

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/267416274>

DEGLUTIÇÃO – DIAGNÓSTICO E POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

ARTICLE

CITATION

1

READS

150

1 AUTHOR:



[Irene Marchesan](#)

CEFAC Health and Education

69 PUBLICATIONS 139 CITATIONS

SEE PROFILE

DEGLUTIÇÃO – DIAGNÓSTICO E POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Irene Queiroz Marchesan

O que é deglutição atípica? Existe deglutição adaptada? Que características definem uma deglutição para ela ser chamada de atípica? Estas são as primeiras perguntas que o fonoaudiólogo faz para si mesmo quando recebe um paciente com a queixa de deglutição atípica.

Para iniciarmos esta discussão vamos primeiro conhecer o que é deglutição, algumas de suas características e quais são suas fases.

A deglutição é uma ação motora automática, na qual estão envolvidos músculos da respiração e do trato gastrointestinal. O objetivo da deglutição é o transporte do bolo alimentar e também a limpeza do trato respiratório. A deglutição é uma atividade neuromuscular complexa, que pode ser iniciada conscientemente, durando de 3 a 8 segundos, sendo que a fase oral dura 1 segundo. Participam da deglutição em torno de 30 músculos e 6 pares encefálicos. Os pares encefálicos que fazem parte da deglutição são: trigêmio - V; facial - VII; glossofaríngeo - IX; vago - X; acessório espinhal - XI e hipoglosso - XII.

A deglutição está presente desde a oitava semana de gestação, sendo uma ação automática, comandada pelo tronco cerebral. É uma função vital pois é necessária para garantir a sobrevivência do indivíduo. As crianças deglutem menos que os adultos. Sua média é de 600 a 1000 vezes por dia, enquanto os adultos deglutem entre 2400 a 2600 vezes. Não há concordância sobre estes valores, variando de autor para autor. Deglutimos menos à noite e mais ao falar e mastigar por serem funções que necessitam de maior produção de saliva. Produzimos, em média, um a um litro e meio de saliva por dia. Os mais idosos tem menos saliva, deglutindo menos vezes.

Para melhor compreendermos o processo da deglutição, este será dividido em quatro fases. A primeira é a preparatória, momento em que preparamos o alimento mordendo-o e mastigando-o para que o mesmo possa ser transformado em um bolo homogêneo, facilitando a deglutição. A segunda fase é a oral. Após o alimento ter sido preparado, este será posicionado sobre a língua que se acoplará ao palato duro, iniciando um movimento ondulatório de frente para trás para levar o bolo para o fundo da boca. Quando o alimento sólido, ou líquido, em conjunto com o dorso da língua, toca os pilares anteriores, desencadeia-se o reflexo de deglutição propriamente dito. Este é acionado inicialmente pelo IX par que é o glossofaríngeo. Neste momento inicia-se a terceira fase da deglutição, que é a faríngea. O palato mole se fecha, evitando a passagem do bolo para a nasofaringe. A parede posterior da faringe vem para a frente espremendo o bolo contra o dorso da língua. O alimento não poderá subir, uma vez que o palato mole está fechado, e nem retornar para a boca, uma vez que o dorso da língua está impedindo a passagem para a cavidade oral. Portanto, o alimento terá que descer. Ocorre o fechamento da glote, realizado pela epiglote e também o fechamento das pregas vocais. Todas estas ações são necessárias para que não haja passagem do bolo para a via aérea.

Neste instante, haverá a elevação da laringe facilitando este fechamento, que será concomitante à abertura do músculo cricofaríngeo para que o alimento possa entrar no esôfago. Esta passagem do bolo, da faringe para o esôfago, dá início à última fase, que é a esofágica. Esta fase envolve contrações musculares que fazem a propulsão do bolo através do esfíncter esofágico superior até o estômago.

Após conhecermos, o que é e como acontece o processo da deglutição, retornamos à pergunta inicial. O que é deglutição atípica e deglutição adaptada?

Segundo o dicionário, atípico é o que se afasta do normal, do típico. Por sua vez, adaptar é ajustar uma coisa a outra, amoldar, apropriar, acomodar-se ou ajustar-se. Qual é a importância da diferenciação destas palavras para o trabalho do fonoaudiólogo?

