a amizade da criança em relação ao profissional, sendo que, ao contrário, uma abordagem punitiva deste não permitirá vincular confiança, firmeza e sinceridade com o paciente e pode intensificar o interesse dele pelo hábito. Por fim, os autores destacaram que pode-se aconselhar numerosas e variadas atividades para desviar a atenção da criança para outros canais e, ao mesmo tempo, fazer com que perceba que sua presença na família é desejada.

É necessário não só que a família queira que o hábito seja eliminado, mas, como ressaltaram Monguilhott *et al* (2003), que o seu portador também o deseje. Sabendo as conseqüências provenientes da permanência do hábito, é mais fácil de eliminá-lo. Assim, para que ocorra uma boa conscientização, faz-se necessário o uso de fotos, modelos e histórias para mostrar à família e ao paciente as conseqüências do hábito para as estruturas duras e moles da face. Porém, o paciente jamais deverá se sentir culpado por apresentar tal hábito, pois será umas das tantas culpas que carregará em sua vida. Assim, os autores ressaltaram que, se o momento para eliminar o hábito for opção exclusiva dos pais e não do paciente, pode ocorrer a eliminação, porém, outro hábito pode surgir em seu lugar, já que este é muitas vezes uma forma de diminuir a ansiedade, carência, etc. Nessa perspectiva, quando necessário, faz-se o encaminhamento para o psicólogo, pois há a possibilidade de a presença desse hábito ser conseqüência de uma queixa maior.

Os autores preconizam, ainda, que se deve levar em conta algumas informações para atingir o sucesso terapêutico: idade do paciente; consciência deste sobre as razões do encaminhamento; responsabilidade do paciente; se há modelos de hábitos deletérios na família; em que situação o hábito aparece; com que freqüência, intensidade e duração ocorre; e por fim, qual a relação do paciente com os familiares.

2.5.1. Tratamento ortodôntico

Descrevo então a mecanoterapia destinada aos pacientes que apresentam más oclusões decorrentes de hábitos de sucção digital, retratando a importância de considerarmos as aparatologias para que possamos estabelecer prioridades no plano do tratamento mioterápico. Isso se deve porque, além de algumas aparatologias limitarem a atuação fonoaudiológica, a morfologia oral, muitas vezes, também impede a atuação conjunta, visto que a forma limita resultados miofuncionais satisfatórios.

Silva Filho *et al* (1986) destacaram que a primeira conduta a ser tomada com um paciente que apresenta o hábito de sucção digital é iniciar o tratamento ortodôntico por volta dos cinco anos de idade, providenciando a eliminação do hábito, para conseqüente regularização da oclusão e rebordo alveolar. Acrescentaram, ainda, que o tratamento deve ser iniciado, muitas vezes, com um suporte emocional, pois o sucesso do tratamento, no caso de hábitos bucais deletérios, depende de um diagnóstico e planejamento realizados em conjunto, ou seja, uma abordagem multidisciplinar, com a participação do ortodontista, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, assessorados muitas vezes pelo psicólogo.

No entanto, os autores enfatizaram que na grande maioria dos casos, torna-se inevitável recorrer aos aparelhos mecânicos para interromper o hábito de sucção. Assim, dentre os aparelhos para impedir o hábito, citaram a grade palatina¹³, podendo ser fixa ou removível. Esse aparelho dispõe-se verticalmente, estendendo-se da região palatina, abrangendo toda a extensão da mordida aberta, indo repousar próximo aos incisivos inferiores. A grade palatina tem dupla finalidade: tornar impraticável a sucção digital e dificultar a interposição de língua (Silva Filho *et al*, 1986). Segundo os autores, não foi encontrado nenhum sintoma substitutivo ou outros distúrbios no comportamento das crianças submetidas à terapêutica com o uso da grade palatina. Porém, destacaram

¹³ Verificar caso tratado ortodonticamente no final deste capítulo, por Cabrera e Cabrera, (1997a).

que é importante que haja um acompanhamento psicológico da criança após a instalação do aparelho impedidor de hábito, pois a remoção do mesmo não deixa de ser uma atitude agressiva contra o paciente.

O hábito de sucção digital é um motivo de controvérsias para os dentistas. Sendo assim, Chaconas (1987) enfatizou que alguns pontos devem ser esclarecidos: se o hábito é acompanhado de desvio funcional muscular associado, prejudicando a oclusão e afetando os tecidos; se existe possibilidade de deformação dentária; se a deformação dos dentes e maxilares em desenvolvimento é temporária ou permanente; qual poderá ser o resultado de uma interrupção do hábito e, por fim, analisar o quanto de fator emocional há por trás do hábito.

Ramos-Jorge *et al* (2000) esclareceram que alguns profissionais utilizam aparelhos intrabucais destinados a desempenhar o papel de “lembrete”, alertando as crianças quanto à necessidade de evitar-se o hábito. Entretanto, ressaltaram que esse aparato só deve ser aplicado com o consentimento do paciente e mediante sua disposição de cooperar. Esses aparelhos devem ser preferencialmente removíveis, a fim de que transmita a criança à sensação de que não estão sendo impostos. Para os autores é importante iniciar o tratamento dirigidos a pacientes com hábito de sucção, aos cinco anos de idade, pois, nessa idade, a criança já adquiriu a capacidade de compreensão que facilita o relacionamento com o profissional. Outra justificativa destacada é a grande probabilidade de auto-correção morfológica da má oclusão, se o hábito for interrompido em dentição decídua. Além disso, deve-se procurar eliminar o hábito antes da idade escolar, quando o contato social se amplia consideravelmente e a atitude anti-social do hábito pode refletir indesejavelmente no desenvolvimento emocional.

Pacheco *et al* (2000) descreveram um caso clínico de um paciente de oito anos que apresentava mordida aberta devido ao hábito de sucção digital, sendo agravada por deglutição e fonação atípica. Foi, então, proposta uma aparatologia fixa na tentativa de solucionar quatro problemas (mordida aberta, deglutição e fonação atípicas e, principalmente, a sucção digital). Após a obtenção de trespasse vertical anterior, a grade

fixa foi substituída por aparelho removível com grade palatina para contenção, e o paciente passou a fazer tratamento fonoaudiológico para correção das funções alteradas.

Os autores ressaltaram que a grade palatina fixa só deve ser usada com consentimento do paciente, caracterizando, assim, o interesse deste em eliminar o hábito. Acrescentaram que, nos casos em que não há esse consentimento, geralmente é feito o encaminhamento para o psicólogo, visto que deva haver uma questão emocional envolvida com o hábito.

A correção da mordida aberta anterior pode ser feita com aparelho ortodôntico (grade palatina longa), removível ou fixo, com duração de seis meses, atuando como uma barreira mecânica contra a sucção, mas devendo permanecer por, no mínimo, dez meses, para evitar-se o retorno do hábito (Silva Filho *et al*, 2001).

De acordo com Mercadante (2001), a simples colocação de uma placa de *Hawley*¹⁴ irá impedir o contato do dedo com o palato e a criança vai perdendo, com isso, o prazer da sucção e, aos poucos, vai então eliminando o hábito. Pode-se também incluir nessa placa uma grade que servirá simplesmente como um lembrete. Entretanto, a autora acrescentou que isso deve ser feito desde que a criança esteja conscientizada da função do aparelho.

Almeida *et al* (2002) realizaram um trabalho que teve por objetivo ilustrar, através de um relato clínico, o diagnóstico e o tratamento interceptor de um paciente portador de mordida aberta anterior associada à sucção digital. O caso estudado era de um paciente de oito anos de idade que apresentava, além de alterações oclusais, desordens miofuncionais e o hábito de sucção digital. O objetivo do plano de tratamento proposto era expandir transversalmente o palato (que se encontrava atrésico), eliminar o hábito de sucção digital e impedir a interferência da língua durante a deglutição e fonação. Vale salientar que foi utilizada, num primeiro momento, a grade palatina, a fim de se conter

¹⁴ Placa de acrílico (*Hawley*) que contorna todo o rebordo palatino. Verificar demonstração desta aparatologia no final deste capítulo.

o hábito e a postura de língua; e, num segundo momento, foi instalado um esporão¹⁵ inferior com o mesmo intuito. Os autores esclareceram a finalidade do uso do esporão, destacando que o mesmo consiste de um arco lingual inferior com pequenos segmentos de fios de aço pontiagudos, soldados na região anterior, que tem por objetivo, através de estímulos neuromusculares, reposicionar fisiologicamente a língua, interceptando a deglutição adaptada e o hábito de sucção.

Carvalho (2003) apresentou um aparelho conhecido como “placa com mamilo¹⁶”, que possui o objetivo único de “estressar” o hábito de sucção digital, isto é, obter a superação do mesmo. Para a autora, usa-se o mamilo quando o hábito oral e a história clínica fazem pensar que houve um déficit de ordenha e o paciente buscou uma sucção de suplência que evoluiu para um hábito oral. Assim, à medida que o paciente sugar o mamilo, aumentará automaticamente o ritmo e a força, até vir o cansaço muscular. Com relação à confecção do aparelho, a parte palatina do mesmo não deve tocar os dentes superiores anteriores, ficando aberta, expondo a mucosa da área da papila. O mais próximo dos dentes em que o mamilo deve ser fixado é sobre a papila incisiva. Usando um parafuso expensor na linha média da placa (se não há indicação respiratória que justifique a disjunção), o aparelho perde sua qualificação funcional e passa a ser uma placa ativa. A autora salientou que, geralmente, com a instalação do aparelho de disjunção palatina¹⁷, a criança deixa de sugar o dedo. Porém, caso isso não aconteça, recomenda adaptar o mamilo no disjuntor palatino.

Ao investigarem os profissionais (odontopediatra, ortodontista, fonoaudiólogo, pediatra e psicólogo) que lidam com crianças que apresentam o hábito de sucção, no que se refere aos métodos de tratamento empregados para descontinuar esse hábito, Barretto *et al* (2003) concluíram que não existe um consenso entre eles quanto ao método mais eficiente. Destacaram que há necessidade de uma maior interação entre as

¹⁵ Verificar demonstração desta aparatologia (esporão) no final deste capítulo.

¹⁶ Verificar demonstração desta aparatologia (placa com mamilo) no final deste capítulo.

¹⁷ Aparatologia empregada para aumentar a dimensão vertical, ou seja, atresia do palato ocasionada pela presença do hábito, uma vez que a pressão do músculo bucinador estreita a maxila. Verificar demonstração desta aparatologia (disjuntor palatino) no final deste capítulo.

diversas especialidades que assistem crianças, como meio de se conseguir mais e melhores resultados na prevenção e tratamento desses hábitos.

No mesmo contexto, Cavassani *et al* (2003) destacaram que o sucesso do tratamento das alterações orofaciais decorrentes de hábitos de sucção digital depende exclusivamente da abordagem multidisciplinar, sendo essencial uma visão panorâmica do tratamento, com a participação do ortodontista, do psicólogo, do otorrinolaringologista e do fonoaudiólogo, para garantir uma terapia eficaz, diminuindo o risco de recidiva da má oclusão.

Podemos vislumbrar, então, a partir dos estudos citados, os conceitos veiculados na atuação odontológica frente às características orofaciais, assim como as terapêuticas oferecidas ao paciente portador do hábito de sucção digital, reafirmando, nesse sentido, a importância mútua do trabalho conjunto entre a Fonoaudiologia e a Ortodontia em prol do restabelecimento do equilíbrio das estruturas e funções do Sistema Estomatognático.

Notas de Rodapé

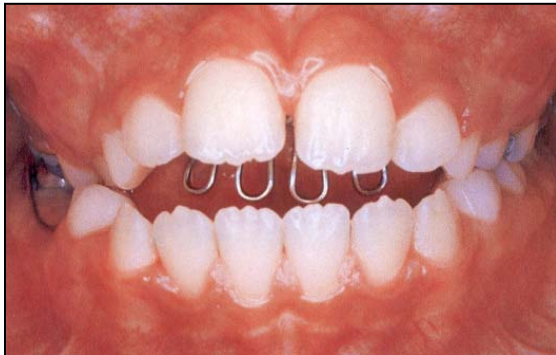
¹³ Grade palatina (pág. 25). Caso tratado por Cabrera e Cabrera, 1997a.



Mordida aberta anterior decorrente do hábito de sucção digital.



Vista oclusal da grade intrabucal superior.



Vista frontal da mordida aberta com a grade lingual.

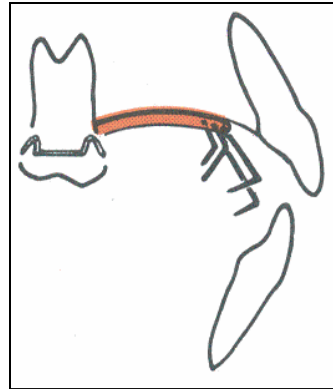
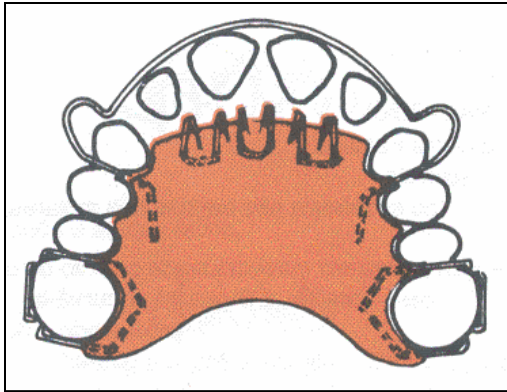


Vista frontal apos a remoção do hábito onde se nota a correção da mordida aberta anterior.

¹⁴ Placa de *Hawley* (pág. 27). Cozzani, 2001.



¹⁵ Esporão (pág. 27). Tenti, 1993.



¹⁶ Placa com o mamilo (pág. 27). Carvalho, 2003.



Placa com o mamilo.

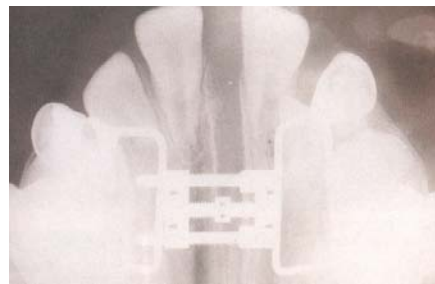
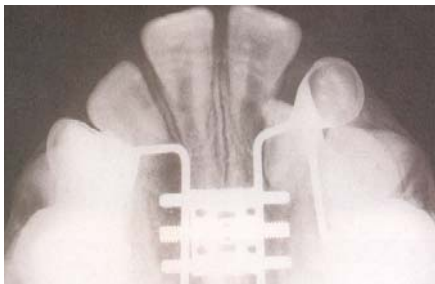
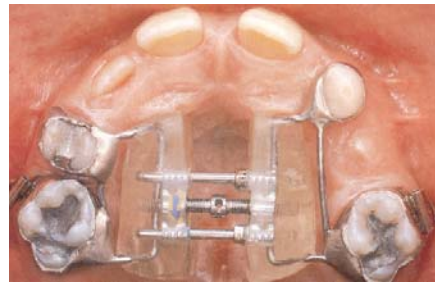


Criança sugando o mamilo.



Mamilo adaptado na cavidade oral.

¹⁷ Disjuntor palatino - *Hass* (pág. 28). Caso tratado por Cabrera e Cabrera, 1997b.



3. O HÁBITO DE SUCÇÃO DIGITAL E A CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

No capítulo anterior, vimos a importância de considerar alguns pressupostos teórico-terapêuticos da Ortodontia para que tenhamos uma compreensão clínica global das alterações dentofaciais e, conseqüentemente, miofuncionais, possivelmente desencadeadas pelos hábitos orais deletérios.

Similarmente, este capítulo visa delinear, num primeiro momento, os caminhos usualmente percorridos pela atuação fonoaudiológica frente ao paciente que apresenta o hábito deletério de sucção digital, com o intuito de destacar a mioterapia destinada ao restabelecimento do equilíbrio das estruturas e funções do sistema estomatognático.

Em decorrência da permanente correlação entre forma e função, há também alguns estudos ortodônticos apontando para a importância da Fonoaudiologia no tratamento das disfunções orofaciais desencadeadas pelo hábito de sucção. Sendo assim, num segundo momento, os mesmos serão descritos na perspectiva de reafirmar a efetividade da parceria entre essas duas áreas.

Somado a isso, também apresento os estudos da Fonoaudiologia que têm destacado a importância do enfoque terapêutico escoldado na concepção de integralidade entre corpo e psiquismo.

Vale esclarecer que neste capítulo, sigo a ordem cronológica na apresentação dos estudos, já que o objetivo do mesmo fundamenta-se em situar o leitor quanto aos pressupostos teóricos vigentes na área da Fonoaudiologia referente aos progressos e considerações clínico-terapêuticas voltadas a questão dos hábitos orais deletérios.

3.1. Estudos fonoaudiológicos relacionados ao hábito de sucção digital

Bastos *et al* (1992) descreveram o plano de tratamento de uma paciente de sete anos de idade que apresentava severas dificuldades orofaciais quanto à tonicidade, mobilidade e controle dos órgãos fonoarticulatórios (lábio, língua, bochechas) e alterações na fala quanto ao ponto fonêmico articulatorio. Além disso, a paciente apresentava hábito de sucção digital. A terapia miofuncional realizada foi dividida em fases para que os seguintes objetivos fossem alcançados: estabelecimento do correto tipo respiratório; inibição do hábito de sucção digital; instalação do ponto articulatorio correto dos fonemas alterados; postura adequada da língua em repouso; função mastigatória associada a correta deglutição e estimulação dos órgãos fonoarticulatórios quanto a sua tonicidade e mobilidade. Segundo os autores, o tratamento teve duração de cinco anos, sendo que após dois anos solicitou-se o uso do aparelho ortodôntico interceptativo como medida terapêutica auxiliar.

O foco da terapia fonoaudiológica com pacientes que apresentam o hábito de sucção digital deve ser, segundo Marchesan (1994), o fortalecimento da musculatura oral, sempre com orientação à família. Para a autora, a mastigação e a respiração são fundamentais no tratamento, por favorecerem o crescimento adequado das matrizes ósseas oronasofaríngeas. Destacou ainda, as maneiras pelas quais é possível a reeducação fisiológica do hábito deletério: conscientização do problema por parte dos pais e do paciente; reeducação das alterações da deglutição, fala, mastigação e repouso de lábios e língua; automatização, com lembretes e treino durante as refeições.