Voltando ao passado, como tudo começou? Os dentistas, na tentativa de conter as recidivas após os tratamentos ortodônticos, iniciaram programas de reabilitação muscular por entenderem que músculos orais mal posicionados, ou funcionalmente desequilibrados, interferiam no posicionamento dos dentes. Após um certo tempo aplicando exercícios nos pacientes, os dentistas começaram a ensinar estes programas para outros profissionais. Entre tais profissionais incluíram-se os fonoaudiólogos que, por sua vez, não só utilizaram os exercícios criados pelos dentistas, como criaram outros, além de desenvolverem outras técnicas para reeducar os músculos da face, e ainda para trabalhar com as funções orais que estivessem inadequadas.

Os profissionais que trabalhavam nesta área acreditavam que, se os músculos faciais tivessem um bom tônus, se as estruturas moles estivessem bem posicionadas e, se as funções ocorressem de forma adequada, não surgiriam mais recidivas. No entanto, mesmo após a reeducação muscular, ainda ocorriam recidivas. A dúvida permanecia, será que o problema da recidiva é resultado da aparatologia, dos músculos, das funções, de mais de um fator ou de outras causas desconhecidas?

Com estas perguntas, dentistas e fonoaudiólogos, através de pesquisas e das experiências clínicas, tentaram, e tentam até o momento, compreender as causas das recidivas e quais podem ser as ações mais eficientes para contê-las. A função de deglutir sempre pareceu ser, para os dentistas, a mais prejudicial para o sistema estomatognático, embora a literatura faça referência aos prejuízos causados não só pela deglutição mas também pela respiração bucal, mastigação e fala, quando alteradas. Enfocaremos aqui, com maior precisão, a deglutição, já que esta tem sido a maior causa dos encaminhamentos realizados pelos dentistas para os fonoaudiólogos.

Os dentistas, de maneira geral, entendem que deglutir atipicamente é projetar a língua contra ou entre os dentes. Os fonoaudiólogos classificam a deglutição como atípica, não só quando encontram projeção, mas também com base em outras características.

As características de atipia mais descritas na literatura fonoaudiológica são: interposição lingual, contração de periorbicular, não contração do masseter, contração de mentalis, interposição do lábio inferior, movimento de cabeça, e ruído. Todas estas características são

consideradas como atípicas quando ocorrem **enquanto** o sujeito deglute. Encontrar resíduos na cavidade oral, **após deglutir**, também tem sido descrito como uma forma de atipia.

De maneira geral, o fonoaudiólogo foi acostumado a perguntar aos dentistas, ou para os colegas, **o que e como** fazer para o tratamento dar certo. Vamos descrever, uma a uma, as características consideradas atípicas e tentar compreender mais do que a simples questão, “**o que e o como**” fazer. Vamos tentar compreender “**o por que e o quando**” fazer.

FORMAS DE DEGLUTIR

1 – Com Interposição Lingual

A interposição lingual é a característica da deglutição a qual os dentistas mais se referem e têm maior preocupação. Na maior parte das vezes, quando um dentista faz um diagnóstico de atipia na deglutição, isto significa que encontrou projeção anterior ou contra os dentes anteriores. Observamos que existem algumas situações nas quais esta forma de engolir ocorre. Na mordida aberta anterior é a condição mais freqüente. Na literatura há grandes controvérsias para explicar se a mordida está aberta porque a língua se interpõe ao deglutir ou se a língua se interpõe porque a mordida está aberta. A maior parte dos autores acredita que a língua passa a se interpor após a mordida se abrir. Evidentemente, mesmo que a língua não seja considerada a causadora da mordida aberta, sabemos que o fato dela estar se interpondo naquele espaço, faz com que a mordida possa abrir mais ainda, ou mantenha-se aberta pelo posicionamento da língua naquela região. Dificilmente a mordida abre apenas em função da deglutição com interposição. No entanto, se há um posicionamento contínuo da língua naquele local, será maior a probabilidade da língua ser a causadora da mordida aberta encontrada. A deglutição, por si só, sem o posicionamento inadequado e constante da língua, em outras situações além do ato de deglutir, não é suficiente, no geral, para causar uma má oclusão. Além da projeção lingual encontrada nas mordidas abertas anteriores, encontramos anteriorização da língua nos casos de hipotônia ou de tamanho desproporcional da língua. Não queremos dizer com isto que a língua seja macroléssica. Pode ser que a língua tenha um tamanho normal mas que a cavidade oral apresente uma pequena dimensão para conter aquela língua. Observamos, ainda, que crianças que mantêm hábitos de sucção por tempo prolongado, principalmente sucção de dedos, levam a língua para um posicionamento bastante baixo, facilitando sua projeção durante a deglutição. Em respiradores bucais, principalmente com amígdalas hipertrofiadas, a projeção anterior é muito comum. Devemos, ainda, nos lembrarmos de que deglutir com projeção de língua, durante a fase da dentição decídua, ou na troca dos dentes, é bastante comum e considerada normal, pois a maior parte das crianças apresentam esta projeção sem alterações oclusais evidentes.

2 – Com Presença de Contração da Musculatura Periorbicular

Outra característica de atipia freqüentemente apontada é a contração da musculatura periorbicular. Esta contração ocorre, em geral, quando há, ou houve, no passado, projeção da

língua anteriormente. Tal contração significa um reflexo natural que evita que a língua se projete para fora trazendo consigo o alimento a ser deglutido. Também podemos encontrar este mecanismo em pessoas com tônus diminuído. Se ainda existe a projeção anterior da língua, devemos entender o por que isto está ocorrendo e tratar primeiro da projeção pois, se o hábito de contrair o orbicular é por causa da projeção, não adianta querer tratar a consequência antes de tratar a causa. Se a projeção anterior da língua já não existe mais, devemos mostrar para o paciente o uso inadequado desta musculatura, conscientizando-o em relação à contração e mostrando que a deglutição pode ocorrer sem este mecanismo.

3 – Sem Contração do Masseter

A não contração do masseter durante a deglutição, como sinal de atipia, é uma característica mal compreendida. Se olharmos, com mais detalhes, o que acontece normalmente na deglutição, iremos observar que após o bolo se formar, a língua o recolhe e o leva para cima. Neste momento, há uma elevação da mandíbula com conseqüente contração da musculatura elevadora. Os músculos elevadores são o temporal, o masseter, o pterigóideo medial e o pterigóideo lateral. De fato, se colocássemos a mão sobre o masseter, no momento em que a língua se eleva em direção ao palato, segurando o bolo sobre ela, iríamos perceber esta contração da musculatura elevadora. Mas, se observarmos melhor, poderemos verificar que o sujeito ainda não está deglutindo. Ele apenas posicionou o bolo para iniciar o processo de posteriorização do mesmo, através dos movimentos ondulatórios da língua. No instante seguinte, a musculatura elevadora relaxa, cessando a contração. Ocorre, então, a contração, mais visível, do ventre anterior do digástrico, em geral, concomitante aos movimentos ondulatórios da língua, que precisa de um espaço oral maior, no sentido vertical, para poder se movimentar. Se mantivermos a contração da musculatura elevadora durante a passagem da fase oral para a fase faríngea, poderemos perceber uma dificuldade evidente, com grande esforço do dorso da língua. Os autores que discutem este assunto, através de eletromiografias, as quais facilitam enormemente a visualização do funcionamento dos músculos, nos proporcionam informações precisas sobre este momento específico da deglutição. Vemos na literatura, ainda, que existem controvérsias em relação aos momentos exatos de contração e descontração da musculatura elevadora e abaixadora da mandíbula. Mas, nenhum destes autores duvida que, no momento exato da deglutição, a musculatura elevadora não está contraída. É fundamental, comentar, ainda, que a deglutição de diferentes alimentos determina maior ou menor contração da musculatura elevadora. Quando deglutimos líquidos não há, em geral, contração da musculatura elevadora. À medida em que o bolo vai se solidificando, esta contração passa a existir e ser maior quanto mais sólido for o bolo, ou maior a quantidade do mesmo. Portanto, o teste de colocar a mão nos masseteres do paciente para verificar se tal musculatura está ou não contraída, não é um bom parâmetro de atipia. Diria, até, que é um parâmetro inadequado.