Antes de qualquer intervenção mioterápica específica, Hanson e Barrett (1995) afirmam ser necessária a eliminação da sucção digital, o que pode ser alcançado através do reforço positivo - instala-se na mente do paciente confiança nos resultados da terapia, incluindo um sistema de lembretes e reforços. O paciente será orientado a realizar uma reorganização emocional, encontrando outros meios para reagir a certas situações; para tanto, precisará de assistência, orientação e apoio do fonoaudiólogo. Para os

autores, o paciente que suga o dedo precisará amadurecer um pouco, pois acreditam que as pessoas que não chupam o polegar também ficam cansadas, se ferem e enfrentam frustrações. Tal colocação nos leva a acreditar que os autores apontam tais características como sendo os fatores mantenedores deste hábito oral. Somado a isso, ressaltaram que a descontinuação do hábito somente será possível se o paciente desejar interromper o hábito, expressando verbalmente esse desejo e incorporando em sua rotina diária quatro elementos específicos: (1) sugar um pedaço de parafina nos períodos de ociosidade; (2) dormir com uma bandagem elástica no braço; (3) colocar um pedaço de fita adesiva no dedo considerado mais saboroso; e (4) manter uma contagem diária dos sucessos e fracassos. Esses elementos, explicaram os autores, ajudam o paciente a comandar o subconsciente, colaborando para que o hábito de sucção digital deixe de importuná-lo.

Vale ressaltar a importância de os autores supracitados levarem em conta a participação ativa do paciente no tratamento e o desejo deste de interromper o hábito de sucção, o que não era comumente contemplado nos estudos da época.

Também Altmann (1997) enfatizou a necessidade de o paciente estar motivado para interromper o hábito de sucção. Segundo a autora, o estímulo adequado potencializa a motivação, podendo ser utilizados recursos como: tabelas, lembretes, premiação, utilização de datas específicas para entregar a chupeta ou deixar a sucção digital.

O método de conscientização e reforço positivo (qualquer elemento que favoreça o comportamento adequado, tais como: elogios, sorrisos, abraços e prêmios, sendo estes elementos peculiares a cada criança, obedecendo as peculiaridades e os valores que a criança atribui a tudo que lhe diz respeito) mostrou-se eficiente para a remoção do hábito de sucção em crianças de quatro a seis anos de idade estudadas por Boni *et al* (1997). Esse método foi determinante na redução da mordida aberta anterior, assim como melhorou o posicionamento dos incisivos superiores em suas bases ósseas.

No que diz respeito a pacientes mais velhos que apresentam hábitos orais, Marchesan (1998) afirma que devemos nos deter aos dados atuais das alterações miofuncionais, muito mais do que aqueles referentes ao passado. Segundo a autora, importa muito mais o que mantém o quadro dos pacientes, principalmente dos que apresentam crescimento ósseo já estabelecido, do que os fatores que o desencadearam.

Nessa perspectiva, podemos pensar que, no caso de pacientes que já atingiram o surto do crescimento puberal, o mais importante é obtermos informações sobre as atuais alterações miofuncionais e, a partir delas, intervirmos, buscando, além de eliminar fatores etiológicos causais para garantir a fidedignidade terapêutica, propiciar adaptações miofuncionais que possam favorecer um equilíbrio com a morfologia remanescente ao crescimento findado.

Uma das conseqüências do hábito de sucção digital é a atresia de maxila. Felício (1999) destacou diretrizes para o tratamento dessa alteração, alertando que, embora seja causada por desvios dos padrões normais das funções estomatognáticas, o tratamento deve ser iniciado pelo ortodontista, pois nem mesmo a posição da língua e o selamento dos lábios podem ser atingidos sem que a forma seja modificada. Contudo, a autora esclareceu que o primeiro passo deve ser a eliminação dos fatores etiológicos básicos, tais como o hábito de sucção (devendo ser interrompido no início da dentição mista) e a resolução dos problemas respiratórios, encaminhando o paciente ao otorrinolaringologista, pois, caso contrário, nem o tratamento ortodôntico, nem o fonoaudiológico terão sucesso.

Com intuito de investigar a associação de hábitos de sucção com a oclusão, Soligo (1999) realizou uma pesquisa e concluiu que não se deve simplificar a prática clínica a um “jogo de exclusões e associações”, do tipo “hábito X corresponde à anomalia Y” e vice-versa. A autora sugeriu que, em vez de fecharmos o diagnóstico e, conseqüentemente, a terapêutica em quadros patológicos previamente estabelecidos, devemos lançar um novo olhar fora de nossos “domínios”, para que possamos nos deparar com outros fatores que, até então, não nos tenham ocorrido.

Cabe aqui frisar a importância dessa questão. De fato, como ressalta a autora, nem sempre a morfologia incorreta leva a adaptações musculares inadequadas, ou vice-versa. Portanto, devemos avaliar e tratar cada caso independente do que é mais encontrado e enfatizado na literatura da área, buscando sempre as peculiaridades de cada paciente.

Boni *et al* (2000) realizaram um estudo com intuito de, sem a utilização de recursos ortodônticos, removerem o hábito de sucção e as alterações morfológicas decorrentes do mesmo em crianças de quatro a seis anos de idade que apresentavam mordida aberta anterior. O objetivo foi atingido esclarecendo aos pacientes sobre as seqüelas que esse hábito pode proporcionar, o que foi benéfico, inclusive, para minimizar a má oclusão decorrente do hábito.

Porém, mudar e/ou eliminar o hábito de sugar o dedo é uma tarefa difícil, que depende de vários fatores. González e Lopes (2000) destacaram alguns deles: idade, tempo em que persiste o hábito, causas e motivos da persistência e motivação do paciente para descontinuá-lo. As autoras ressaltaram que devemos determinar se o hábito está associado somente a um fator de prazer ou se também está associado a fatores emocionais, pois identificar essas causas é imprescindível para estabelecer o tratamento adequado, que pode ser dividido em duas partes: enfoque psicológico (para propiciar a solução do problema) e enfoque ortodôntico e fonoaudiológico.

Em seus estudos, Berretin-Felix *et al* (2002) destacaram a necessidade da participação de uma equipe interdisciplinar (odontopediatras e fonoaudiólogos) no tratamento dos hábitos de sucção digital, para que os profissionais envolvidos possam, assim, investigar as possíveis causas e os efeitos decorrentes dessa parafunção. Alertaram quanto à importância da intervenção precoce e de possíveis encaminhamentos, necessários para o completo restabelecimento da função e do equilíbrio muscular, comprometidos por esse hábito.

De fato, existem muitas maneiras de se tratar clinicamente o paciente portador de alterações musculares provenientes do hábito de sucção. Frazzon *et al* (2003) destacaram a conscientização, muitas vezes com interferência de um apoio psicológico, o uso da grade palatina, bem como a mioterapia funcional. Com relação ao último item, as autoras esclareceram que, devido ao hábito de sucção deletério, surgem alterações musculares, sendo que, o trabalho fonoaudiológico no campo da Motricidade Oral tem por objetivo a reabilitação das funções reflexo-vegetativas para garantir a estabilidade e saúde do sistema estomatognático e propiciar condições favoráveis para o crescimento e desenvolvimento do complexo crânio-facial.

Também Köhle *et al* (2003) destacaram a necessidade da atuação mioterápica quando distúrbios fonoaudiológicos decorrentes de hábitos orais de sucção estão presentes. Segundo as autoras, a fonoterapia atua na modificação do comportamento inadequado, tanto na postura dos lábios, língua, bochechas e mandíbula, quanto na coordenação do tipo respiratório, buscando conscientizar a criança e a família sobre a importância de eliminar o hábito inadequado.

Em seus estudos, Degan e Rontani (2004) concluíram que somente a eliminação do hábito de sucção não leva à autocorreção das estruturas orofaciais, sendo necessária a terapia miofuncional orofacial. Além de restabelecer o equilíbrio das estruturas e funções do sistema estomatognático, este procedimento auxilia na correção da mordida aberta anterior. Essa conclusão adveio de dois grupos controles: REM - grupo submetido à remoção de hábito pelo método de esclarecimento modificado; TMF – grupo em que, além de haver remoção do hábito pelo mesmo método, foi realizada a terapia miofuncional orofacial.

Nos estudos supracitados, percebemos o forte enfoque fonoaudiológico atribuído à funcionalidade do sistema estomatognático, mostrando a importância de garantirmos o equilíbrio miofuncional associado à correção morfológica nos casos de pacientes portadores de sucção digital. Somado a isso, estes trabalhos apontam para a necessidade de descontinuar os fatores etiológicos básicos – sucção digital – visto que a

sua persistência, além de comprometer os resultados terapêuticos, desencadeia alterações nas estruturas e funções do sistema estomatognático.

A seguir, apresento trabalhos de ortodontistas ressaltando a importância da atuação fonoaudiológica nos casos de hábitos deletérios.

3.1.1. Estudos ortodônticos que abordam a mioterapia no tratamento de hábitos deletérios de sucção

A atuação fonoaudiológica no tratamento da mordida aberta anterior associada à sucção digital é fundamental. Segundo Janson *et al* (2000), o tratamento ortodôntico isolado apenas corrige as alterações morfológicas dos arcos dentários, sem, contudo, normalizar os padrões funcionais musculares. Assim, para que haja estabilidade dos resultados ortodônticos, tanto a forma como as funções do sistema estomatognático devem estar corretas, sendo necessária, para tanto, a terapia miofuncional realizada por um fonoaudiólogo, levando à reeducação das funções musculares da língua e dos lábios, adequando-os quanto à propriocepção, ao tônus e à postura de repouso. No entanto, segundo os autores, o paciente somente deve ser encaminhado para mioterapia se apresentar o meio bucal favorável para a correção das funções, ou seja, primeiramente deve-se corrigir a forma e, depois, a função.

Também Silva Filho *et al* (2001) ressaltaram que os exercícios mioterápicos para os lábios, instruídos por um fonoaudiólogo, são de excelente ajuda na correção da relação incisal, especialmente em crianças com mordida aberta anterior e incompetência labial. Para normalizar a função labial, acrescentaram que o fonoaudiólogo deve atuar após a conclusão do tratamento ortodôntico, pois só assim é possível garantir a estabilidade dos resultados obtidos.

De acordo com Henriques *et al* (2003), a interposição de língua pode persistir após correção da mordida aberta decorrente da sucção digital; sendo assim, há necessidade, nesses casos, de terapia funcional de reeducação muscular, realizada pela Fonoaudiologia. Essa terapia, conforme os autores, consiste na realização de uma série de exercícios para reeducar a musculatura bucofacial, tanto durante a deglutição, como na posição de repouso.

Para Gurgel *et al* (2003), a eliminação do hábito de sucção digital é sempre o objetivo principal do ortodontista e do fonoaudiólogo. A atuação conjunta desses profissionais auxilia na orientação aos pais sobre os prejuízos que esse hábito pode causar para a criança, que também deve participar ativamente desse processo, sendo informada sobre a necessidade de abandonar o hábito, o que pode levá-la a colaborar positivamente.

De acordo com os autores supracitados, a terapia miofuncional, inicialmente enfatiza o fortalecimento da musculatura externa e o selamento labial, já que a grade palatina utilizada para a correção da mordida aberta anterior não permite a atuação na musculatura intrabucal e esta atuação ocorre após o uso da grade, acrescentaram os autores. A princípio, deve ser realizada uma avaliação do posicionamento lingual em repouso, na fala e na deglutição, estabelecendo os aspectos que devem ser trabalhados (fala, deglutição, mastigação e respiração). Os autores salientaram também que, quando o hábito de sucção vem associado à mordida cruzada, a intervenção direta do fonoaudiólogo iniciará durante o descruzamento ou após a intervenção ortodôntica.

A temática da inter-relação forma/função e o momento oportuno de atuação de cada profissional envolvido com essa questão são bastante controversos. Acredito que não devemos dicotomizar se a forma determina a função ou vice-versa. Devemos tratar o problema de forma global, analisando todas as possibilidades, pois forma e função estão intimamente relacionadas.

Sabemos, por exemplo, que, quando a forma interfere de maneira determinante na função (como são os casos de mordida cruzada posterior bilateral, Classe II divisão 1^a de Angle¹, mordida aberta esquelética), devemos aguardar a correção morfológica para posterior trabalho miofuncional. Em contrapartida, existem também casos em que a função claramente está interferindo na forma (mordida aberta anterior dentária), necessitando ser concomitante o trabalho da Ortodontia e da Fonoaudiologia, para que se garanta melhores resultados (Jabur, 1994).

Os trabalhos de ambas as áreas – Fonoaudiologia e Ortodontia – destacam a importância da Terapia Miofuncional Orofacial nos planos de tratamento destinados aos pacientes portadores de hábitos de sucção digital, visto que tem se configurado como um eficiente instrumento para o restabelecimento de estruturas e funções do sistema estomatognático, além de ser responsável pela adequação e manutenção orofacial.

Esses pressupostos reforçam a hipótese de que “quando odontólogos e fonoaudiólogos trabalham em equipe, percebe-se que os conceitos são expressos de modo mais claro e o papel de cada profissional está bem estabelecido” (Cardoso Pereira e Felício, 2003), propiciando a manutenção e efetivação dos resultados terapêuticos.

No entanto, apesar do inquestionável papel dos procedimentos específicos da Motricidade Oral, que garantem a precisão da abordagem fonoaudiológica, é necessário que se investigue, também, de que maneira isso deve ser operado em cada paciente, na perspectiva de uma atuação terapêutica que contemple a integralidade entre corpo e psiquismo.

A partir disso, pensando na importância de articular o trabalho fonoaudiológico através da utilização de procedimentos necessários para a resolução dos problemas miofuncionais do paciente, com uma percepção sobre a melhor maneira de

¹ Popularmente esta má oclusão se caracteriza como retrusão mandibular com excessivo trespasse horizontal (overjet).

abordá-los com aquela pessoa, a intersubjetividade da relação terapêutica torna-se fundamental.

Por esta razão, fui em busca de estudos na Fonoaudiologia que considerassem a singularidade de cada paciente, encontrando neles, uma grande contribuição da Psicanálise, como mediadora e favorecedora dessa questão. Na seqüência observei que existiam várias concepções distintas de estudos psicanalíticos a respeito do sujeito, do psiquismo e do corpo, apontando para desdobramentos clínicos diversos, conforme abordado nos estudos de Maia (1997).

Contudo, encontrei um conjunto de trabalhos fonoaudiológicos² que compõem uma linha de pesquisa onde a função terapêutica do fonoaudiólogo é problematizada, entendendo-a como uma tarefa que se inicia com a compreensão da história de vida do paciente, na perspectiva de que, à medida que o terapeuta capta as necessidades fundamentais do paciente, pode aplicar criativamente os procedimentos técnicos necessários de sua especialidade na ânsia de superar os problemas que levaram a pessoa a buscar um fonoaudiólogo, sendo norteadada por uma concepção psicanalítica de inspiração winnicottiana e é sobre este contexto, que se destina o próximo item.

3.2. Trabalho terapêutico fonoaudiológico que privilegia a singularidade do paciente

Em estudo, Millan (1990) conta a história de uma reflexão clínica voltada ao atendimento de crianças que apresentavam distúrbios da comunicação, reflexão esta feita no interior de um movimento retrospectivo e crítico dos caminhos terapêuticos percorridos durante o tratamento desses pacientes. A autora fez uma revisão de alguns “fazereres” clínicos e “pensares” que subsidiavam esses atendimentos e ressaltou fatos importantes ligados a dois tipos de questões: possibilidade de leitura da ação clínica

² Esses trabalhos foram orientados por Suzana Magalhães Maia dentro da linha de pesquisa intitulada por Linguagem, Corpo e Psiquismo.

e a origem na relação que pode se estabelecer entre o que se pensa e o que se faz. Observou que os fazeres clínicos sequencializados (anamnese, exame, terapia e orientação familiar), que tornavam mais vigorosa a normopatia, foram sistematicamente sendo substituídos por uma prática clínica a serviço do doente, isto é, um serviço de singularização do paciente passou a ganhar consistência e valor. Neste sentido, a autora concluiu que ocorreram mudanças profundas num fazer que já não se subsidiava mais na idéia de uma norma de doença, emergindo, portanto, reflexões sobre a relação doença-doente que contribuem concisamente na origem da esterilidade ou fertilidade do trabalho clínico fonoaudiológico.

A partir da descrição do atendimento fonoaudiológico de um paciente, Ramos (1994) refletiu sobre mudanças na postura clínica adotada. A autora conta que passou a compreender melhor o que acontecia na sua interação com o paciente, havendo, assim, a possibilidade de auxiliá-lo em seu desenvolvimento, a partir de questões exteriorizadas durante brincadeiras de faz-de-conta e das estórias infantis.

Também Oliveira (1995) pontuou algumas questões que a levaram a compreender e modificar sua postura terapêutica frente ao paciente e sua família, levando em consideração a singularidade do sujeito durante o processo terapêutico. A autora concluiu que considerar o objeto de trabalho também como objeto de estudo, ou seja, a clínica como local de investigação, é uma forma de fundamentação da área fonoaudiológica. É através da clínica que poderemos formular e reformular teorias, técnicas, circunscrever nosso objetivo e métodos de intervenção terapêutica.

Em sua pesquisa, Magalhães (2000) investigou como o *setting*³ terapêutico fonoaudiológico pode se constituir no atendimento domiciliar. Para tanto, observou como foi sendo constituído o espaço potencial estabelecido na/pela relação terapêutica, tendo como fundamentação alguns pressupostos winnicottianos. O autor

³ "*Setting*" aborda uma situação de confiança que se configura no ambiente terapêutico ao gerar um espaço intermediário propício para acontecer o atendimento fonoaudiológico. Esse ambiente estruturado na/pela relação com o cliente constitui um espaço estável e, por conseguinte, favorável ao desenrolar do processo terapêutico.

destacou que, tal como a mãe devotada ao cuidar de seu bebê, o terapeuta pode propiciar ao cliente um ambiente favorável para que ele possa se estruturar e estruturar sua linguagem. Sendo assim, as técnicas utilizadas devem ser re-significadas para que possam ir além de exercícios para correção, e se tornarem um elemento diferenciador para que a relação terapêutica possa ser estabelecida e constituída em um ambiente humano.