4 – Com Contração do Mentalis e Interposição de Lábio Inferior

Com relação à contração do mento durante a deglutição, observamos que esta contração, assim como a interposição do lábio inferior, acontece com maior frequência em

pacientes Classe II de Angle, com “over jet”. Ao deglutir, precisamos de vedamento anterior e este vedamento é realizado pelo contato suave dos lábios. Se o distanciamento, no sentido ântero posterior entre maxila e mandíbula é grande, não há como os lábios se tocarem. Então, o vedamento passa a ocorrer com o lábio inferior atrás dos incisivos superiores. Esta interposição, do lábio inferior, faz com que o mentalis se contraia além do normal. Em alguns casos, quando o lábio superior está em posição de repouso, acima do terço inferior do dente superior, obrigatoriamente o lábio inferior, ao deglutir, irá subir muito para alcançar o lábio superior. Isto também levará à contração exagerada do mentalis. Também verificamos um aumento de contração do mento quando há contração exagerada do orbicular. Cabe ressaltar, mais uma vez, que a interposição do lábio inferior ocorre pela necessidade de vedamento anterior. Porém, em alguns casos, apesar do “over jet” já ter sido eliminado pela correção ortodôntica, este hábito permanece. Esta maneira de deglutir, com interposição labial, pode aumentar ou manter o “over jet”. Resumindo, existirá contração do mentalis sempre associada com interposição, contração, ou subida exagerada do lábio inferior. Teremos interposição do lábio inferior, de maneira geral, quando houver “over jet”.

5 – Com Movimento de Cabeça

Os movimentos de cabeça, quase sempre com estiramento da musculatura anterior do pescoço durante a deglutição, estão, no geral, associados à má mastigação. A fase preparatória da deglutição envolve o corte, a trituração e a pasteurização do alimento, transformando-o em um bolo homogêneo, de tamanho adequado para poder passar da cavidade oral para a orofaringe. Quando a mastigação, por alguma razão, não ocorre de maneira adequada, deixando o bolo maior, ou não homogêneo, fica difícil a passagem do mesmo para a orofaringe. O paciente, sem se dar conta, leva a cabeça para trás, retificando o tubo por onde passa o alimento para que a passagem do mesmo seja possível. O movimento de cabeça ocorre, portanto, em consequência de um problema ocorrido durante a mastigação, e não por um problema específico da deglutição. Esta característica, movimento de cabeça durante a deglutição, deve ser enquadrada como um problema mastigatório que leva a um problema no ato de deglutir, e não como uma característica de atipia da deglutição. Por que é importante esta diferenciação? Se continuarmos considerando esta característica como um problema da função de deglutição, o fonoaudiólogo, ou mesmo o dentista menos avisado irá, durante seu tratamento, recomendar ao paciente que não faça o movimento inadequado de cabeça no momento da deglutição. Isto trará dificuldades para o paciente deglutir, uma vez que o bolo não está bem preparado. Provavelmente, o paciente não movimentará a cabeça, mas apenas na frente do terapeuta. Quando estiver se alimentando sozinho este movimento ocorrerá, visto que facilita a passagem do alimento para a orofaringe. Descrever as alterações encontradas não é o suficiente. É necessário compreendermos o por que elas ocorrem, para que possamos tratar as causas e não somente as consequências.

6 – Com Ruídos

Os ruídos ocorridos durante a deglutição, que devem ser diferenciados dos ruídos que ocorrem durante a mastigação, aparecem pelo excesso de força do dorso da língua. Se a língua faz muita força, pelo exagero de seu dorso contra o palato duro, no momento da passagem do bolo da cavidade oral para a orofaringe, isto causa um esforço extra, levando ao ruído. Esta inversão, do apoio da ponta pelo dorso, ocorre, de maneira geral, porque a ponta é hipotônica e está baixa. Também pode ocorrer quando o terço inferior da face estiver muito aumentado, levando a língua a um posicionamento de ponta baixa e dorso alto que se mantém quando o paciente deglute.

7 – Com Resíduos após Deglutir

Finalmente, os resíduos alimentares permanecem na boca após a deglutição por diversas razões. Dentre elas, a mais comum é quando o bucinador (músculo da bochecha), está hipotônico ou hipofuncionante, permitindo que o alimento que cai no vestibulo, durante a mastigação, ali permaneça. No ato da mastigação, a língua leva o alimento para a lateral e a bochecha o devolve, fazendo com que este bolo permaneça sob os dentes enquanto é triturado e pasteurizado. Se o bucinador não fizer este trabalho, o alimento cairá no vestibulo lateral e, após a deglutição, encontraremos resíduos ali depositados. Outra razão, menos freqüente para a sobra de alimentos na cavidade oral após a deglutição, é quando há diminuição da quantidade de saliva na boca, dificultando a formação do bolo. A alteração da mobilidade, ou propriocepção da língua, dificultando a formação do bolo, assim como a falta de percepção do alimento na boca, também podem ser consideradas causas de resíduos. Como observamos, sobrar alimentos na boca dificilmente é consequência da deglutição em si. Na avaliação devemos verificar força, mobilidade e propriocepção do bucinador e da língua, quantidade de saliva, quantidade e tipo de alimento que é colocado na boca, pois aqueles que são muito secos e farinhentos fazem com que sobre mais resíduos. Assim sendo, devemos nos lembrar que, na avaliação, não devemos usar determinados tipos de bolachas muito secas, pois estas acarretarão sobra de resíduos.