Sobral (2000) investigou as particularidades da relação terapêutica fonoaudiológica, procurando circunscrever os aspectos que favoreceram o desenvolvimento de atitudes comunicativas em portadores de paralisia cerebral grave que não apresentavam condições de desenvolver a oralidade. A autora demonstrou como a relação terapêutica constituída foi responsável pelo desencadeamento de atitudes comunicativas e como as dificuldades específicas da paciente foram manejadas, contribuindo para que a mesma pudesse fazer uso de suas possibilidades.

Com o objetivo de estudar a função do terapeuta na clínica fonoaudiológica, Matteo (2001) fundamentou-se em pressupostos winnicottianos, especialmente no princípio de que a presença do outro é essencial na constituição do ser de uma pessoa. A autora apontou para a necessidade do fonoaudiólogo reconhecer a importância do estudo sobre o desenvolvimento psíquico do ser humano, para, assim, desenvolver tanto uma escuta que acompanhe o aspecto discursivo da linguagem do paciente, como esteja atenta para o que é revelado através dos gestos. Segundo a autora, esse olhar possibilita ao fonoaudiólogo apreender a maneira como o *self* daquele paciente se constitui e ao paciente se colocar (ou re-colocar) numa situação de contínuo processo de criação de si mesmo.

Melo (2001) descreveu segmentos da prática clínico-terapêutica fonoaudiológica com um paciente queimado, refletindo sobre a construção do atendimento no que tange ao estado de sofrimento da pessoa, suas dificuldades quanto à imagem do seu corpo após o acidente e a reabilitação das seqüelas das queimaduras, nas funções estomatognáticas de abertura da boca, mastigação e deglutição. O autor destacou que ter

favorecido um ambiente de acolhimento ao sofrimento e necessidades fonoaudiológicas do paciente foi fundamental para a continuidade do processo terapêutico. Dessa maneira, ressaltou que a relação consigo e com os outros é determinante para a reconstituição da auto-imagem da pessoa. O autor ressaltou que somente os conhecimentos sobre anatomia e fisiologia do sistema estomatognático, com o objetivo de reabilitar as funções, parecem não ser suficientes, devendo as técnicas fonoaudiológicas estar a serviço das pessoas que atendemos, em suas particularidades.

Caroprezo (2001) enfocou a relação entre terapeuta e paciente na clínica fonoaudiológica no que se refere aos distúrbios da linguagem escrita. Para isto, a autora buscou fundamentação nos pressupostos teóricos de Winnicott e Safra, pois os mesmos relacionam o papel do analista ao que a mãe desenvolve com seu filho, oferecendo-lhe um ambiente favorável para que constitua seu *self*. De acordo com a autora, da mesma forma, o fonoaudiólogo pode oferecer essa sustentação para que seu paciente tenha condições de sentir-se reconhecido e, assim, consiga superar suas dificuldades. Esse encontro entre as necessidades do paciente com o acolhimento estabelecido pelo terapeuta é que vai favorecer o aparecimento de um fenômeno denominado por Safra de “Momentos Mutativos”. Neste sentido, a autora procurou identificar, em seu estudo, os momentos mutativos que possibilitaram ao paciente construir sua imagem de escritor, sem perder de vista a especificidade do fonoaudiólogo no trabalho clínico e terapêutico que realiza. A autora destacou em sua conclusão que a relação entre terapeuta e paciente é um aspecto de grande importância em um processo terapêutico.

Tahan (2003) discutiu a função terapêutica fonoaudiológica de acordo com os pressupostos teóricos de D. W. Winnicott, contribuindo para que o fonoaudiólogo se posicione de modo a levar em consideração, no exercício de sua função, as particularidades e a singularidade do paciente, inclusive na utilização que se fizer necessária do acervo técnico-científico, o que implica apresentá-lo de maneira que o paciente possa apropriar-se dele criativamente. Desse modo, a autora explica que o *setting* fonoaudiológico torna-se um espaço não somente para a supressão do sintoma,

mas principalmente favorecedor do acontecer do paciente como pessoa total. Baseando-se nas tarefas desempenhadas pela mãe no relacionamento com seu bebê, as quais possibilitam a humanização deste, Winnicott elege o *holding*⁴, que irá propiciar a integração, a apresentação do objeto, que possibilita a experiência da realização, e o manejo, responsável pela inserção da psique no soma, como elementos norteadores das relações humanas, incluindo a relação terapêutica. Assim, a autora postula que como elementos interdependentes e inacabados, visto que o ser humano nunca termina sua constituição, essas três tarefas podem ser favorecedoras do acontecer humano e, sendo assim, podem nortear o *setting* terapêutico fonoaudiológico. Para tanto, no sentido de investigar essa possibilidade, a autora utilizou um estudo de caso de uma paciente com queixa vocal, observando que, além dos progressos vocais, durante o processo terapêutico, a paciente pôde se desenvolver como pessoa total, uma vez que a intervenção fonoaudiológica pautada nas tarefas anteriormente citadas estava comprometida, especialmente, com as necessidades singulares da paciente.

Podemos observar, então, que os autores concordam quanto à importância de considerar o trabalho fonoaudiológico articulado à intersubjetividade da relação terapêutica, sem perder de vista a especificidade da intervenção e promovendo a eficiência da abordagem fonoaudiológica.

Considerando que “a constituição do sujeito passa pela consideração das pulsões em sua interação com as funções ambientais” (Maia, 1997, p.123), é imprescindível que o fonoaudiólogo valorize e considere a história de vida do paciente portador do hábito de sucção digital no contexto terapêutico, tornando-se mediador criativo dos procedimentos mioterápicos.

Nessa visão, no próximo capítulo destaco os métodos e os procedimentos que adotei para levantar os dados e posteriormente analisar o caso clínico

⁴ O termo *holding* significa, segundo Winnicott (1960), uma provisão ambiental que se refere aos cuidados maternos (In: Tahan, 2003).

de uma paciente que perdurou com o hábito de sucção digital por um longo tempo, interrompendo-o durante o processo terapêutico fonoaudiológico.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo teve como objetivo investigar a importância de o fonoaudiólogo considerar a história de vida de pacientes que apresentam o hábito de sucção digital na Clínica da Motricidade Oral, sem perder de vista as técnicas fonoaudiológicas.

Para tanto, foi aqui utilizado o método de pesquisa clínico-qualitativo, que se fundamenta, essencialmente, em “compreender” o homem e não “explicá-lo” (Turato, 2003) e num modelo epistemológico que tem como base a relação sujeito-sujeito. Assim, não há propriamente um objeto de estudo, mas sim fenômenos intersubjetivos que necessitam ser levados em conta no processo terapêutico, para que, a partir deles, seja possível delinear caminhos que garantam a especificidade da intervenção e promovam a eficiência da abordagem fonoaudiológica.

Dentro desse método, optei então por apresentar um estudo de caso único, sendo respeitados dois critérios de inclusão:

1. O paciente deveria ter idade superior a quatro anos, visto que a sucção de dois a três anos de idade é um processo normal na vida da criança, diminuindo esta necessidade à medida que ela amadurece física e emocionalmente, tendendo a desaparecer antes dos quatro anos de idade (Silva Filho *et al*, 1986; Henriques *et al*, 2000)¹;
2. Deveria estar presente no caso a Tríade de GRABER; ou seja, a intensidade, a duração e a frequência com que o hábito de sucção digital era praticado, desencadeando, contudo, efeitos nocivos no desenvolvimento do sistema estomatognático e no crescimento facial

¹ Ressalto que esse critério também tem norteados meus atendimentos clínicos; ou seja, não realizo trabalhos terapêuticos com crianças de menos de quatro anos de idade que apresentam hábito de sucção digital.

(Jorge *et al*, 2002); justificando, a necessidade da terapia fonoaudiológica juntamente ao tratamento ortodôntico.

A paciente selecionada foi Eduarda, uma menina que iniciou o tratamento com 10 anos de idade, permanecendo até os 11 anos², que tinha hábito oral prolongado de sucção digital e, conseqüentemente, sérios comprometimentos miofuncionais.

As sessões ocorreram na freqüência de uma vez por semana, tendo duração de quarenta e cinco minutos. Ao todo, foram quinze encontros, desde abril de 2004 até setembro do mesmo ano.

Após esse período, tendo considerado que a paciente atingira certo limite na reabilitação, suspendemos as sessões que foram somente retomadas após o procedimento cirúrgico (adenoidectomia) sofrido pela paciente. Assim, a primeira etapa do processo fonoaudiológico foi concluída durante a produção deste estudo. Dela, fazem parte: a entrevista inicial, a avaliação das estruturas orofaciais e as sessões de tratamento fonoterápico para diminuição e/ou suspensão do hábito, assim como para os ajustes musculares possíveis.

O material de estudo foi composto de registros escritos por mim realizados sempre após cada sessão, sendo incluídos: o primeiro encontro, o encaminhamento ortodôntico para terapia fonoaudiológica em vista da persistência do hábito de sucção digital, a entrevista inicial com a mãe, o período de avaliação e as sessões de fonoterapia.

Nesses registros dos atendimentos constam:

² Essa paciente finalizou a primeira etapa do trabalho, o qual foi suspenso pela necessidade de uma cirurgia. Depois desta, retomou as terapias, que tiveram então outros objetivos. Cabe salientar que comecei a atendê-la durante o Mestrado, o que permitiu que eu refletisse sobre minha postura clínica.

- Observações pontuais sobre a performance da paciente nos exercícios propostos, possíveis evoluções ou retrocessos no tratamento do grupo muscular oral, para que, a partir disso, pudesse ser elaborado o plano terapêutico para a próxima sessão;
- Temas trazidos pela paciente em seus relatos e minha atitude diante deles.

Para a apresentação desse material, foram então selecionados fragmentos que melhor demonstram as mudanças de postura clínica do terapeuta, foco da análise.

A fim de que o leitor compreenda em que sentido se deu essa transformação, vale informar alguns procedimentos técnicos que comumente utilizo com meus pacientes.

Como todos eles, Eduarda possuía um caderno de tarefas a serem realizadas em casa, o qual era trazido em nossos encontros para que nele anotasse, nos minutos finais de cada sessão, os exercícios que deveriam ser executados de uma sessão para outra. A cada encontro, averiguava se a paciente havia conseguido realizá-los; caso os mesmos estivessem compatíveis com os resultados clínicos esperados, alterava-os, elencando novamente outros exercícios com o intuito de alcançarmos equilíbrio miofuncional até o momento da alta fonoaudiológica.

Como de praxe, todos os exercícios orofaciais sugeridos eram anteriormente por mim demonstrados e esclarecidos detalhadamente, ressaltando a importância e necessidade de cada um no plano terapêutico. Para este intuito, utilizava como apoio um modelo anatômico da cavidade oral e/ou uma pasta informática contendo ilustrações das estruturas e funções estomatognáticas com as quais nós estávamos diretamente atuando.

Ressalto que, como se verá adiante, esse tipo de procedimento, ainda bastante utilizado na clínica mais tradicional, teve um efeito positivo no trabalho com

Eduarda. Também será possível constatar como fui deixando de usá-lo exclusivamente, podendo assim valorizar outras formas de me inteirar da evolução clínica da paciente em questão.

É importante ressaltar que, embora os pacientes portadores de hábitos orais deletérios cheguem com queixas distintas, apresentam, na maioria das vezes, alterações miofuncionais análogas e, conseqüentemente, a terapêutica costuma ser semelhante. Com o uso desta metodologia de pesquisa, foi possível verificar que, quando consideramos questões que dizem respeito ao sofrimento da pessoa, o processo terapêutico perde, e muito, esse caráter de padronização, de uso de técnicas análogas, ganhando espaço um trabalho que contempla a singularidade daquele que nos procura, respeitando, inclusive, o momento oportuno de manuseio de sua cavidade oral.

Quanto à análise do material de estudo, optei por apresentá-la junto com a descrição do caso, justamente para favorecer a compreensão por parte do leitor da importância de se considerar a história de vida dos pacientes na clínica fonoaudiológica, bem como observar as mudanças que pude empreender em meu fazer clínico.

A história de vida compartilhada pela paciente com o terapeuta serviu como ponto de referência para que a intersubjetividade terapêutica³ fosse contemplada, sugerindo, assim, novas variáveis, novas questões e novos processos que pudessem conduzir a um “repensar” do fazer clínico na área da Motricidade Oral. Isto equivale dizer que esta história confidenciada, assim como a reciprocidade em forma de escuta do terapeuta, deram sentido à noção de uma nova postura clínica no processo terapêutico.

Eduarda e sua mãe estão cientes da participação e colaboração neste estudo (Anexo – Termo de Consentimento). Todos os nomes utilizados são fictícios, no intuito de preservar a imagem da paciente e de seus familiares.

³ Visto que, em momentos anteriores, centrava-me mecanicamente sobre as características miofuncionais do paciente.

5. O PROCESSO TERAPÊUTICO FONOAUDIOLÓGICO

5.1. O Primeiro Encontro

Em outubro de 2002, Eduarda e sua mãe, Olívia, compareceram em meu consultório para uma avaliação fonoaudiológica, sugerida pelo ortodontista.

Trouxeram em mãos parecer ortodôntico que ressaltava a presença do hábito prolongado de sucção digital, além de alterações oclusais de mordida aberta anterior, atresia do palato e mordida cruzada posterior bilateral. Conforme o referido laudo, as características orofaciais de Eduarda mantinham relação direta com a presença do hábito deletério. A musculatura oral se encontrava bastante comprometida, sendo prioritário interromper o hábito para que o prognóstico fosse favorável e os resultados, estáveis. Sendo assim, seria imprescindível a atuação conjunta do ortodontista e do fonoaudiólogo.

Como de praxe em minha rotina clínica, utilizei meu roteiro¹ de anamnese para investigar fatores etiológicos e/ou perpetuantes das alterações miofuncionais que Eduarda apresentava.

Logo depois de levantar questões puramente clínicas (Tríade de GRABER², hábitos alimentares, etc) relacionadas ao hábito de sucção digital, iniciei a avaliação das estruturas e funções orofaciais. Assim, solicitei que Eduarda sentasse a minha frente e realizasse alguns movimentos específicos dos órgãos fonoarticulatórios (OFAs) para investigar a funcionalidade³ dos mesmos. Fiz a inspeção intra-oral com apoio de espátula e lanterna, demarcando as alterações miofuncionais significativas.

¹ Este roteiro não se encontra anexado, visto que não faz parte de meu objeto de pesquisa. Porém, naquele momento, servia como mediador de temáticas a serem abordadas.

² Descrita no capítulo 2 como sendo a intensidade, freqüência e o tempo em que o hábito oral deletério é realizado.

³ Mobilidade, motricidade, tonicidade e tensão dos OFAs.

Em seguida, sugeri que a paciente lesse uma lista de palavras foneticamente balanceadas. Depois, avaliei a deglutição com esborrifadas de água e, por último, investiguei a função de mastigação, pedindo que comesse bolacha de água e sal.

A inadequação do padrão respiratório foi descrita pela mãe durante a anamnese: *“Eduarda não consegue fechar a boca, ronca, baba demais, inclusive para falar, e sem contar que fica o tempo todo com esta língua para fora. Já passamos por um otorrinolaringologista e ele disse que precisava operar, mas o pai não quer pagar a cirurgia”*.

Concluído esse processo, forneci meu parecer final à Eduarda e Olívia, ressaltando que o processo terapêutico, tanto fonoaudiológico quanto ortodôntico, dependia da descontinuação do hábito. Para tal, reencaminhei Eduarda ao ortodontista, sugerindo intervenção ortodôntica cabível, acrescentando que a paciente deveria retornar ao meu consultório após ocorrer uma minimização da alteração oclusal previamente citada. De fato, considerava que as características morfológicas de Eduarda limitavam minha atuação terapêutica para a reeducação muscular e prejudicavam as funções estomatognáticas. Recordo-me, também, de ter sugerido uma consulta a um psicólogo.

Nessa mesma consulta, elaborei o parecer fonoaudiológico e o encaminhei, em mãos, ao ortodontista. Entregando o envelope à Eduarda, comentei que a aguardaria após correção da morfologia, ressaltando também a necessidade da interrupção do hábito para que os resultados fossem atingidos com maior êxito.

Os meses se passaram, outros casos de hábitos deletérios “bateram em minha porta”, e foi se tornando cada vez mais patente que eu não acolhia a demanda que chegava a mim. Percebi, então, a ineficiência da abordagem que vinha utilizando, pois os resultados terapêuticos não eram desejados - o hábito dificilmente era interrompido, e quando isso acontecia, surgiam comportamentos indesejáveis (atitudes anti-sociais, compulsividade em comer, comprar, etc) ou outra parafunção era instalada (onicofagia, por exemplo). Evidentemente, alguma mudança deveria ocorrer.

5.2. O reencaminhamento ortodôntico para o atendimento fonoaudiológico

Entre o parecer fonoaudiológico e a atuação ortodôntica, foi instalado pelo ortodontista o aparelho *Hass*⁴ em Eduarda. O intuito desse procedimento era expandir a maxila, corrigindo a mordida cruzada posterior bilateral e possibilitando, com isso, uma melhora no espaço intraoral, o que, concomitantemente, favoreceria minha intervenção. Feito isso, o ortodontista reencaminhou Eduarda em maio de 2003 para uma nova avaliação fonoaudiológica.

Entretanto, apenas em fevereiro de 2004 Olívia agendou uma nova consulta em meu consultório. Naquela ocasião, ela disse à minha secretária que o ortodontista a estava pressionando para iniciar o tratamento fonoaudiológico, pois não estava conseguindo corrigir a má oclusão, uma vez que Eduarda *“ainda persistia com o hábito de sugar o dedo, mesmo usando o aparelho, além de permanecer o tempo todo com a língua entre os dentes”*.

Considero oportuno destacar que a experiência clínica irrefutavelmente evidencia que aparatos ortodônticos, quando devidamente instalados, conseguem adequar a má oclusão, mesmo em posse de comprometimentos miofuncionais. É lógico que a correção oclusal ocorre de maneira mais lenta nesses casos, porque há uma força disfuncional agindo contra a força mecânica aplicada. Porém, neste caso especificamente, as forças miofuncionais e deletérias se sobrepunham à mecânica do aparato ortodôntico, uma vez que Eduarda apresentava sérios comprometimentos musculares.

No entanto, mesmo sendo informada que as condições morfológicas do caso limitavam minha terapêutica, a questão fundamental não estava mais centrada no fato de existir ou não o hábito, de haver ou não alterações morfológicas limitantes, de ter ou não problemas miofuncionais.

⁴ Aparatologia descrita no capítulo 2, página 28, e ilustrado no mesmo capítulo na página 32.

Pude vislumbrar no Mestrado o conhecimento de diferentes modos de se pensar a Fonoaudiologia conectada com a singularidade dos pacientes. E baseando-me nesse princípio, dei então meu “primeiro passo”.

Neste sentido, é a compreensão de determinados aspectos da história de vida de Eduarda, que foi acontecendo ao longo de todo o processo terapêutico, que apresento e analiso a seguir, na perspectiva de considerar o trabalho miofuncional articulado às particularidades da paciente.

5.3. Terapia miofuncional articulada à história de vida de Eduarda

É conveniente adiantar, conforme o leitor poderá observar, como a singularidade de Eduarda passou a ganhar consistência e valor durante a aplicabilidade de técnicas específicas voltadas à Motricidade Oral, suscitando, assim, um atendimento mioterápico pautado na compreensão das manifestações, ações, percepções, enfim, da maneira de ser da paciente, que foi se modificando durante o tratamento.

Nessa perspectiva, são aqui apresentados alguns recortes de momentos significativos do processo terapêutico, para que possamos compreender a importância de considerar a história de vida da paciente no momento da aplicabilidade de técnicas fonoaudiológicas. Também apresento reflexões sobre minhas ações terapêuticas, no intuito de indicar as transformações que pude efetivar em meu fazer fonoaudiológico.

Os primórdios da entrevista inicial

No dia da consulta (13/02/04), Eduarda retornou ao consultório com sua mãe. Diferentemente do momento anterior, pedi para que apenas Olívia entrasse na sala

de atendimento com o intuito de ouvir separadamente as concepções que ambas tinham acerca do hábito de sucção digital.

Apesar de meu foco de interesse ser a persistência e o prolongamento do hábito, esses aspectos não foram espontaneamente abordados pela mãe. Por alguns instantes, um pensamento me incomodou: “Deveria, em vez de escutar fatos particulares daquela família, direcionar a entrevista especificamente para a saúde do sistema estomatognático da paciente?”.

Porém, sem interrompê-la, apenas demonstrando interesse por suas narrativas, procurei acolher suas angústias frente às atitudes que Olívia considerava inaceitáveis na filha, tanto no ambiente familiar como escolar, o que atribuía à ausência de atenção paterna. Ressaltou que o ex-marido, além de transparecer certa preferência pela outra filha (Evelize) de ambos, morava no Japão e raramente telefonava; quando isso acontecia, pedia para falar apenas com Evelize.

Olívia contou que sofreu muito durante a gestação de Eduarda, pois seu marido era ausente e tinha alguns vícios. Após o nascimento da menina, observou que ele não se dedicava a esta como havia feito com a outra filha: *“Ele punha defeito nela [Eduarda], não gostava de pegá-la no colo, a rejeitava, não suportava trocar suas fraldas”*. Mesmo assim, Olívia considerava que Evelize era quem deveria ter mais problemas de comportamento (vale destacar que a mesma apresentava gagueira), visto que presenciou “tudo” que na rotina familiar levou ao divórcio dos pais.

Prosseguindo, Olívia ressaltou sua preocupação com Eduarda pelo fato de esta não ter amigas, continuamente brigar na escola e, acima de tudo, ter “mania de perseguição”, e acrescentou: *“Eduarda é grossa, tem certas atitudes estranhas, meio revoltada, é do contra, respondona, atrevida, desobediente, agitada, conversa articulando e gesticulando demais, além de falar muito alto. Ela se acha feia e sofre por isso. Tem um problema no rim e freqüentemente fica com o abdômen inchado, isto piora muito mais sua auto-imagem”*. Depois de feita essa declaração, Olívia, com os olhos lacrimejando, disse:

“Antigamente eu batia nela, agora nem mais sei o que fazer, me sinto desnorreada. Como você acha que eu devo agir?”.

Respondi que ela deveria ter mais paciência com Eduarda, pois a menina certamente havia sofrido, ainda que indiretamente, todas as aflições vivenciadas durante a gestação e que, mesmo hoje, deveria perceber a desatenção do pai. Acrescentei ressaltando que isso era mesmo complicado e delicado para uma criança, e justificava, inclusive, a persistência do hábito de sucção digital.

Em posse disso, acreditava, então, ser aceitável a presença do hábito de sucção digital em vista dos conflitos familiares vivenciados por Eduarda.

O tempo da sessão estava se esgotando, e Olívia ainda não havia se referido ao assunto específico da sucção digital, o que julgava ser, naquele momento, uma informação importante e por isso, a hipótese de não obtê-la me afligia.

Perguntei quando Eduarda começou a sugar o dedo e Olívia afirmou: *“Nossa, na ultra-sonografia ela já apresentava este hábito e só diminuiu a frequência com o uso do aparelho⁵”*. E ainda se os “comportamentos difíceis da filha”, descritos por ela, surgiram após a minimização do hábito, e ela respondeu: *“Sempre houve, desde pequenininha ela era revoltada”*.

Nesse momento inicial do trabalho, portanto, ainda me pautava em teorias comportamentais para identificar razões e/ou fatos que justificassem o hábito prolongado de sucção digital. Assim, interliguei os dados trazidos pela mãe de minha paciente com os achados de Casanova (2000), segundo o qual, geralmente, as crianças que não têm preenchidas suas necessidades de carinho, atenção, presença e cuidados, possuem dificuldade em ultrapassar as fases da infância, utilizando, assim, objetos de apoio – sucção digital – para preencher lacunas. Também Black *et al* (1990) consideram

⁵ Vale esclarecer que o aparelho *Hass*, por suas características próprias, diminui a sensibilidade do dedo contra o palato, atenuando assim a frequência do hábito.

que o hábito de sucção pode ser uma decorrência de problemas psicológicos, ambientais, tais como falta de atenção, ciúme, necessidade de carinho e *stress* emocional.

As demandas trazidas pela mãe da paciente eram, pois, prototípicas de queixas corriqueiras de famílias com crianças que têm o hábito de chupar dedo em idades mais avançadas. Quase sempre isso é sinônimo de presença de problemas emocionais, acarretando sérios transtornos para a criança e sua família.

Assim, ainda que tivesse a intenção de acolher a problemática trazida pela mãe e compreender o valor das particularidades daquela família para o processo terapêutico, prevaleciam as generalizações e certo modo “robotizado” de buscar indícios específicos ligados à persistência do hábito. Restringi-me, nessa medida, a interligar os dados colhidos com os pressupostos teóricos vigentes na área.

Dito de outra maneira, ainda pautada na concepção de funcionalidade, a todo momento procurava explicar, mas nunca entender as razões pelas quais o hábito de sucção digital persistiu por longo tempo.

Hoje, percebo claramente que, nesse momento, apressava-me em buscar respostas, pouco aceitando os limites do não saber. Com isso, nem sempre o que Eduarda trazia e/ou buscava em nossos encontros era por mim considerado.

A continuidade da entrevista inicial

Na semana seguinte (27/02/04), Eduarda e sua mãe retornaram ao consultório para que pudéssemos dar início à avaliação fonoaudiológica. No entanto, ao avistá-las na recepção, observei que algo havia acontecido. Diante do semblante “fechado” de Eduarda, perguntei se estava tudo bem, e Olívia enfaticamente respondeu: *“Não, não está nada bem”*.

Novamente, aquela situação me fez indagar: “Deveria acolher tal problemática constatada nas palavras de Olívia e na fisionomia de Eduarda ou dar prosseguimento ao meu propósito de avaliar os órgãos e as funções do sistema estomatognático da paciente?”. Optei por convidá-las a entrar em minha sala, e assim que nos acomodamos, perguntei: “O que houve?”. Olívia declarou, então: *“Não suporto o comportamento anti-social de Eduarda, ninguém gosta dela porque é grossa e estúpida com as pessoas”*. No mesmo momento, Eduarda começou a chorar, mal conseguindo se expressar, mas disse: *“Realmente, não tenho paciência com as pessoas e me incomodo de verdade com quem não gosto”*.

Busquei, então, apressadamente, caminhos e palavras que fizessem Eduarda compreender que tanto a terapia miofuncional quanto os seus relacionamentos dependiam única e exclusivamente dela e que competia a ela assumir uma nova postura. Buscava despertar em Eduarda a compreensão de que ela própria garantiria a solução de seus problemas e que o seu desejo de mudança poderia, supostamente, refletir-se posteriormente, durante a terapia, na interrupção do hábito de sucção digital, conforme propunham Hanson e Barret (1995).

Percebi que Eduarda parecia temer minhas palavras, contorcia-se na cadeira, como que se estivesse encolhendo-se. A maneira como me observava me chamou a atenção; quando ela notava que eu me dirigia a ela, imediatamente abaixava a cabeça, evitando que nossos olhares se cruzassem.

O fato de procurar uma forma de acolher a demanda indicava, certamente, uma tentativa de minha parte em mudar práticas mais tradicionais de abordagem de problemas na Motricidade Oral. Porém, do que adiantava entender (correlacionando os dados obtidos com os achados da área) se o que eu precisava era compreender? Melhor dizendo, compreender os significados, as particularidades envolvidas naquelas questões, deixar-me tocar pela história singular da paciente, em vez de me apressar em concluir e prescrever mudanças de atitudes.

Avaliação fonoaudiológica

A sessão seguinte (19/03/05) foi relativamente nosso primeiro encontro a sós. Eduarda chegara com novas aparatologias (grade lingual⁶ e AEB com puxada alta⁷) e, do mesmo modo que na sessão anterior, estava com o semblante fechado. Sentamo-nos frente a frente numa mesa destinada à avaliação e terapia. Pude observar que Eduarda evitava o contato visual comigo, permanecendo grande parte do tempo com a cabeça baixa. Logo em seguida, perguntei como ela estava e o que tinha feito no final de semana; respondeu-me: *“Estou incomodada com este aparelho, o povo da minha escola tira sarro dizendo que uso freio de burro e não suporto tantas provocações”*.

De acordo com Ramos Jorge *et al* (2000), procurei associar a persistência do hábito que Eduarda tinha de sucção digital com problemas vivenciados no ambiente familiar e/ou escolar (tais como competição ou discriminação pelos colegas). Este seu comentário evidenciou o que Olívia havia predito. Eduarda se importava muito com o que as pessoas pensavam, principalmente no que se referia a sua aparência física, o que, a meu ver, desencadeava e agravava o hábito oral. Estava, pois, ainda mais atenta e preocupada em confirmar hipóteses do que, efetivamente, conhecer minha paciente.

Considerando a emergência de levantar dados clínicos, visto que o ortodontista aguardava meu parecer para que, juntos, estabelecêssemos perspectivas no prognóstico terapêutico, esclareci isso à Eduarda e, em seguida, iniciei a avaliação das funções estomatognáticas.

Constatee padrão respiratório do tipo oral por intermédio do seguinte procedimento: solicitei que selasse os lábios para visualizar a passagem aérea das narinas, através do espelho milimetrado de Altmann. O teste demonstrou, além da insuficiência respiratória nasal – visto que Eduarda não permaneceu sequer dez segundos

⁶ Descrito no capítulo 2, página 25, e ilustrado no mesmo capítulo na página 30.

⁷ Arco extra bucal que tem a função de redirecionar a maxila com controle vertical.

com lábios selados – mínima marcação de esfumaçamento aéreo, caracterizando, certamente, possível obstrução nas vias aéreas superiores.

Eduarda notava tudo que eu fazia, elogiando minha letra e a organização que mantinha em transmitir os dados para sua ficha clínica⁸.

Em seguida, indaguei se Eduarda tinha ido ao otorrinolaringologista, recebendo a seguinte resposta: *“Sempre respirei mal, desde pequenininha, fui neste médico e ele disse que eu precisava operar, só que não operei porque meu pai não manda dinheiro. Ele paga apenas os tratamentos de Evelize, pois ela é gaga. Ele não acha que eu também tenho problema”*.

Na seqüência, expliquei que necessitava que ela fosse novamente ao otorrinolaringologista, ressaltando que o padrão respiratório nasal era preponderante para conseguirmos resultados favoráveis. Assim, com apoio de uma figura anatômica das vias aéreas superiores, mostrei o percurso fisiológico da passagem aérea, o qual propiciava um adequado funcionamento de todo o sistema estomatognático. Em seguida, entreguei o encaminhamento otorrinolaringológico.

Vale esclarecer que, apesar da expansão maxilar (obtida com o *Hass*), não houve melhora no padrão respiratório, dado este, possivelmente condizente com a obstrução das vias aéreas superiores.

Dando continuidade à avaliação, solicitei que Eduarda lesse uma lista de palavras foneticamente balanceadas. Através da evocação destas palavras somado à fala espontânea, constatei interposição lingual anterior nos fonemas /s/ e /z/. Indubitavelmente, a mordida aberta anterior associada com a hipotonia da língua favoreciam a projeção lingual.

⁸ Eu ressaltava cada item da avaliação com cores diferentes de canetas conforme a gravidade das alterações miofuncionais encontradas.

Feito isso, para avaliar o padrão mastigatório, utilizei uma torrada. Eduarda apresentou ritmo rápido com ineficiência mastigatória (poucas triturações), entretanto, o padrão era bilateral alternado. Ela mencionou então que sua mãe implicava com sua maneira de comer, em vista de mastigar pouco e explicou “*preciso mastigar rápido para poder respirar*”, entendendo que o alimento ocupava o lugar por onde o ar deveria passar.

Concomitante à mastigação, observei a função de deglutição - esta apresentava-se com movimento compensatório de cabeça (para frente), interposição de lábio inferior juntamente com projeção lingual entre as arcadas, fato justificado na tentativa de favorecer selamento labial e, com isso, propiciar pressão negativa intra-oral, sendo esta necessária para deglutir. Na deglutição de água, constatei sobra de líquido nas comissuras labiais, revelando, sobretudo, além de hipotonia, possível alteração de sensibilidade labial, dados estes condizentes com inadequação respiratória.

Com relação aos órgãos fonoarticulatórios, os lábios apresentavam-se abertos (devido ao padrão respiratório e tônus muscular e não por deficiência na medida⁹ de lábio superior, que era de 19 mm), hipotônicos, com comprometimento na mobilidade; o lábio inferior estava evertido (devido ao posicionamento da língua sobre o mesmo, além de sua hipotonicidade). Quando selados, os lábios apresentavam tensão do músculo mental (provavelmente relacionado com o aumento da AFAI¹⁰), visto que eram tão hipotônicos que utilizavam compensatoriamente este músculo para propiciar selamento labial.

As bochechas eram hipotônicas (ausência de força no movimento de resistência e tremor excessivo na sustentação de ar em ambas as bochechas, visualizando-se, inclusive, a evasão do ar) e com mobilidade comprometida.

⁹ Geralmente a norma clínica varia de 19 mm a 22 mm (Arnett e Bergman, 1993).

¹⁰ Altura facial anterior inferior. Ortodontista referiu que este dado agravava a respiração oral.

A língua apresentava comprometimento muscular significativo: visível e sistematicamente interposta entre a arcada, com alteração de tônus (tremor excessivo em exercícios isométricos), mobilidade (descoordenação em exercícios isotônicos) e sensibilidade (teste de estereognosia comprometido).

Repetidas vezes, Eduarda dizia: *“Eu sei que fico com cara de boba com esta língua para fora, mas não dá, não consigo tirá-la daí, parece que ela é pesada e cansada também, e outra: vivo me policiando para não babar”*. Evidenciava, com isso, ter consciência de seu problema miofuncional, além de reafirmar todas as características orofaciais oriundas de hábito oral deletério, citadas no capítulo 3.

Durante a avaliação, Eduarda indagou-me: *“Aqui na fono irá corrigir minha língua?”*. Como resposta, expliquei que o hábito de sucção digital havia favorecido o surgimento tanto das alterações dentárias quanto musculares, sendo esta a razão de o ortodontista tê-la encaminhado para a Fonoaudiologia e necessitar, também, da interrupção do hábito, pois, do contrário, após remover o aparelho, ocorreria recidiva da correção oclusal, visto que o hábito desequilibrava o sistema oral. Neste momento, mostrei o modelo da cavidade oral com a língua acoplada, explicando o posicionamento que a mesma ocupava durante a sucção do polegar, assim como as forças exercidas pelo dedo na arcada dentária, ocasionando a má oclusão (mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e palato atrésico).

Vale ressaltar que Eduarda apresentava medidas e características do biótipo mesofacial, mas com tendência à dolicofacial (segundo informações fornecidas pelo ortodontista), sendo agravada pelo padrão respiratório. Nesse contexto, o prognóstico era desfavorável, necessitando prioritariamente da readaptação respiratória e interrupção do hábito para que os resultados, tanto ortodônticos quanto fonoaudiológicos, fossem alcançados.

Encerrando o tempo previsto da sessão, comuniquei que acabaríamos o processo de avaliação na próxima consulta e, na seqüência, levantei-me, sinalizando seu término, acompanhando minha paciente até a porta.