Embora estas sejam as características mais comumente descritas na literatura, podemos encontrar muitas outras. Devemos nos lembrar que as alterações, sejam quais forem, estarão acentuadas em pessoas com prejuízos mentais ou neuromotores. No entanto, seja qual for a alteração encontrada na avaliação, o mais importante é, antes de simplesmente classificá-la como deglutição atípica, tentar compreender o como e o por que aquela ação ocorre daquela forma, e não de outra. Devemos, ainda, tentar compreender se a alteração observada é, de fato, decorrente da deglutição em si, ou se é uma alteração decorrente de outra função alterada. Além disto, ao olharmos para a forma da face e para a postura dos órgãos fono articulatorios, já devemos prever o que será possível acontecer no momento da deglutição. O fonoaudiólogo, assim como o dentista, deve examinar a deglutição com o intuito de fazer um diagnóstico diferencial. Após o exame, devemos nos perguntar: será a forma de deglutir que observamos a responsável pela má oclusão que o paciente apresenta? Ou será ela, a deglutição, consequência da má oclusão? Não estará a deglutição adaptada ao padrão

esquelético? Será que a deglutição não é consequência de outra etiologia, como por exemplo, projeção anterior da língua por aumento das amígdalas?

As atipias da deglutição, consideradas como problemas específicos desta função, podem, na verdade, decorrer de vários outros problemas como, por exemplo, das alterações respiratórias, das trocas dentárias, dos diferentes tipos de oclusão e de mordida, do tipo esquelético, do tônus, da propriocepção, da redução de espaço interno, dos hábitos orais mantidos por longo tempo e, até da idade, pois a deglutição modifica-se durante a vida devido, entre outras causas, ao tamanho da cavidade oral e sua relação com o crescimento e desenvolvimento da língua.

Ao final do exame, fazendo um diagnóstico diferencial, estaremos compreendendo se a deglutição é atípica, de fato, ou se houve uma adaptação da forma de deglutir, adaptação esta decorrente de características individuais. Qual seria então a diferença entre uma deglutição normal, uma deglutição atípica e uma deglutição adaptada?

Levando em consideração o que foi até aqui discutido estamos, na realidade, falando em várias possibilidades de deglutição: formas de deglutir consideradas normais, formas de deglutir consideradas atípicas e, formas de deglutir que podemos considerar adaptadas.

Deglutição normal:

Como já foi apontado no início do capítulo, há uma definição anatômica e fisiológica para a deglutição considerada normal. A deglutição é uma ação motora automática, onde estão envolvidos músculos da respiração e do trato gastrointestinal. O objetivo da deglutição é o transporte do bolo alimentar e também a limpeza do trato respiratório. A deglutição é uma atividade neuromuscular complexa que pode ser iniciada conscientemente durando de 3 a 8 segundos, sendo que a fase oral dura 1 segundo. Participam da deglutição em torno de 30 músculos e 6 pares encefálicos. A deglutição é dividida em quatro fases. Como se pode perceber, nesta definição não há uma preocupação com atipias, principalmente em relação aos dentes. A preocupação maior da medicina em relação às atipias do ato de deglutir, recai sobre possíveis aspirações com risco de pneumonia e até de morte.

Para a odontologia, no entanto, existe uma preocupação específica com a fase oral da deglutição, pois acredita-se que há uma forte relação entre o posicionamento dos dentes e o modo com que a língua se coloca em relação a estes. É na odontologia que surge a definição de atipia, especificamente para a movimentação considerada inadequada da língua durante a fase oral. E, é a partir desta definição e preocupação dos dentistas que, nós fonoaudiólogos, podemos redefinir as deglutições consideradas atípicas, diferenciando-as em atípicas e adaptadas.

Deglutição atípica:

Deglutição atípica corresponde à movimentação inadequada da língua e/ou de outras estruturas que participam do ato de deglutir, durante a fase oral da deglutição, sem que haja nenhuma alteração, de forma, na cavidade oral. Seria, portanto, apenas uma alteração da função de deglutir, não sendo necessário tratamento dentário para a correção do posicionamento dos dentes. Na atipia verdadeira, somente com o trabalho fonoaudiológico, já poderíamos criar a possibilidade de modificação do modo de deglutir, pois a forma, isto é, as

estruturas responsáveis pela função estariam adequadas, o que permitiria boas condições de deglutição. Em geral, estas atipias ocorrem por problemas de postura inadequada da cabeça, por alteração do tônus, da mobilidade ou da propriocepção dos órgãos fonoarticulatórios: língua, lábios, bochechas, e palato mole.

Mesmo em casos onde a correção ortodôntica já ocorreu, podemos observar deglutição atípica. Este fato ocorre pela grande automatização dos hábitos adquiridos anteriormente a esta correção. Nestes casos, apesar de não existir mais a alteração da forma, permanece a maneira de deglutir adquirida anteriormente. O dentista tem que estar atento para diferenciar e diagnosticar os casos que, apesar da correção da forma, ainda permanecem com velhos hábitos de deglutir incorretamente. Nestas situações, é fundamental que se reabilite a deglutição, evitando possíveis recidivas. A deglutição, sendo atípica, também pode levar a alterações de oclusão, principalmente quando acompanhada de postura interdental da língua.

Porém, os problemas de deglutição podem vir acompanhados de alterações de outras funções, fazendo parte, portanto, de um quadro maior, o qual podemos chamar de distúrbios orais miofuncionais. Recebemos inúmeros pacientes rotulados como se fosse apenas um simples problema de deglutição atípica, e na verdade, ao examinarmos com cuidado, observamos que o paciente é portador de várias outras alterações, tais como, presença de baba, tônus diminuído, lábios entreabertos, língua projetada anteriormente, má postura corporal, e até alterações das outras funções, como respiração e mastigação além da própria deglutição. Esta simplificação, de um quadro amplo sendo reduzido a um único problema, deglutição atípica, em geral, ocorre pois o que chama mais atenção é a língua projetada. É como se tomássemos a parte como correspondendo ao todo. Este fato reduz, em muito, a capacidade do fonoaudiólogo que, frente aos outros profissionais, apesar de estar lidando com um quadro complexo, reduz seu tratamento a uma simples projeção de língua. O termo mais apropriado, portanto, para estes casos, onde a deglutição atípica é apenas uma parte da problemática, deve ser **distúrbios orais mio funcionais**, termo este que se mostra mais abrangente e adequado para dar conta de quadros com um conjunto de alterações orais.

Deglutição Adaptada:

Na deglutição adaptada, por mais que o fonoaudiólogo tente, e às vezes, até consiga que o paciente degluta de forma correta durante a sessão, este novo padrão de deglutir dificilmente se automatiza. Isto acontece porque a “atipia” encontrada é consequência de algum outro problema existente, como por exemplo, má oclusão ou respiração bucal. A língua se adaptou à forma da cavidade oral ou tipo facial do indivíduo, ou se adaptou às características das funções existentes, como no caso da respiração bucal, situação na qual torna-se praticamente impossível deglutir de maneira correta, já que a boca fica permanentemente aberta para viabilizar a respiração.

Da mesma maneira que a língua se adapta para realizar a função de deglutir, ela se adapta posicionando-se no repouso de acordo com o espaço e estruturas existentes na cavidade oral. Para compreender o repouso da língua na cavidade oral é importante esclarecer o que é a ponta da língua, pois esta parte da língua poderá estar apoiada atrás dos incisivos superiores, ou mesmo dos inferiores, sem que a posição para baixo seja considerada anormal.

A lâmina da língua pode ser dividida em três porções: anterior, média e posterior. A porção anterior tem uma ponta que pode estar voltada para cima, ou para baixo. Quando deglutimos, estando o apoio da ponta da língua voltado para cima, ou para baixo, a porção anterior da língua deverá se elevar contatando a porção anterior do palato duro. O apoio da ponta da língua será dependente da largura dos arcos dentários, da altura da face, da convexidade da face, da oclusão, da mordida, do tipo facial, do plano palatino e assim por diante. O posicionamento da língua e a forma de deglutir são, portanto, decorrentes das estruturas dento-esqueléticas e de como estão ocorrendo as outras funções, as quais se realizam utilizando as mesmas estruturas da deglutição.