De fato, novos conhecimentos nem sempre são de fácil aplicabilidade. Nesta sessão, acabei indo direto ao meu objetivo¹¹, pouco considerando a fragilidade e inaceitabilidade transmitida por Eduarda diante da nova aparatologia. Mas será que era bem isso que ela veio buscar naquela sessão? Neste momento, tinha muitas dúvidas sobre minha maneira de atuar na área de Motricidade Oral. Pensava então: “de que adiantaria tentar entender as manifestações de Eduarda se eu não poderia mudar ou reverter o que se passou em sua vida?”. De fato, mais do que interpretar, o que eu precisava mesmo era descobrir de que maneira lidar com aquelas manifestações para que elas pudessem me guiar no processo terapêutico.

Porém, algo nesta sessão, que, na verdade, já fazia parte de meu procedimento terapêutico de praxe, parece ter levado Eduarda a olhar seu problema de uma nova maneira. O fato de eu explicar com certa minúcia, com apoio de uma figura anatômica e do modelo da cavidade oral, o funcionamento do sistema estomatognático, das vias aéreas superiores, o percurso fisiológico da passagem aérea e a relação entre esses mecanismos significou consideração pela capacidade de entendimento da paciente, crédito à sua condição de apropriar-se do próprio corpo.

Término da avaliação e diretrizes do plano de tratamento

Eduarda chegou bastante adiantada neste dia (25/03/04). Ao recebê-la, ela nem mesmo me cumprimentou e logo se dirigiu para a mesa de terapia. Sentamo-nos e disse que deveríamos finalizar o restante da avaliação para que iniciássemos a terapia

¹¹ Detectar alterações no sistema estomatognático para encaminhar laudo ortodôntico.

na próxima semana. Porém, antes que iniciássemos, perguntei se estava tudo bem, se tinha alguma novidade para me contar.

Conforme meus registros, quase não consegui cumprir meus propósitos nesta sessão. Eduarda revelava repetidas vezes episódios vividos no âmbito escolar, que, no meu entender, não tinham pertinência e apenas protelavam meus objetivos. Impacientemente, depois de passados alguns minutos, disse a ela: “vamos deixar o papo para depois que preciso terminar isso”. Pude notar, então, pelo seu semblante (abaixou o olhar), a necessidade de contar sobre esses acontecimentos diários. E também que, à medida que isso ocorria, ela se mostrava mais confiante e, conseqüentemente, mais participativa no processo terapêutico.

De fato, tive o que se denomina *insight*. Compreendi que acolher a demanda de minha paciente significava muito mais que relacionar dados com a literatura da área, visto que tal atitude me guiaria por caminhos já antes percorridos¹². Ouvir minha paciente, entender sua história, tornava-a singular, única, merecendo ser tratada e respeitada conforme os sinais transmitidos através de gestos, atitudes e etc.

Na seqüência, perguntei se saía bastante de casa para passear e aonde rotineiramente costumava ir. Respondeu-me: *“Minha irmã é totalmente diferente de mim, gosta de viajar e não se importa em ficar longe da mãe. Já eu, só de pensar em passar dias sem minha mãe, me desespero, pois tenho medo de acontecer alguma coisa com ela e eu não estar por perto”*.

Dando continuidade à sessão anterior, prossegui avaliando funcionalmente a oclusão na perspectiva de obter medidas e condições oclusais que supostamente poderiam favorecer ou impossibilitar minha atuação clínica. Neste sentido, o palato não mais se encontrava atrésico, entretanto, a respiração oral dificultava o restabelecimento do correto posicionamento de língua e, conseqüentemente, desfavorecia

¹² O hábito de sucção dificilmente era interrompido e, quando isso acontecia, levava a comportamentos indesejáveis.

o trabalho voltado para sua melhora muscular. O *overbite* negativo (mordida aberta anterior) impossibilitava a adequação das funções de deglutição e fala. Quanto à mastigação, sua eficiência só melhoraria através do padrão respiratório adequado, assim como do fortalecimento da musculatura elevadora da mandíbula.

Neste sentido, estabeleci metas mioterápicas de acordo com as limitações dentofaciais de Eduarda.

Embora o ortodontista tivesse ressaltado que a AFAI aumentada desfavorecia nosso prognóstico, principalmente em decorrência da respiração oral, o AEB com puxada alta continha o crescimento maxilar no sentido vertical. Portanto, junto a essa mecânica ortodôntica, com o intuito de colaborar para que o ângulo mandibular não aumentasse, decorrente da hipotonia da musculatura elevadora, estabeleci planejamento de fortalecimento da referida musculatura.

Somado a isso, mesmo contando com limitações de resultados mioterápicos devido à respiração, estabeleci adequar também os órgãos fonoarticulatórios. Mesmo restrito, esse trabalho favorecia o bem estar da paciente; uma melhora no tônus e na sensibilidade intraoral garantiria, inclusive, melhor controle salivar (sendo a falta deste uma de suas queixas).

Vale esclarecer que fortalecer os músculos bucinadores após correção da mordida cruzada posterior (obtida através do *Hass*), neste caso específico, não seria contra-indicado, pois a má oclusão possivelmente devia-se à ausência de força expansora da língua no palato (posicionada no assoalho bucal para entrada do ar) e não à hipertonicidade muscular (geralmente advinda de sucção prolongada). Esse dado foi constatado no teste referido na sessão anterior.

Nesta sessão, perguntei claramente se Eduarda ainda praticava o ato de sugar o dedo. Ela declarou que sentia muita vontade, porém evitava-o, entretendo-se com o ato de “*esfregar e enrolar uma mão na outra*”, conforme explicado por ela.

Para concluir meus propósitos, sinalizei que a sessão havia terminado e que finalmente havia colhido todos os dados clínicos para que pudéssemos fazer juntas um trabalho brilhante, porque sem a colaboração especial dela eu nada conseguiria. Em seguida, perguntei se ela estava disposta a colaborar e não faltar as terapias e ela disse que sim, que além de querer ficar boa, *“não falar desse jeito feio”*, gostava de vir ao consultório. Sorri, dizendo que também gostava de vê-la. Abri a porta e ela se foi.

A maneira como Eduarda chegou ao consultório – introvertida – destoa, e muito, da maneira como se apresentava no final da sessão. À medida que narrava acontecimentos de seu cotidiano, sentia-se ouvida, tornava-se apta a trazer suas questões, propiciando, com isso, uma efetiva interação terapêutica. De fato, um vínculo estava se formando entre nós, fato este que, possivelmente, traria sinais que pudessem ser significados durante a terapia.

É importante ressaltar que, embora o motivo do encaminhamento ortodôntico tenha sido a presença da sucção digital, essa demanda não foi trazida por Eduarda e sua mãe. Ambas trouxeram questões possivelmente inerentes à queixa ortodôntica, porém não diretamente mencionada. Isso mostra que nem sempre o que o paciente demanda na terapia é o que procuramos considerar.

Nessa visão, vale lembrar que o trabalho proposto pela literatura no que concerne à reabilitação das alterações miofuncionais decorrentes de hábitos orais deletérios enfoca, especificamente, as manifestações inerentes ao sistema estomatognático, sem considerar, contudo, a necessidade de se investigar, também, de que maneira o hábito é operado em cada paciente, na perspectiva de uma atuação terapêutica que contemple a integralidade entre corpo e psiquismo. Em outras palavras, tratar o hábito deletério considerando as particularidades do seu portador equivale dizer que a terapêutica será única, diferenciada e individual.

Passo a apresentar, então, momentos significativos do processo terapêutico, no intuito de demonstrar a importância de o terapeuta considerar e respeitar a

história de vida de seus pacientes, o que garante, certamente, uma potencialização dos resultados clínicos.

Primeira sessão: 05/04/04

Como de costume, recebi Eduarda à porta; entramos e, sorrindo, ela me disse “*bom dia*” e se dirigiu à mesa de terapia, enquanto eu, silenciosamente, fui buscar no armário o material que usaríamos. Ao me sentar a sua frente, ela perguntou se tinha acontecido alguma coisa comigo, estranhei a pergunta e ela respondeu que eu parecia triste e distante.

Dando continuidade ao plano de tratamento, passei manobras de aquecimento e soltura muscular com o intuito de ativar a circulação sanguínea orofacial, para posterior trabalho de fortalecimento da musculatura mastigatória. Também realizei teste de glossografia¹³, com intuito de conscientizá-la de seu problema.

Entre uma manobra e outra, Eduarda declarou: “*Te acho tão bonita, tão atraente e cada vez que venho aqui aumenta mais minha admiração por você. Queria ser como você quando eu crescer*”.

Sem que eu perguntasse, relatou nunca mais ter chupado o dedo; disse que a vontade estava quase passando, mas que ainda sentia muita falta. Disse a ela que entendia o quanto devia estar sendo difícil interromper o hábito e que ficava contente com o fato de ela estar se esforçando, ressaltando que esperava vê-la cada vez melhor.

¹³ Teste preconizado por Ferraz (1996) – utilizando carvão vegetal e mel – com o objetivo de verificar o real posicionamento da língua durante o repouso, deglutição e fonoarticulação.

Terminando a sessão, expliquei que não haveria atendimento na próxima semana e ela, descontente, respondeu: *“fiquei triste em não vê-la, gosto muito de vir aqui”*. Sorrindo, dei-lhe um beijo no rosto e ela se foi.

Nesta primeira sessão, pôde-se evidenciar que, enquanto terapeuta, buscava uma sintonia com Eduarda, demonstrada no ato de procurar entender sua dificuldade em descontinuar o hábito de sucção digital, oferecendo-lhe um respaldo de entendimento, com base no fato de que me alegrava com seus progressos advindos pelo esforço persistente em abandonar tal parafunção.

Segunda sessão: 15/04/04

Quando abri a porta para receber minha paciente, observei que, ao encará-la, ela abaixava o olhar e se encolhia, suspendendo os membros superiores em direção ao tronco. Esse gesto se repetia sempre durante nosso primeiro contato.

Logo que nos sentamos, perguntei como tinha sido sua Páscoa; assim que respondeu, ela perguntou se eu tinha feito uma boa viagem. Depois de conversarmos um pouco sobre o feriado, Eduarda disse que ficava preocupada quando eu viajava, pois tinha medo que acontecesse algum acidente, eu ficasse internada e ela não saber.

Nessa sessão, Eduarda contou que Olívia havia operado os olhos e, por conta disso, estava tendo muitas desavenças com Evelize, porque precisavam ajudar nos deveres da casa e ela não colaborava. Perguntei como era seu relacionamento com a irmã, ela respondeu que brigavam sempre, além de serem bastante diferentes. Eduarda raramente posava fora de casa, pois temia ficar longe da mãe, ao contrário de Evelize.

Com relação às manobras faciais que, na sessão anterior, havia recomendado para casa, perguntei se ela as tinha feito; respondeu que sim, mesmo não

sobrando quase nenhum tempo, visto que precisava ajudar nos serviços de casa e fazer almoço, além de ter de fazer a tarefa escolar. Contou, então, um episódio ocorrido na escola - ela havia brigado com algumas colegas de sala por desentendimento na elaboração de um trabalho. Após ouvi-la, perguntei se ela já havia tentado fazer as pazes, ela respondeu que sim, porém as meninas continuavam de “*cara virada*”, saíram do grupo e ela ficou sozinha.

Em continuidade ao meu plano de tratamento, revisei a fidedignidade das manobras faciais passadas na sessão anterior e acrescentei outras. Eduarda declarou que não ficara nem um dia sem fazê-las, mesmo com o tempo bastante restrito. Passei, também, exercícios isométricos destinados à musculatura elevadora¹⁴, com intuito de adequar tônus, do referido grupo muscular, que se encontravam estirados e alongados.

Vale ressaltar que Eduarda e sua irmã se referem ao padrasto como tio Renato, porém o meio irmão delas (só por parte de mãe), mesmo não sendo filho dele, o chama de pai. Eduarda relatou que o irmão só foi conhecer o pai tardiamente, pois o mesmo mora em outra cidade e não liga para ele, “*como é meu pai também*”.

Quando sinalizei a finalização da sessão, nos levantamos, ela me deu um forte abraço e se foi.

Fui observando, então, que abrir espaço na terapia para que Eduarda relatasse os acontecimentos diários de sua vida contribuía para que ela se sentisse importante e participativa no processo de tratamento. Também fui constatando que estava cada vez mais expressando sua identificação e preocupação comigo, indicativo de que nosso vínculo ia sendo sistematicamente constituído e fortalecido.

¹⁴ Dirigidos a masseter, temporal e pterigóideo medial, com movimentos de contra-resistência muscular, no sentido oposto a função desse grupo muscular (elevadores da mandíbula).

Terceira sessão: 23/04/04

Diferentemente das sessões anteriores, Eduarda entrou toda sorridente na sala de atendimento. Colocou em cima da mesa caderno, adesivos e canetinhas coloridas dizendo ser seu novo material¹⁵ de terapia. Elogiei-o e, em seguida, ela disse que estava procurando enfeitá-lo conforme eu também fazia em minhas anotações.

Verifiquei, então, as manobras faciais e os exercícios de contra-resistência da musculatura mastigatória passados na sessão anterior. Constatei melhoras nos exercícios, comprovando a freqüência em que os mesmos estavam sendo executados, visto que a musculatura se apresentava mais tonificada. Acrescentei alguns exercícios de fortalecimento da musculatura da rima bucal, com intuito de atenuar a hipotonia labial¹⁶.

Questionei se ela havia marcado a consulta no otorrinolaringologista; respondeu que estava esperando o pai ligar para pedir dinheiro. Expliquei que nossos resultados poderiam ser melhores, caso a respiração fosse nasal.

Terminado nosso tempo, comuniquei a minha paciente que não haveria atendimento na próxima semana. Sem dizer uma só palavra, Eduarda abaixou a cabeça. Em seguida, abriu novamente o caderno, arrancou um dos adesivos do mesmo e, entregando-me, disse que era para eu colar no meu celular para lembrar-se dela todas as vezes que eu atendesse uma chamada. Deu-me um beijo e se foi.

Com esse tipo de gesto, Eduarda me comunicava como eu vinha me tornando importante em sua vida, e o quanto buscava, também, fazer-se presente na minha. Essa disposição para vincular-se amorosamente indicava-me que minha paciente

¹⁵ Vale dizer que seu caderno anterior da terapia (previamente solicitado por mim todas as sessões) era pequeno e antigo.

¹⁶ Destaco que todos os exercícios eram previamente demonstrados e posteriormente executados pela paciente, para só assim eu transcrevê-los no caderno da terapia.

trazia viva a esperança de ser acolhida, compreendida e respeitada em suas questões, o que certamente possibilitava uma potencialização e um novo sentido ao processo terapêutico, não restrito, unicamente, às técnicas de reabilitação, mas sim permitindo que Eduarda se apresentasse como pessoa e não apenas como alguém que precisava de tratamento.

Assim, observava que a disposição para transformar uma maneira de funcionar – hábito de sucção digital – dependia não apenas de treinamentos de exercícios, mas muito mais das condições da paciente de desvendar outras possibilidades de estar no mundo, ainda desconhecidas.

Quarta sessão: 06/05/04

Embora passados quinze dias sem atendimento, Eduarda entrou bastante animada na sala de terapia. Logo que se sentou, sorriu e tirou do meio do material uma carta para mim. Pediu para que eu lesse depois que fosse embora; assim o fiz.

Questionei, então, se Eduarda havia ido ao otorrinolaringologista, e ela assim respondeu: *“Fui sim, mas não gostei dele, ele mal olhou na minha cara, pediu uns exames e depois disse que meu caso era cirúrgico. Veja só, ele disse: ‘Coloca essa língua para dentro menina, para respirar pela boca não precisa ficar assim’, como se eu quisesse isso. Não volto lá, já disse para minha mãe”. E acrescentou: “Mas meu pai sumiu do mapa, até a irmã dele que mora aqui não tem notícias dele. Temos que esperar ele ligar e falar do assunto”.*

Ao verificar a fidedignidade dos exercícios propostos na última sessão, constatei muito pouca melhora nos específicos de lábios, evidentemente devido ao padrão respiratório que os comprometia.

Vale sublinhar que, mesmo diante de consideráveis limitações dentofaciais e miofuncionais que agravavam meu plano de tratamento, o mínimo de resultados positivos que conseguíamos era válido. Isso foi bastante importante para a mudança em meus princípios de tratamento, pois, tradicionalmente na área, quando o prognóstico é limitado em função da disfuncionalidade do sistema estomatognático, não se atende o paciente até que as condições estruturais/funcionais estejam compatíveis com a reabilitação. Aqui, revi então uma idealização de cura, pautada nos sinais trazidos a cada sessão pela paciente, construindo uma concepção de atendimento ímpar e individual.

Quinta sessão: 20/05/04

Logo que cheguei ao consultório, Eduarda, sua irmã e a mãe me aguardavam. Ao avistá-las, perguntei como estavam e Olívia logo disse que precisava conversar “em particular” comigo. Chamei-a para entrar. Antes que sentássemos, foi logo justificando a razão pela qual Eduarda faltara na última sessão (havia chovido muito) e continuou dizendo: *“Foi uma luta para ela não vir, fica nervosa e irritada quando não vem, ela gosta muito de você. Você acredita que ela já chegou a perguntar por que eu não me visto igual a você?”*.

Assim que sentamos, Olívia retirou da bolsa a relação dos exames solicitados pelo otorrinolaringologista, dizendo que tinha sido uma péssima consulta, pois, além de desinteressado pelo caso, ele foi inconveniente com Eduarda, dizendo *“que boca feia é essa sua, menina, fecha essa boca!”*. Pediu que eu aguardasse, pois arranjaría outra maneira de tratar a filha sem depender financeiramente do pai.

Olívia novamente se queixara dos comportamentos de Eduarda, dizendo que até o desenvolvimento escolar estava comprometido, acrescentando: *“Sabe, eu já mudei três vezes Eduarda de escola, pois até a diretora ela não respeita. Ela é muito briguenta, autoritária e acha que o mundo gira em torno dela. Ah, sabe do que mais? Para*

piorar ela voltou a chupar o dedo. Esses dias atrás vi que ela chupava o dedo de noite, foram duas noites seguidas. Imagina só, ela tira o aparelho dormindo, cobre a cabeça e chupa, decerto para que ninguém perceba". Em seguida, perguntei se Olívia havia contado isto à filha, e ela disse que sim e que Eduarda revelou: *"Estava tão gostoso, a vontade de chupar era tão grande"*.

Perguntei então se Olívia relacionava a recidiva do hábito com algum fato ocorrido naquele período, e ela me respondeu que Eduarda estava cada vez pior e que não sabia mais o que fazer para controlar os comportamentos da filha. Contou-me um episódio feito por Eduarda e mais duas colegas na escola, que gerou grande descontentamento: havia sido Dia das Mães e Eduarda e suas colegas organizaram uma festa na escola em comemoração a data sem que a diretoria da escola autorizasse e, assim, convidaram por conta própria as mães para irem até a escola. Quando as mesmas chegaram, foram impedidas de entrar, mesmo sabendo que os filhos haviam levado comidas e bebidas para a tal festa.

Continuando com sua colocação anterior, Olívia disse: *"O que você me aconselha a fazer, estou desesperada, já bati, já deixei de castigo, já deixei de lhe dar agradinhos. Parece que faz as coisas só para chamar atenção, pois ela não é boba e sabe quando faz coisas erradas"*. Após dizer isso, Olívia começou a chorar, demonstrando grande angústia por não saber como lidar com as atitudes da filha e novamente me pediu ajuda. Respondi que o caminho talvez não fosse desaprovar as atitudes de Eduarda, mas sim dar-lhe mais carinho, atenção e respeito, mostrando o quanto a amava e se preocupava com ela. Enquanto eu falava, percebi que seu semblante melhorou e as lágrimas cessaram, assim ela terminou dizendo: *"Talvez seja este mesmo o caminho, estou mais calma"*.

Finalizei a conversa dizendo que gostaria de ver Eduarda, mesmo que fosse num curto espaço de tempo. Convidei minha paciente para entrar na sala, sentamos e perguntei como ela estava; respondeu que estava tudo bem, no entanto, parou alguns segundos, me olhou fixamente, como que não se contendo e instantaneamente indagou:

“*Minha mãe te contou o que aconteceu na minha escola?*”. Respondi que sim, explicando que entendia as razões que a levaram a fazer a festinha, e não acreditava que aquela atitude fosse sinal de desobediência e nem de prepotência, mas sim uma demonstração de afetividade. Durante minha fala, Eduarda começou a chorar, as lágrimas escorriam, me olhava firmemente, enrolando as pontas do cabelo no dedo. Disse-lhe que minha função não era recriminá-la, que muitas de nossas atitudes são reflexos de nossas necessidades e carências.

Não resistindo, na ânsia de falar especificamente da recidiva do hábito de sucção, eu lhe disse: “por exemplo, Eduarda, se você chegasse para mim hoje e dissesse: chupei meu dedo sim, e daí? Tive vontade, qual o problema?” Ela me olhou atentamente, sem dizer absolutamente nada. Prossegui dizendo que garantiria não brigar com ela, pois acreditava que o ato de sugar o dedo se relacionava a momentos de ansiedade, em que supostamente sentia necessidade de extravasar algum sentimento e não tinha como fazê-lo, sendo, dessa maneira, quase impossível controlar o hábito, mesmo porque, na execução do mesmo, tinha a sensação de prazer e alívio de certas tensões. Entretanto, mesmo com todos os meus comentários, Eduarda não relatou a recidiva do hábito. Ficou sem dizer uma palavra, e permanecemos em silêncio por algum tempo.

Interrompi o silêncio perguntando se Eduarda havia chupado o dedo nos dias anteriores por problemas na escola e ela, me olhando assustada, garantiu que não. Naquele momento, mesmo sabendo do fato verídico, percebi que falar a respeito era a última coisa que Eduarda queria. Assim, mudei de assunto, dizendo que precisava tirar algumas fotos para documentar o tratamento fonoaudiológico; no entanto, a contrariedade que notei em seu semblante foi confirmada em suas palavras: “*Odeio tirar fotos, me acho horrível, e nas fotos fico pior ainda*”. Porém, expliquei a pertinência do registro por imagens e, em seguida, ela se ajeitou na cadeira, permitindo-me fotografá-la.

Ao sinalizar a finalização da terapia, Eduarda questionou o porquê de eu não ter verificado, naquele dia, a fidedignidade dos exercícios; respondi que o tempo se

esgotara devido ao fato de ter, antes, conversado com sua mãe e finalizei a sessão dizendo que era muito bom estar com ela. Antes que eu abrisse a porta, Eduarda perguntou se eu tinha lido a carta e eu disse que sim, que havia amado as coisas carinhosas que tinha escrito. Dei-lhe um abraço e ela se foi.

O fato de, como terapeuta, procurar respeitar as percepções de Eduarda, dando crédito para sua capacidade de interagir, de compreender e se fazer participante do processo terapêutico, com disposição para se rever, possibilitando, acima de tudo, abertura para sua subjetividade, mostrando humanidade e afeto para com ela, avivou, supostamente, o sentimento de esperança adormecido, ou seja, de ser entendida e buscar meios de chegar à cura. Portanto, Eduarda encontrou na terapeuta alguém com disposição para cuidar dela, acima de tudo, aceitando sua maneira de ser.

Assim, nesta sessão, podemos observar que fui conduzindo o processo terapêutico de uma nova maneira, buscando respeitar o ritmo da paciente, não me apressando em responder perguntas e, sim, aceitando e valorizando suas comunicações silenciosas.

Sexta sessão: 27/05/04

Nesta sessão, em vista do relativo atraso na verificação e conseqüente aplicabilidade dos exercícios orofaciais, logo que sentamos, disse-lhe que precisávamos nos centrar nos exercícios mioterápicos. Ao dizer isso, Eduarda expressou sentimento de tristeza e descontentamento, como se, de certa maneira, não fosse bem aquela sua vontade. No entanto, arrumou-se na cadeira e disse: *“Qual exercício você quer que eu faça primeiro?”*.

Seguindo o plano de tratamento, constatei melhora considerável no tônus labial e lhe passei alguns exercícios de língua e bochechas.

Realizada essa intervenção miofuncional e finalizado o tempo da terapia, Eduarda, caminhando a minha frente em direção à porta, disse: *“Sei da importância de fazermos juntas os exercícios, mas sinto muita falta de conversar com você. Fico contando os dias para vir aqui”*. Antes mesmo que eu respondesse, ela virou para trás, me olhou e disse: *“Hoje você está brava, você nem perguntou como eu passei a semana”*. Respondi que não tinha por que estar brava, que ela era uma paciente adorável e responsável, fazendo-me alegrar com os resultados obtidos. Dei-lhe um abraço pedindo desculpas pela minha desatenção e ela se foi.

Podemos observar aqui que, como terapeuta, oscilava entre momentos de maior disposição e crença na importância de ouvir minha paciente para, a partir dessa escuta, fazer as proposições possíveis em termos de tratamentos mais específicos, e momentos em que voltava a assumir uma postura baseada no tratamento clássico, impondo um maior distanciamento entre nós e excessivamente preocupada com as técnicas de reabilitação. De qualquer forma, vemos também que Eduarda ia se sentindo em condições de reivindicar um outro tipo e uma outra qualidade de atenção e relação interpessoal – ela queria ser acolhida em suas aflições, como pessoa, e não, apenas, “consertada”. E o interesse da terapeuta parecia ser o suporte de que a paciente necessitava para prosseguir em suas transformações.

Sétima sessão: 10/06/04

Logo que cheguei, Eduarda já me aguardava, sorrindo; disse-lhe “bom dia” e chamei-a para entrar. Antes mesmo que sentássemos, ela revelou: *“Hoje você está mais linda do que nunca, parece que viu um passarinho verde”*. Em seguida, indagou-me o motivo de eu não a ter atendido na semana que passara. Expliquei que precisei viajar a trabalho, tendo que desmarcar todos os pacientes. Em resposta a isso, Eduarda contou-me que se acostumara a vir todas as quintas-feiras no consultório e que estas manhãs eram vazias e tristes quando não vinha.

Em seguida, perguntei se mesmo não vindo na terapia ela havia realizado os exercícios, então ela respondeu: *“Faço os exercícios todos os dias, penso que não fazê-los a deixará distante de mim, porque ficará triste e talvez decepcionada comigo e isso não quero nunquinha, porque quero que seja minha amiga”*. Espantada com aquele comentário, em vista da concepção que Eduarda possuía acerca do tratamento, respondi que eu não era a fonoaudióloga que estava ali pronta para julgá-la e exigir melhoras, chantageando-a caso não atingisse os resultados esperados. Expliquei que cada paciente tem sua resposta individual e que, antes mesmo de qualquer resultado, esperava que ela se sentisse à vontade e que não me temesse. Em seguida, perguntei: *“você tem medo de mim?”*. Eduarda, olhando-me assustada, respondeu: *“Mais ou menos”*. Percebi que, talvez nesse momento, eu obtivesse resposta do porquê não havia relatado de sua recaída no hábito de sucção digital. Então perguntei se alguma vez ela quis me contar algo e teve medo que eu ficasse contrariada com ela. Abaixando o olhar, respondeu: *“Muitas vezes tenho consciência dos meus erros, porém não consigo evitá-los, e quando me dou conta, já os fiz”*. Perguntei o que ela estava querendo dizer e ela respondeu não estar querendo dizer nada. Sem insistir, mudei de assunto e passei a executar os exercícios.

Verifiquei, então, os exercícios propostos na última sessão, referentes a lábios, língua e bochechas. Alterei-os, permanecendo, contudo, com o mesmo objetivo – adequar tônus e mobilidade. Conversamos sobre posicionamento correto de língua durante a fala¹⁷, em vista do que Eduarda me indagara: *“Eu vou demorar para conseguir falar direito, sem colocar a língua para fora?”*.

Ao finalizar a sessão, Eduarda disse que precisava me entregar algo, porém, teria uma condição, que eu fizesse o mesmo na sessão seguinte. Assim, me entregou um envelope colorido, dizendo: *“Olha, cobrarei que me escreva uma carta na próxima sessão”*. Sorrindo, respondi que estávamos combinadas e ela se foi.

¹⁷ Com o apoio de uma pasta ilustrativa referente as estruturas da cavidade oral.

Nota-se que à medida que a história de vida da paciente ganhou espaço e sentido no processo terapêutico, Eduarda ia reavivando a esperança de cura para o seu problema, exemplificada em sua colocação: *“Eu vou demorar para conseguir falar direito, sem colocar a língua para fora?”*.

A necessidade de Eduarda em corresponder à idealização da terapeuta, somada aos momentos em que esta procurava dar o que sua paciente pedia (exemplo: cartas), possivelmente contribuíram para os progressos da mioterapia.

Oitava sessão: 17/06/04

Logo que Eduarda entrou em minha sala, perguntou sorrindo: *“Tem alguma coisa para mim?”*. Com um gesto de afirmação disse que sim e lhe entreguei um envelope dizendo que escrevi em poucas linhas o carinho que sentia por ela. Imediatamente, Eduarda colocou a carta dentro do caderno e agradeceu.

Perguntei então como estava o seu relacionamento com as colegas de escola (se tinham feito às pazes decorrente de um desentendimento que tiveram). Respondeu-me: *“Não nos falamos mais, mas pouco me importo para isso”*. Eduarda deu uma pausa e, em seguida, acrescentou: *“Não tenho muitas amigas, dificilmente saio de casa e não brinco na rua com os vizinhos, conforme faz minha irmã. Mas não sinto falta não”*. Apesar dessas declarações, pareceu-me que a fisionomia de Eduarda não condizia com suas palavras.

Passei, em seguida, ao plano de tratamento: acrescentei alguns exercícios destinados aos OFAs na tentativa de garantir melhores resultados, visto que o prognóstico estava pouco favorável devido ao padrão respiratório que limitava grandemente a terapêutica. Expliquei detalhadamente esse processo para Eduarda,

ressaltando a importância da respiração nasal para garantir e estabilizar o trabalho mioterápico realizado.

Concluída minhas observações acerca do modo respiratório, Eduarda declarou: *“Eu sinto o descaso do meu pai. Ele ligou, sabia? Ele não enxerga meu problema, também ele não está aqui para ver, ele só vê que Evelize é gaga, porque a ouviu pelo telefone”*.

Permanecemos alguns segundos em silêncio, e quebrando-o, perguntei o que Eduarda se lembrava da sua infância (brincadeiras, presentes, passeios). Respondeu-me: *“Nossa, absolutamente nada. Tudo que sei é porque minha mãe me conta. Lembro alguma coisa, acho, que a partir dos seis anos, logo que entrei na escola, antes disso, nada mesmo”*.

Nona sessão: 24/06/04

Diferentemente das outras sessões, Eduarda chegara bastante abatida, sua fisionomia transmitia sofrimento e descontentamento, como se algo a incomodasse. Perguntei-lhe qual era o motivo de tamanho padecimento; contorcendo-se na cadeira, com voz abafada, respondeu-me: *“Estou há dois dias com muita dor no rim”*. Preocupada, perguntei se estava se tratando e, assustada, ouvi esta resposta: *“Minha mãe não sabe, não quero que ela sofra, ela se preocupa muito. Dói bastante, mas logo passa e ela nem fica sabendo”*. Mostrei que discordava de seu silêncio, explicando que se tratava de uma questão de saúde, sendo emergencial o tratamento com o conhecimento da família, além de ressaltar não entender o porquê de privar sua mãe de um assunto tão delicado. Sem nada a responder, indaguei porque não ficou então em casa descansando e ela salientou: *“Queria muito vir aqui, mas estou arrependida, está doendo bastante, mal posso conversar”*.

Assim, finalizei a sessão, explicando que nenhum aproveitamento tínhamos e esperava que contasse a sua mãe sobre seu problema de saúde. Ficava cada vez mais evidente que Eduarda tinha grandes dificuldades de cuidar de si e de permitir que sua mãe lhe dedicasse a atenção devida. Talvez os papéis estivessem, de fato, invertidos: era Eduarda quem cuidava da mãe, e não o contrário, como deveria ser.

Explicando de outro modo, esta sessão mostrou claramente a visão que Eduarda trazia de Olívia - não a via como cuidadora e parecia acreditar que precisava protegê-la. Talvez isso indicasse que minha paciente não havia ainda internalizado muitas referências de como poderia se cuidar. Com minha firmeza na indicação de que não poderíamos trabalhar com ela apresentando um quadro renal tão grave, ofereci-lhe justamente isso, um parâmetro de cuidado para com seu corpo.

Décima sessão: 01/07/04

Extremamente sorridente, Eduarda entrou em minha sala. Tirou do meio do material álbuns de fotos (que retratavam desde sua infância até os dias atuais), nomeando seus familiares e os respectivos acontecimentos em cada fotografia (viagens, aniversários, Natal e carnaval).

Perguntei, então, se ela não teria alguma foto com o pai. Sem rodeios, respondeu-me: *“Não tenho nenhuma foto dele e mal me lembro como ele é, a última vez que nos vimos foi há seis anos. Ele também nunca mandou uma foto, mas nem me importo com isso, pois não gosto e nem quero saber dele, ele faz muito mal para mim, odeio ver que ele prefere mais minha irmã do que eu”*. Concluindo sua fala e permanecendo em silêncio, abri seu caderno para dar início aos exercícios fonoterápicos, entretanto, Eduarda continuou: *“Quando ele liga e se por um acaso eu atendo, ele sequer pergunta como estou, se preciso de alguma coisa, só quer saber se estou usando o aparelho corretamente e fazendo a fono. Ele não fala nem comigo e nem com minha mãe,*

apenas com Evelize. Sabe o que ele disse para ela? Que minha mãe só fala com ele para pedir dinheiro e que eu mal sei falar no telefone”.

Concluído o assunto, Eduarda disse que eu aparentava estar cansada e desanimada, respondi que havia tido insônia e alguns pesadelos. Perguntei-lhe se ela costumava se lembrar dos seus sonhos, ela respondeu: *“Tenho muitos pesadelos com meu pai, em todos os sonhos, ele está brigando com minha mãe e esse é uns dos motivos que aumenta meu pavor por ele”.* Mudando automaticamente de assunto, Eduarda disse: *“Tenho muita vontade de crescer e me tornar parecida com você”.* Sorrindo, perguntei de que maneira ela gostaria de ser semelhante a mim; respondeu-me: *“Minha mãe te admira muito, ela fala muito bem de você, e ser pelo menos um pouquinho parecida com você, faz com que ela um dia se orgulhe e se admire de mim também”.* Incomodada com este relato, perguntei se Eduarda achava que sua mãe não a admirava, abaixando o olhar, ela respondeu: *“Eu só envergonho minha mãe, brigo com todo mundo, não tiro notas boas, falo que vou mudar e não consigo, quando vejo estou eu lá, aprontando tudo de novo”.*

Naquele momento, percebi que, por mais que eu quisesse ajudar, nenhuma palavra contribuiria para amenizar a necessidade que Eduarda possuía de se tornar um “troféu” para Olívia, e que seus comportamentos indisciplinados eram supostamente – conforme os relatos de Eduarda – a razão de a mãe não se orgulhar dela. Aqui, percebi, que escutá-la valia muito mais do que falar na tentativa de amenizar seu sofrimento.

Antes mesmo que déssemos início à reavaliação dos exercícios miofuncionais propostos, Eduarda declarou: *“Acho bom que você nem veja como estou, estava desanimada e não treinei como deveria, mas fique tranqüila, na próxima sessão você vai se orgulhar de mim, voltarei ótima”.* Respondi que acreditava na sua força de vontade e que não estar bem nos exercícios não significava ausência de responsabilidade, mas sim uma resposta individual, que eu respeitava.

Eduarda tinha sempre uma idéia, possivelmente em boa parte criada pela mãe, de que ela era uma menina irresponsável e rebelde. Procurei, então, apresentar a minha paciente uma outra face dela mesma, desconhecida: carinhosa, dedicada e responsável.

Vale sublinhar que o fato de ter trazido fotos de sua infância mostrou que minha colocação na oitava sessão fez certo sentido. Cada vez mais Eduarda ia encontrando maneiras de se apresentar, por inteiro, no espaço terapêutico.