Facilitando a avaliação da deglutição, para você que inicia nesta área, vamos, resumidamente, nos lembrarmos que a forma de deglutir depende de fatores como:

- características craniofaciais
- oclusão e mordida
- idade
- o que se deglute
- tônus
- propriocepção

Não avalie, portanto, só o que se vê, descrevendo a ação isoladamente. Lembre-se que o posicionamento da língua e a deglutição mudam conforme a forma e as outras funções, havendo uma adaptação do posicionamento da língua. É bom ficar claro, no entanto, que esta adaptação pode intensificar ou manter a má oclusão sendo, portanto, necessário trabalharmos para evitar maiores alterações. A diferença é que, o dentista, utilizando as diversas técnicas da ortodontia e da ortopedia funcional dos maxilares pode, ao mudar a forma, conseguir melhorar, ou mesmo normatizar totalmente, a função que estava alterada antes de ter início o tratamento ortodôntico. O fonoaudiólogo, quando trabalha sem o auxílio do dentista e a deglutição está adaptada à forma, muitas vezes, tem dificuldade para modificar e estabilizar novos padrões. Frequentemente trabalhamos no intuito de produzir novas adaptações quanto ao modo de deglutir, minimizando a problemática encontrada ou não permitindo que o problema se agrave. Nem sempre, todavia, podemos querer alcançar um padrão ideal de deglutição. Se o paciente não deseja se submeter a um tratamento dentário, ou se já o fez e os resultados foram somente parciais, temos que considerar, como sendo estas, as nossas reais condições de trabalho. Nosso objetivo é o de melhorar, ao máximo, as possibilidades do paciente e procurar conscientizá-lo a respeito disto. O mesmo devemos pensar em relação aos tratamentos médicos. Se o paciente, por exemplo, é alérgico e já se submeteu a tratamentos respiratórios com o pediatra, com o clínico geral, com o otorrinolaringologista, com o homeopata, com o alergista, ou até mesmo já procurou outras formas alternativas de cura, mas ainda não se curou, o que o fonoaudiólogo pode fazer? Nada? Claro que não. Vai trabalhar no sentido de fazer o paciente respirar pelo nariz quando não está em crise, diminuindo inclusive o número destas crises, e, nestes momentos de respiração nasal, será possível deglutir de forma normal. Mas, saberemos de antemão que, em muitos outros momentos de sua vida, ele estará em crise, respirando pela boca, e, conseqüentemente, deglutindo de forma inadequada. O mais

importante é que tanto o paciente e sua família quanto o terapeuta estarão compartilhando desta decisão e das possibilidades do indivíduo, respeitando seus limites, mas não abandonando-o, como se nada houvesse por fazer.

Na terapia de deglutição será muito importante, além de todas as observações feitas anteriormente, a motivação e conscientização para que o trabalho. É fundamental que o desenvolvimento de toda a seqüência terapêutica seja realizada pelo próprio paciente e não pelo terapeuta, o qual deverá apenas orientá-lo, discutindo com ele os caminhos possíveis e viáveis para seu caso. Devemos também nos lembrar que casos severos podem necessitar de correção cirúrgica e não apenas de correção ortodôntica. O fonoaudiólogo deve saber, ainda, que nem todas as recidivas são decorrentes de anormalidades na deglutição. A deglutição pode ser conseqüência e não a causa do problema. De qualquer forma, o trabalho, mesmo quando a deglutição é conseqüência e não a causa, pode ser benéfico pois evita a manutenção ou piora do quadro. Aliás, os trabalhos, sejam de que natureza forem, mesmo que sejam limitados, sempre serão bem vindos pois, apesar de não levarem à cura total, sempre melhoram o quadro geral, além de propiciarem ao paciente um melhor conhecimento de si próprio. Este conhecimento pode ajudá-lo a definir as próximas ações em relação ao seu tratamento já que ele, conhecendo melhor a situação, passa também a poder opinar e decidir o que quer. Isto é excelente pois, no final do tratamento não haverá grandes surpresas quanto a maravilhas inesperadas e nem em relação a resultados não desejados ou não esperados. Ou seja, no final do tratamento não haverá surpresas para ninguém. O tratamento será iniciado com uma idéia clara, para todos os envolvidos, a respeito das possibilidades reais de mudanças e dos limites do tratamento. Por isso é importante, após o diagnóstico, pensarmos quem é o melhor profissional para iniciar o tratamento e discutirmos com o paciente qual é o possível prognóstico e quais são as limitações do seu caso.