Décima primeira sessão: 15/07/04

Assim que Eduarda entrou na sala de atendimento, entreguei-lhe um doce em formato de sanduíche, justificando que havia comprado na última viagem que fiz para o Mestrado. Igualmente, ela retirou do material um sabonete em formato de violão, entregando-me e pedindo que o colocasse numa gaveta de meu armário, para que, além de perfumá-la, me fizesse lembrar dela. Agradei, dizendo que, de fato, era muito cheiroso, e ela logo disse que não sentia o cheiro, mas que sabia do perfume porque a irmã dizia que era muito agradável. Observa-se, aqui, a gravidade do padrão respiratório, comprometendo, inclusive, o olfato de Eduarda.

Nesta sessão em especial, ela estava muito comunicativa, comentou vários episódios da rotina familiar e escolar, demonstrando bastante entusiasmo. Concluída sua fala, perguntei qual outra novidade ela teria para me contar; fechando o semblante e abaixando o olhar, respondeu-me: *“Essa não é muito boa, meu pai ligou. Não gosto de falar com ele, porque ele fica dizendo para eu desistir do nosso tratamento, visto que não falo errado. Ele não entende que respiro mal e fico com a língua para fora da boca, empurrando meus dentes; também, há décadas que não nos vemos”*.

Dando continuidade ao plano de tratamento, ao averiguar os exercícios propostos, constatei diminuição do tremor de língua, assim como simetria de força nas bochechas. Feito isso, teci algumas considerações referentes aos seus progressos e continuamos com exercícios específicos para os órgãos fonoarticulatórios.

Pude evidenciar que, à medida que respeitava o ritmo de minha paciente e sua necessidade de relatar seus sofrimentos e suas preocupações, sem me ater a buscar explicações para a presença prolongada do hábito oral, ia entrando em sintonia com Eduarda, permitindo, assim, que ela fosse descobrindo a continuidade do seu ser e percebendo que, apesar dos problemas, poderia sim efetivar algumas transformações em sua vida.

Décima segunda sessão: 22/07/04

Olívia ligou cedinho dizendo a minha secretária que Eduarda não iria porque não tinha ninguém para levá-la. No entanto, inesperadamente ela chegou vinte e cinco minutos atrasada; ao recepcioná-la, percebendo seu rosto suado e sua respiração ofegante, ela logo disse: *“Peguei carona com um vizinho que me deixou aí na esquina, corri para não atrasar tanto. Fiquei desesperada na hipótese de não vir, já basta as tantas vezes que não vim. Amo vir aqui, conversar com você”*. Após acalmar-se, perguntei como tinha passado a semana, enfaticamente, com bastante contrariedade, exclamou: *“Odeio usar este aparelho (AEB), pois não posso arrumar meu cabelo com presilhas da mesma maneira que você usa”*.

Eduarda contou que tentou dormir na casa da tia, porém, disse que chorou tanto, que lhe deu tanta tristeza, que o padrasto teve de buscá-la tarde da noite.

Averigüei rapidamente os exercícios propostos na última sessão e nada acrescentei devido ao tempo restante que tínhamos. Sinalizando que havia terminado a sessão, Eduarda questionou: *“Hoje terminou muito rápido, além de você não ter*

conversado nada comigo, mal olhou os exercícios”. Expliquei o porquê do tempo restrito de atendimento e ela enfatizou: *“Entendo, mas fico triste de ficar tão pouco aqui. Farei tudo para nunca mais me atrasar”*. Dei-lhe um beijo e ela se foi.

Décima terceira sessão: 05/08/04

Nesta sessão, me atrasei para atender Eduarda, ela entrou na sala de terapia bastante triste, perguntei o que havia acontecido e ela respondeu que temia que eu não a atendesse. Esclareci que imprevistos aconteciam, mas que isso não excluiria sua consulta em hipótese alguma e que apenas atrasaria os próximos atendimentos.

Iniciei, então, o treino articulatorio com os fonemas /t/ e /d/, com ênfase na postura correta de língua, visto que a mesma propiciava tal adequação. Eduarda se conscientizava de sua interposição lingual, o que acarretava, assim, em esforços para reposicioná-la. Passei um exercício específico de propriocepção lingual com intuito de potencializar a sensibilidade da postura correta de língua durante a emissão articulatoria.

Os dados clínicos, principalmente o padrão respiratório oral apresentado por Eduarda, de fato apontavam para a limitação acentuada do prognóstico. Porém, a questão central de nosso trabalho não mais se dirigia às conseqüências miofuncionais do hábito de sucção digital, mas sim à busca de valorizar a história de vida da paciente e favorecer a integralidade entre corpo e psiquismo, contribuindo para a interrupção desse hábito.

Décima quarta sessão: 17/08/04

Antes mesmo de eu justificar a ausência de atendimento na semana anterior, Eduarda perguntou o que havia acontecido, esclareci que tive uns problemas que me impossibilitaram de atender e em seguida ela salientou: *“Parece que você não resolveu seus problemas, pois está triste e distante”*. Achei oportuno dizer que, de fato, existiam algumas razões que justificavam minha fisionomia, porém, isso não impediria o andamento do nosso trabalho. Notem como as percepções de Eduarda eram plausíveis e como procurei lhe apontar isso, mais uma vez ressaltando a idéia de que minha paciente merecia ser valorizada e considerada como pessoa.

Constatedei durante a fala espontânea melhora considerável na postura de língua nos fonemas trabalhados (/t/ e /d/). Eduarda questionou qual seria o momento que trabalharíamos os fonemas fricativos, esclareci que sua morfologia (mordida aberta anterior) ainda não estava apta para tal adequação. Mesmo em posse de todos os progressos alcançados, nosso trabalho estava muito limitado e, possivelmente, teríamos de interromper o processo terapêutico por conta do padrão respiratório, retornando após a cirurgia de adenoidectomia. De fato, caso não estabelecesse a respiração nasal, todos os resultados alcançados na fonoterapia poderiam recidivar, uma vez que as funções orais eram responsáveis pela estabilidade oclusal e muscular.

Prestando bastante atenção nessas explicações, novamente Eduarda justificou que o pai não acreditava na importância dessa cirurgia, negando-se a ajudar financeiramente para efetivá-la.

Nesta sessão, Eduarda relatou que notara as melhoras ocorridas em suas estruturas orofaciais, percebendo a diminuição da sialorréia, com conseqüente melhora na propriocepção oral, assim como garantiu que o fortalecimento dos órgãos fonoarticulatórios lhe propiciou melhoras na fala e, acima de tudo, menos projeção de língua na postura de repouso, dado este que tanto a incomodava, sendo motivo de

“deboches” na escola. Acrescentou também que o ortodontista dissera estar satisfeito com os resultados do tratamento ortodôntico. Assim, afirmou que sabia o porquê dos seus progressos, visto que não praticara mais o hábito de sucção digital, pois entendia que a persistência do mesmo agravava e mantinha seus problemas orais.

Partindo do seu relato, perguntei se ainda sentia necessidade de sugar o dedo. Olhando-me fixamente e sem pensar muito, respondeu: *“Não, a vontade passou, nem mesmo para dormir sinto vontade”*. Então perguntei-lhe: Como assim, você chupava para dormir? Com gesto afirmativo respondeu: *“Sim, teve uns tempos que chupava de noite. Não sei como era possível, eu dormia sem chupar, e conseguia dormir, porém, acordava com o dedo na boca, sem o aparelho, aquilo me deixava tão decepcionada comigo. Chupar o dedo não era minha vontade, mas eu o chupava, mesmo sem querer”*.

Notem que, ao respeitar os limites de minha paciente, aceitando sua escolha de manter em sigilo dados que eram, no meu entender, importantes no processo terapêutico, dei a oportunidade para que Eduarda pudesse encontrar, dentro de seu tempo, suas próprias maneiras de superar os sintomas refletidos em seu corpo, contando, para isso, com o apoio de nosso trabalho terapêutico.

Décima quinta sessão: 02/09/04

Nesta sessão, Eduarda narrou episódios que demonstravam, de certa maneira, a necessidade de obter atenção e se sentir acolhida, na ânsia de encontrar respeito e aceitabilidade em sua maneira de ser.

Neste contexto, desabafou: *“Estou cansada de não ser compreendida, busco fazer de tudo para colaborar e agradar minha mãe, para obter atenção e não cobranças e mais cobranças. O clima lá em casa está péssimo, porque antes eu não falava como me sentia, hoje falo, falo tudo, tudo mesmo. Antes entrava no meu quarto e*

chorava de tristeza porque minha mãe não me compreendia". Questionei o porquê de ela achar que sua mãe não a compreendia, assim me respondeu: *"Ah, vou te dar um exemplo: antigamente comprava o que minha mãe estipulava e vestia uma roupa que não me agradava, não me sentindo bem, deixando às vezes de sair por causa disso. Agora é diferente, ou ela compra conforme o meu gosto ou não compra"*. Em seguida perguntei: Mas e daí, você não fica triste de não ganhar? Eduarda, inspirando longamente ("pegando fôlego"), como se tivesse elaborando uma resposta, respondeu: *"Não. Apesar de contrariar minha mãe, faz mais mal para mim não expor minha opinião, porque aí ficava me remoendo, entende?"*.

Com um gesto de afirmação, indiquei que a compreendia. Após alguns segundos silenciosos, perguntei como tinha passado o feriado na semana anterior. Bastante contente, Eduarda contava com entusiasmo seus acontecimentos. Deste modo, referi ter observado sua alegria. Porém, após eu dizer isto, Eduarda pareceu entristecer-se, declarando: *"É, se não fosse por um motivo, eu estaria mais feliz. Minha mãe perdeu o emprego e isto me deixa muito nervosa, ainda mais agora, que meu pai sumiu de novo, não ligando nem para minha irmã. Como ela é boba, nem sei como consegue sentir saudades de alguém tão desinteressado e ausente"*.

Avaliando os exercícios, notei que, apesar dos esforços de Eduarda, os mesmos estavam estacionados. Os resultados se limitavam aos já atingidos até aquele momento.

Percebi, então, que o limite terapêutico chegara, visto que nada mais conseguiríamos sem a adequação do padrão respiratório. E felizmente, a queixa de sucção digital trazida pelo ortodontista e razão preponderante em ocasionar distúrbios miofuncionais – sendo estas mantenedoras da má oclusão e das disfuncionalidades do sistema estomatognático – havia se descontinuado definitivamente e as questões particulares de Eduarda estavam sendo amenizadas na medida em que se permitia comunicá-las, diminuindo, assim, suas tensões e ansiedades, razões estas que

possivelmente justificavam a persistência do hábito deletério, conforme esclarecido pela literatura no segundo capítulo.

Nesta acepção, naquele momento comuniquei a necessidade de interrompermos o processo terapêutico até seu retorno pós-cirúrgico. Ressaltei que sentiria muita saudade, mas estava feliz por saber que ela estava bem e que voltaria ainda melhor para finalizarmos nosso trabalho. Ela respondeu que sentiria muita falta das nossas conversas, que eu tinha sido sua melhor amiga e que, quando voltasse à clínica para a consulta com o ortodontista, viria me ver. E assim foi feito, nos despedimos com um forte abraço e ela se foi.

Liguei logo depois para Olívia comunicando a suspensão provisória do atendimento, destacando a importância de buscar meios de tratar o problema respiratório de Eduarda e que a aguardava, logo após a cirurgia, para finalizarmos o trabalho miofuncional, sendo este preponderante na garantia da estabilidade oclusal pós-tratamento ortodôntico.

Finalizo fazendo uma ressalva sobre o tempo de tratamento. Tendo como referência a forma clássica de se trabalhar com Motricidade Oral, em vista do padrão respiratório inadequado, Eduarda deveria ter recebido alta meses antes. Porém, a possibilidade de abertura para as questões individuais da paciente, de fato, acaba por prolongar o processo terapêutico.

Estamos diante, pois, de um outro enquadre terapêutico; ou seja, reabilitar alterações miofuncionais orais implica em compreender as particularidades de cada paciente, para que técnicas fonoaudiológicas específicas possam ser potencializadas no momento de sua aplicabilidade, suscitando, com isto, uma compreensão global do caso clínico.

Assim, como pôde ser observado, iniciei minha atuação com Eduarda ainda buscando relacionar os achados clínicos com os pressupostos encontrados na

literatura da área sobre o hábito de sucção digital, almejando mais explicar do que entender as razões pelas quais este persistiu por longo tempo.

No decorrer do tratamento, já tendo como referência outros trabalhos publicados na área, especialmente aqueles que nos apresentam princípios da psicanálise winnicottiana, pude respeitar o ritmo de minha paciente, evitando superinterpretar suas questões e, conseqüentemente, não me apressando em responder perguntas e, sim, aceitar os limites do não saber, para captar os sinais que iam circulando na intersubjetividade terapêutica. Isto mostrou claramente que nem sempre o que Eduarda trazia e buscava na terapia era o que eu procurava considerar.

À medida que a história de vida da paciente ganhou espaço e sentido, como terapeuta, pude me aproximar daquilo que Eduarda me solicitava, procurando dedicar-lhe o cuidado de que necessitava para retomar seu desenvolvimento e tornar-se mais autônoma, em condições de cuidar de si. Isso, possivelmente, ajudou nos progressos da mioterapia.

Com nosso trabalho, Eduarda foi sendo apresentada a características suas ainda desconhecidas, desmistificando a idéia de que era, unicamente, uma menina rebelde, irresponsável e agressiva.

Com o decorrer das sessões, Eduarda foi se sentindo respeitada em suas percepções e em sua capacidade de compreender o que acontecia com o próprio corpo, cada vez mais encontrava uma forma particular de estar presente e de participar do processo terapêutico. Isso possibilitou, acima de tudo, abertura para sua subjetividade e disposição para se rever, reavivando o sentimento de esperança de superar suas dificuldades e de poder contar com o outro para ajudá-la nisso.

A mudança de postura do terapeuta mostrou que, antes de tudo, o trabalho fonoaudiológico precisa ser diferenciado e único, conduzindo para a integralidade entre corpo e psiquismo.

6. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os procedimentos clínico-terapêuticos enraizados na área da Motricidade Oral justificaram a elaboração deste trabalho. Apesar de sua abrangência, visto que muitas áreas da Fonoaudiologia lidam com as estruturas e funções do Sistema Estomatognático, essa especialidade tende a se limitar à reabilitação do corpo do paciente, que necessita urgentemente de readaptação para se garantir, além de sua saúde geral (pois lidamos com funções vitais do ser humano), sua estabilidade muscular.

Conseqüentemente, com o intuito de atender e corresponder às expectativas da equipe profissional envolvida, isto é, reabilitar as funções estomatognáticas comprometidas, os procedimentos clínicos fonoaudiológicos, muitas vezes, são aplicados ao corpo desconsiderando que este está integrado a um ser que pensa, sente e sofre. Isto equivale dizer que existe na área uma desconsideração da subjetividade e da singularidade dos pacientes que se encontram em tratamento mioterápico, privilegiando, portanto, a objetividade e aplicabilidade de técnicas específicas fonoaudiológicas.

Assim sendo, por conta de sua característica fundamentalmente pontual (considerando o corpo somente como objeto anatômico e fisiológico), o fonoaudiólogo limita sua capacidade, não percebe e não se atém a outras dimensões expressas na queixa específica fonoaudiológica, que estão diretamente relacionadas ao sofrimento da pessoa.

Foi sob esta perspectiva que constatamos, no capítulo três, a predominância dos trabalhos fonoaudiológicos voltados especificamente às manifestações miofuncionais do sistema estomatognático advindas do hábito prolongado de sucção digital, sem investigar, contudo, de que maneira esse hábito era operado em cada paciente, na perspectiva de uma atuação terapêutica que contemplasse a integralidade entre corpo e psiquismo.

Felizmente, alguns estudos apontaram para essa importante questão, fornecendo respaldo e base para que, a partir deles, outros trabalhos e novas reflexões venham a ser construídas para contribuir na especialidade da Motricidade Oral. Isto pôde ser evidenciado no mesmo capítulo, no conjunto de trabalhos fonoaudiológicos que destacaram uma linha de pesquisa em que a função terapêutica do fonoaudiólogo é problematizada. Nessa outra perspectiva, à medida que o terapeuta capta as necessidades fundamentais do paciente, pode aplicar criativamente os procedimentos técnicos de sua especialidade, necessários para que este supere os problemas que o levaram a buscar um fonoaudiólogo.

Por intermédio destes estudos aprendi a ver com muita humildade minha própria arte de (tentar) reabilitar uma desordem miofuncional, pois esta arte era apenas **um caminho** e não **o caminho**. Compreendi que, de fato, o que precisava era descobrir de que maneira lidar com as manifestações dos pacientes para que elas pudessem me guiar no processo terapêutico.

Contudo, conforme foi observado, ainda pautada na concepção de funcionalidade, a todo momento procurava explicar, embasada em pressupostos teóricos, e pouco entender as razões pelas quais o hábito de sucção digital persistiu por longo tempo em minha paciente, prevalecendo, portanto, um certo modo “robotizado” de buscar indícios específicos ligados à persistência do hábito, apontando claramente para o fato de que novos conhecimentos nem sempre são de fácil aplicabilidade.

A todo o momento me perguntava: “de que adiantaria tentar entender as manifestações de Eduarda se eu não poderia mudar ou reverter o que se passou em sua vida?”. A questão existia e foi trabalhoso perceber que compreender os significados, assim como as particularidades envolvidas nos gestos e nas atitudes da paciente, deixando-me tocar pela sua história singular, já se constituía em uma real possibilidade de potencializar o processo terapêutico. Isso comprova a percepção de como é difícil criar dispositivos clínicos que possibilitem trabalhar na perspectiva dessa integração.

Foi justamente nesse importante aspecto que o objetivo deste estudo fez sentido: investigar a importância, na terapia fonoaudiológica, da compreensão da história de vida dos pacientes que apresentam o hábito de sucção digital. No decorrer dos atendimentos, notei que tratá-lo considerando as particularidades do seu portador equivalia dizer que a terapêutica seria única, diferenciada e individual. Através disso, foi possível constatar que, à medida que Eduarda se sentiu compreendida, abriu-se um novo campo de trabalho, no qual, muitas vezes, os exercícios específicos da área ficavam de lado, visto que a demanda da paciente naquele momento era outra.

Neste construto de atendimento, emergiu uma nova postura clínica. Compreendi que acolher a demanda de minha paciente significava muito mais que relacionar dados com a literatura da área, e através disso (respeito pela sua singularidade e reconhecer seu ritmo e maneira de ser) foi possível que Eduarda se posicionasse na direção de ir revelando suas questões.

A postura de disponibilidade para escuta no acolhimento das questões demandadas por Eduarda indicava-me que ela trazia viva a esperança de ser compreendida e respeitada, o que certamente possibilitava uma potencialização e um novo sentido ao processo terapêutico, não restrito, unicamente, às técnicas de reabilitação, mas sim permitindo que Eduarda se apresentasse como pessoa e não apenas como alguém que precisava de tratamento. Similarmente, a abertura para sua subjetividade, mostrando humanidade e afeto para com ela, avivou a esperança de cura para o seu problema.

Acredito que é sob este contexto que o trabalho fonoaudiológico deva ser específico e necessário para que o hábito deletério possa se modificar, ganhando potencialidade e não se deslocando para outro sintoma (onicofagia, comer ou comprar compulsivamente e etc), conforme relatei no capítulo introdutório.

Entretanto, assumir esse manejo clínico não é simples, exigindo do fonoaudiólogo a constituição de uma postura de disponibilidade frente ao outro, que

determina suas intervenções, tanto nos procedimentos de avaliação, como no processo terapêutico.

Considerar a história de vida de cada paciente é uma parte importante na constituição desta postura, que nesta dissertação foi apenas iniciada, pois compreendi que o homem se faz na história com o outro, e este aspecto não pode ser esquecido na terapêutica fonoaudiológica.

Assim, este trabalho abriu campo para o aprofundamento da formação terapêutica do fonoaudiólogo que atua na Clínica da Motricidade Oral. Ressalto que as concepções advindas da Psicanálise de D. Winnicott muito poderão nos auxiliar neste processo, tanto no que se refere à concepção do autor sobre o amadurecimento humano, como na maneira pela qual aborda as pessoas no contexto clínico-terapêutico.

Termo de consentimento livre e esclarecido

Nome do participante:..... Data.....

Pesquisador Principal: Camila Cardoso Pereira

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Endereço: Rua Ministro de Godoi, nº 969 / 4º andar PEPG em Fonoaudiologia - Perdizes

1. *Título do estudo:* “O processo terapêutico fonoaudiológico junto ao paciente que apresenta o hábito de sucção digital na clínica da motricidade oral: a importância da história de vida”.
2. *Propósito do estudo:* O propósito desse estudo é investigar a importância da compreensão da história de vida dos pacientes que apresentam o hábito de sucção digital na clínica fonoaudiológica.
3. *Procedimentos:* Serão registros corridos das sessões terapêuticas, tendo como enfoque de estudo, a história de vida do sujeito da pesquisa.
4. *Riscos e desconfortos:* Não existem riscos médicos ou desconfortos associados com este estudo.
5. *Benefícios:* O resultado desse estudo pode ajudar os pesquisadores a delimitar uma nova abordagem terapêutica em casos de indivíduos que sugam dedo.
6. *Direitos do participante:* Eu posso, a qualquer momento, pedir afastamento de minha filha deste estudo.
7. *Compensação financeira:* Estou ciente que não serei reembolsado pela participação de minha filha neste estudo.
8. *Confidencialidade:* Os registros das sessões terapêuticas de minha filha serão tomados notas sempre após cada atendimento pela pesquisadora responsável. Estas descrições conterão dados significativos da história de vida de minha filha, que poderão ser integralmente utilizadas como dados brutos para esta pesquisa. Compreendo que os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais profissionais ou apresentados em congressos profissionais.
9. *Se tiver dúvidas posso telefonar para:* Camila no número (67) 321-3366 a qualquer momento.

Eu compreendo meus direitos como um sujeito de pesquisa e voluntariamente consinto em participar deste estudo. Compreendo sobre o que, como e porque este estudo está sendo feito. Receberei uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Assinatura do sujeito ou Responsável

data: ___/___/___

Assinatura do pesquisador

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aberastury A. Transtornos emocionales en el niño vinculados con la dentición. In: Egozcue MI, Manfredi C, Basso ML. Odontopediatria y psicologia. Buenos Aires: Kargieman; 1988. p.218-223.

Almeida AB, Mazzeiro ET, Pereira TJ, Souki BQ, Viana CP. Interceptação de uma mordida aberta esquelética associada à sucção digital: relato de um caso clínico. J Bras Ortodon Ortop Facial 2002; 7(42): 448-454.

Almeida RR, Santos SCBN, Santos ECA, Insabralde CMB, Almeida MR. Mordida aberta anterior – considerações e apresentação de um caso clínico. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 1998; 3(2): 17-29.

Altmann EBC. Fissuras Labiopalatinas. 4a ed. São Paulo: Pró-Fono;1997.

Arnett WG, Bergman R. Chaves faciais para o diagnóstico e plano de tratamento ortodôntico – parte I. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1993; 103(4): 299-312.

Barrêto EPR, Faria MMG, Castro PRS. Hábitos bucais de sucção não-nutritiva, dedo e chupeta: abordagem multidisciplinar. J Bras Fonoaudiol 2003; 4(16): 206-212.

Black B *et al.* Hábitos bucais nocivos. Sociedade Paulista de Ortodontia 1990; 23(2): 40-44.

Boni RC, Veiga MCFA, Almeida RC. Comportamento da mordida aberta anterior, após a remoção do hábito de sucção. J Bras Ortodon Ortop Facial 1997; 2(12): 35-40.

Boni RC, Almeida RC, Veiga MCFA. Remoção do hábito de sucção sem uso de recurso ortodôntico: método de esclarecimento. Rev Paul Odontol 2000; 4(22): 14-17.

Cabrera CAG, Cabrera MC. Ortodontia Clínica I. Curitiba: Interativas, 1997a.

Cabrera CAG, Cabrera MC. Ortodontia Clínica II. Curitiba: Interativas, 1997b.

Cardoso-Pereira C, Felício CM. Referências ao trabalho fonoaudiológico em publicações da área odontológica [monografia]. São Paulo: Universidade de Ribeirão Preto; 2003.

Caroprezzo MMA. Processo terapêutico fonoaudiológico: um estudo de caso dos momentos mutativos vivenciados por uma criança com problemas de linguagem escrita [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade de São Paulo; 2001.

Carvalho GD. S.O.S. Respirador bucal: uma visão funcional e clínica da amamentação. São Paulo: Lovise; 2003, p.254-259.

Casanova D. A família e os hábitos orais viciosos na infância. J Bras Fonoaudiol 2000; 5: 44-53.

Cavassani VGS, Ribeiro SG, Nembr NK, Greco AM, Köhle J, Lehn CN. Hábitos orais de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. Rev Bras Otorrinolaringol 2003; 69(1): 2-10.

Chaconas JS. Ortodontia. São Paulo: Santos, 1987.

Corrêa MSNP. Odontopediatria na Primeira Infância. São Paulo: Santos; 1999. p.561-576.

Cozzani G. O jardim da ortodontia: reflexões, sugestões e erros. São Paulo: Quintessence; 2001. p.20-139, passim.

Degan VV, Rontani RMP. Influência da associação da remoção de hábitos de sucção e terapia miofuncional orofacial nas alterações musculares, funcionais e oclusais. 12º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e 2º Congresso Sulbrasileiro de Fonoaudiologia; 2004; Foz do Iguaçu/PR.

Dolci GS, Ferreira EJB, Mello ALF. Relação entre hábitos de sucção e maloclusões. J Bras Ortodon Ortop Facial 2001; 6(35): 379-385.

Enlow DH. Crescimento Facial. Traduzido por: Silvia Fuerte Bakor. 3ª ed. [São Paulo]: Artes Médicas; 1993.

Evangelista CD, Alvim SMC, Martins TR, Moutinho ILD, Leite ICG. Percepção dos pais sobre os hábitos de sucção não-nutritiva. J Bras Fonoaudiol 2003; 4(16): 198-202.

Felício CM. Fonoaudiologia nas desordens temporomandibulares: uma ação educativa – terapêutica. São Paulo: Pancast, 1994. 179p.

Felício CM. Fonoaudiologia aplicada a casos odontológicos: motricidade oral e audiolgia. São Paulo: Pancast, 1999. 243p.

Ferraz MCA. Manual prático de deglutição atípica e problemas correlatos: terapia miofuncional nos tratamentos orofaciais. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.

Frazzon JS, Monguilhott LMJ, Cherem VB. Hábitos de sucção: como e quando tratar na ótica da Ortodontia x Fonoaudiologia? Rev Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial 2003; 8(1): 95-104.

Giron MCC. Fundamentos psicológicos da prática odontológica. Porto Alegre: D.C. Luzzatto, 1988. 140p.

Gonçalves TC, Almeida ECS, Fujinaga CI, Trawitzki LVV, Júnior WM. A sucção e o desenvolvimento do sistema estomatognático: algumas considerações. *Revista Fono Atual* 2001; 18: 48-53.

González NZT, Lopes LD. Fonoaudiologia e ortopedia maxilar na reabilitação orofacial: tratamento precoce e preventivo – terapia miofuncional. São Paulo: Santos, 2000. p. 43-46.

Gurgel JA, Almeida RR, Dell’Arling AR, Marino VCC. A terapia multidisciplinar no tratamento da respiração bucal e do hábito prolongado de sucção digital ou de chupeta. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2003; 8(3); 81-91.

Hanson ML, Barret RH. Fundamentos da miologia orofacial. Traduzido por: Neuma Glória Duarte Pereira. Rio de Janeiro: Enelivros, 1995. 399p. Título original: *Fundamentals of orofacial myology*.

Henriques JFC, Janson G, Almeida RR, Dainesi EA, Hayasaki SM. Mordida aberta anterior: a importância da abordagem multidisciplinar e considerações sobre etiologia, diagnóstico e tratamento. Apresentação de um caso clínico. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2000; 5(3): 29-36.

Henriques JFC, Cruz KS, Janson G, Nóbrega FHO, Rego MVNN. Sucção digital: implicações ortodônticas e estabilidade a longo prazo de um caso tratado precocemente. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2003; 2(2): 37-50.

Hoffmann W. Relação entre sucção de chupeta e dedos. *Pediatria Moderna* 1991; 15(1): 39-43.

Jabur LB. Inter-relação entre forma e função na cavidade oral. In: Marchesan, IQM, Bolaffi C, Gomes ICD, Zorzi JL, organizador. *Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise, 1994. p. 223-225.

Janson G, Henriques JFC, Almeida RR, Dainesi EA, Hayasaki SM. Mordida aberta anterior: a importância da abordagem multidisciplinar e considerações sobre etiologia, diagnóstico e tratamento. Apresentação de um caso clínico. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 2000; 5(3): 29-36.

Jorge TD, Duque C, Berretin-Felix G, Costa B, Gomide MR. Hábitos bucais – interação entre odontopediatria e fonoaudiologia. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2002; 5(26): 342-350.

Köhle J, Cavassani VGS, Ribeiro SG, Nembr NK, Greco AM, Lehn CN. Hábitos orais de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. Rev Bras Otorrinolaringol 2003; 69(1): 2-10.

Leite ICG, Rodrigues CC, Faria AR, Medeiros GV, Pires LA. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. Revista da APCD 1999; 53(2): 151-155.

Locks A, Sória ML, Derech CDA, Ribeiro GU. Aspectos psicológicos do hábito de sucção não-nutritiva. J Bras Ortodon Ortop Facial 2001; 6(36): 464-471.

Magalhães HV. O setting na terapia fonoaudiológica: estudo de caso de atendimento domiciliar [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.

Maia SM. Fonoaudiologia e Psicanálise: Encontros e Desencontros. Rev Distúrbio da Comunicação 1997; 9(1): 121-124.

Marchesan IQ. Relação entre sucção de chupeta e dedos. Pediatria Moderna 1991; 16(1): 39-43.

Marchesan IQ, organizador. O trabalho fonoaudiológico nas alterações do sistema estomatognático. Tópicos em Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise, 1994. p. 83-96.

- Marchesan IQ. Avaliação e terapia dos problemas de respiração. Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da Motricidade Oral. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.
- Matteo G. A função terapêutica na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.
- Medeiros CGM. Hábitos bucais nocivos: a importância da conscientização em relação às ações preventivas. Rev Pró-Fono 1992; 4(2): 36-42.
- Melo PED. Atendimento fonoaudiológico a pacientes queimados: um estudo de caso [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.
- Mercadante MMN. Hábitos em ortodontia. In: Vellini-Ferreira F. Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2001. p. 253-279.
- Millan B. A clínica fonoaudiológica: reflexões sobre a questão das crianças com fissura lábio-palatina [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1990.
- Monguilhott LMJ, Frazzon JS, Cherem VB. Hábitos de sucção: como e quando tratar na ótica da Ortodontia x Fonoaudiologia. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 2003; 8(1): 95-104.
- Moresca CA, Feres NA. Hábitos viciosos bucais. In: Petrelli E. Ortodontia para Fonoaudiologia. Curitiba: Lovise, 1992. p. 164-76.
- Okeson JP. Fundamentos de oclusão e distúrbios temporo-mandibulares. Traduzido por: Milton Edson Miranda. [São Paulo]: Artes Médicas; 1992. p. 245-265.
- Oliveira J, Glécio JA. Relação entre sucção de chupeta e dedos. Pediatría Moderna 1991; 16(1): 39-43.

Oliveira SMRP. Refletindo sobre a clínica fonoaudiológica: um estudo de caso [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.

Pacheco F, Miranda FM, Ruellas ACD. Importância do comportamento lingual no diagnóstico e tratamento precoces e na prevenção em ortodontia. J Bras Fonoaudiol 2000; 5: 21-27.

Rakosi T, Jonas I, Graber TM. Ortodontia e Ortopedia Facial: diagnóstico. Porto Alegre: ArtMed, 1999. p. 85-87.

Ramos L. Escutando a criança na terapia fonoaudiológica [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994.

Ramos-Jorge ML, Reis MCS, Serra-Negro JMC. Como eliminar os hábitos de sucção não nutritiva? J Bras Fonoaudiol 2000; 3: 21-27.

Seixas CAO, Almeida EF, Fattori L. Diagnóstico, prevenção e tratamento precoce para hábitos bucais deletérios. J Bras Ortodon Ortop Facial 1998; 3(14): 53-60.

Sies ML, Carvalho MP. Uma visão fonoaudiológica em odontopediatria na primeira infância. In: Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos, 1998. p. 39-53.

Silva Filho OG, Baldrighi SEZM, Cavassan AO, Freitas NV, Corrêa TM. Recurso mioterápico como potencializador do efeito corretivo da grade palatina fixa. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 2001; 6(6): 67-75.

Silva Filho OG, Okada T, Santos SD. Sucção digital – abordagem multidisciplinar: ortodontia X psicologia X fonoaudiologia. Rev Estomat Cult 1986; 16(2): 44-53.

Sobral MFM. O processo terapêutico fonoaudiológico sob o prisma da relação terapeuta/paciente: um estudo de caso [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.

Soligo MO. Hábitos de sucção e má oclusão. Repensando esta relação. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 1999; 4(6): 58-64.

Tahan LC. Uma reflexão sobre a função terapêutica no estudo de caso de uma paciente com queixa vocal [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.

Tartaglia SMA, Souza RG, Santos SRB, Serra-Negro JMC, Pordeus IA. Hábitos orais deletérios: avaliação do conhecimento e comportamento das crianças e suas famílias. J Bras Fonoaudiol 2002; 3(10): 80-86.

Tenti FV. Atlas de aparelhos ortodônticos: fixos e removíveis. São Paulo: Santos; 1993. 365p.

Tomé MC, Farret MMB, Jurach EM. Hábitos orais e maloclusão. In: Tópicos em Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise, 1996. p. 97-109.

Tomita NE. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais: influência na oclusão de pré-escolares de Bauru-SP [tese]. Bauru: FOB-USP, 1997.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Vozes, 2003

Vellini-Ferreira F. Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001. 503p.

Zarb AG, Carlsson EG, Sessle JB, Mohl DN. Disfunção da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação. São Paulo: Santos; 2000, 624p.

Abstract

This study had the aim to investigate the importance, on the speech therapy, of the comprehension of life's story from patients that present the finger suction. Therefore, was used the clinic-qualitativy methodology, with the presentation of fragments of the therapeutic process from an eleven years old patient who abode with this habit for a long time, cutting off during the treatment. This analysis of this empiric material reflected the change of clinic attitude from the therapist, who abstained from focus only on specific procedures and started to valorize topics brought from patient on the therapeutic context, trying to heed their suffering and allowing the manifestation of its subjectivity. The conclusion of this study allows the area of speech therapy and also the whole team-work involved, consider the peculiarity of the patients in the constitution of a new work field, understood, as unique, distinct and individual.

Bibliografia Consultada

Lino AP. Ortodontia Preventiva Básica. São Paulo: Artes Médicas, 1992.

Luchesi MRC. História de vida: uma possibilidade de compreensão do surdo [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade de São Paulo; 1997.

McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.21, 1986.

Meihy JCSB. Manual de história oral. 4ª ed. São Paulo: Loyola, 2002. 246p.

Middlemore MP. Os usos da sensualidade. In: Klein M *et al.* A educação da criança à luz da investigação psicanalítica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, cap.3, 1973.

Modesto A, Azevedo GT. Hábito de sucção do polegar: como descontinuá-lo? Rev Odontopediatr 1996/1997; 5(2): 41-47.

Perrotta C. Um texto pra chamar de seu: preliminares sobre a produção do texto acadêmico. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 155p.

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. São Paulo, 2001. 86p.

Serra-Negro JMC. Aleitamento, hábitos orais deletérios e maloclusões: existe associação? [dissertação] Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG; 1995.

Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 22ª ed. São Paulo: Cortez, 2002. 335p.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205p.