O trabalho, freqüentemente, pode requerer a participação de uma equipe para que melhores resultados sejam obtidos. Esta equipe pode envolver médicos, dentistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicólogos. Isto não significa que todos deverão trabalhar ao mesmo tempo com o paciente. Porém, se este for o caso, qualquer um destes profissionais que vier a participar do tratamento deve conhecer, com profundidade, qual é o papel dos outros elementos da equipe e, acima de tudo, quais são as possibilidades e limitações de seus parceiros de trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- ARVEDSON, J. C. & BRODSKY, M. D. : Pediatric Swallowing and Feeding Assessment and Management, Singular Publishing Group, Inc. San Diego, California, 1993.
- DOUGLAS, C. R.: Tratado de Fisiologia Aplicada às Ciências da Saúde, Robe Ed, São Paulo, 1994.
- FRÖHLICH, K.; INGERVALL, B.; THÜER, U.: Further studies of the pressure from the tongue on the teeth in young adults. European Journal of Orthodontics 14 (1992) 229-239
- FUHRMANN, R.A.W. AND DIEDRICH, P. R.: B-mode ultrasound scanning of the tongue during swallowing. Dento Maxilo Facial Radiology. Vol. 23 November, 1994
- GISEL, E.G.; LANGE, L.J.; NIMAN, C.W.: Tongue Movement in 4- and 5 Year Old Down's Syndrome Children During Eating: A Comparison with Normal Children. The American Journal of Occupational Therapy. October 1984, Volume 38, Number 10
- GISEL, E. G.: Tongue Movements in Normal 2 - to 8 Year Old Children: Extended Profile of an Eating Assessment. The American Journal of Occupational Therapy. June 1988, Volume 42, Number 6
- GRABER, T. M. e NEUMANN, B.: Aparelhos Ortodônticos Removíveis, Ed. Panamericana, 1987.
- GOMMERMAN, S.L.; HODGE, M. M.: Effects of Oral Myofunctional Therapy on Swallowing and Sibilant Production. The International Journal of Orofacial Myology. November, 1995, Vol. XXI
- JOSELL, S.D.: Habits affecting dental and maxillofacial growth and development. Dental Care for the Preschool Child. Volume 39 - Number 4 - October 1995
- KUDO, A. M. et al : Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria. Monografias Médicas Série Pediatria Volume XXXII. Ed. Sarvier, 1990
- MARCHESAN, I. Q.: "Deglutição Atípica ou Adaptada?" , vídeo Pró Fono, São Paulo, 1996
- MARCHESAN, I.Q.; JUNQUEIRA, P.: Atipia ou Adaptação: Como Considerar os Problemas da Deglutição? in Aspectos Atuais em Terapia Fonoaudiológica, Junqueira, P. e Dauden, A.T.B. Editora Pancast, 1997
- OLIVEIRA, L.M.C.; SILVA, C.P.V.; BASTOS, E.P.S.: Visão Atual da Função da Deglutição: Aspectos Fonoaudiológico, Ortodôntico e Odontopediátrico. Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Maxilar - Março/Abril/97 - Vol. 2 - nº 8
- PALOMARI-TOBO, E. T.; VITTI, M.; BARROS, S. P.: Eletromiografia do Músculo Masseter em casos de Oclusão Normal e Malocclusão Classe I. Revista da APCD V. 50 Nº 1 - Jan/Fev, 1996
- RASHEED, S. A.; PRABHU, N. T.; MUNSHI, A. K.: Electromyography and ultrasonographic observation of masseter and anterior temporalis muscles in children. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. Volume 20, Number 2/1996

- SPIRO, J.; RENDELL, J.K.; GAY, T.: Activation and Coordination Patterns of the Suprahyoid Muscles During Swallowing. *Laryngoscope* 104: November 1994
- SUBTELNY, J. D.: Malocclusions, Orthodontic Corrections and Orofacial Muscle Adaptation. *Angle Orthodontics*. Vol. 40 n° 3. July, 1970
- VAN der LINDEN, F. P.G.M.: *Crescimento e Ortopedia Facial*, Ed. Quintessence, Rio de Janeiro, 1990