

DEGLUTIÇÃO ATÍPICA: UMA PRÁTICA CLÍNICA

Maria Lúcia Oliveira Suzigan Dragone *

RESUMO

Este texto transmite os resultados de um ano de tratamento com pacientes portadores de deglutição atípica, abordando o método de trabalho utilizado, a descrição do grupo heterogêneo de pacientes e os resultados obtidos. Pretende também ressaltar alguns dados obtidos nessa prática clínica, que parecem relevantes para os profissionais que trabalham nessa área. É sempre muito importante que se encare o paciente como um todo e que o trabalho do fonoaudiólogo e do ortodontista seja integrado.

INTRODUÇÃO

Objetivo

Este trabalho tem por objetivo analisar os resultados obtidos com terapia miofuncional em um ano de atendimento clínico a pacientes portadores de Deglutição Atípica, durante o período de outubro de 1983 a setembro de 1984. A análise procura determinar um tempo médio de terapia, com obtenção de resultados positivos e também determinar a idade ideal para que esse tipo de tratamento seja realizado e efetivado. Os dados levantados e analisados resultaram da nossa prática clínica e não de um experimento planejado sistematicamente.

Local de Trabalho

O atendimento fonoaudiológico foi totalmente realizado em Centro Odontológico particular, em uma cidade de porte médio, no interior de São Paulo (Araraquara), onde há uma equipe completa de dentistas (ortodontistas, odontopediatria, dentistas especializados em cirurgia

ortognática, e clínicos gerais) e técnicos em próteses. A introdução do fonoaudiólogo neste Centro Odontológico deu-se por iniciativa dos ortodontistas que sentiam a necessidade desse especialista para complementar o tratamento ortodôntico, em pacientes portadores de deglutição atípica através da mioterapia.

Deglutição Atípica

Devemos entender Deglutição Atípica como uma deglutição que em algum aspecto foge aos padrões considerados normais.

Padrões normais de deglutição:

- lábios fechados
- dentes com articulação travada sem tensão excessiva
- ápice lingual posicionado no "spot" (rugosidade situada no palato duro após a área de implantação dos dentes incisivos superiores).
- bolo alimentar centrado no dorso da língua
- movimentação ondulatória da língua para conduzir o alimento

*Fonoaudióloga do Centro Odontológico de Araraquara e da Psicologia Clínica e Fonoaud. de Araraquara.

até a orofaringe, que é responsável pela condução do alimento até o estômago.

A deglutição Atípica normalmente é acompanhada de alguns sinais que facilitam o seu diagnóstico:

- aparecimento do ápice lingual, freqüentemente entre os incisivos centrais e até mesmo entre os lábios.
- lábios freqüentemente abertos
- respiração predominantemente oral
- salivação intensa
- escoamento de líquidos ou sobra de resíduos externamente a cavidade oral durante a deglutição
- força excessiva da musculatura mentoniana ao engolir
- posicionamento irregular dos dentes como a mordida aberta anterior, protrusões da maxila, da mandíbula, ou somente dos dentes, mordida aberta lateral, etc
- lábio superior incompetente, ou seja, freqüentemente retraído.

Existe uma testagem padrão simples onde o ortodontista pode avaliar a deglutição: pede-se para que o paciente sorva um pequeno gole de água e o mantenha na boca, em seguida que permaneça de dentes travados enquanto o ortodontista abre os seus lábios com os dedos; pede-se então que o paciente engula. A deglutição poderá ser considerada normal se não houver escoamento do líquido e, se a língua não aparecer entre os dentes; qualquer ocorrência diferente deve ser então analisada dentro de uma testagem completa de

todo o processo de deglutição.

A presença de uma Deglutição Atípica causa um desequilíbrio das forças faciais. Este equilíbrio é fundamental para a estruturação da fisionomia do indivíduo, para a manutenção do posicionamento dentário e para a efetivação da respiração nasal. Ele é obtido pelo fechamento labial com a musculatura em tônus normal, assim como devem estar os demais músculos faciais periféricos; língua sem exercer força de protrusão mas contida na cavidade oral moldando o palato duro e impedindo que os dentes sofram retração (pela pressão labial) mantendo-se em tônus normal constante durante suas posições de repouso (sem engolir ou falar). No momento da deglutição não devem aparecer movimentos diferentes dos já relacionados como normais, para que forças constantes de língua não sejam aplicadas em locais errados a cada deglutição salivar ou alimentar.

DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA MIOFUNCIONAL

Avaliação

A Avaliação dos pacientes encaminhados foi realizada em sala de terapia fonoaudiológica. Material: mesa, cadeira, espelho, canudo, copo, alimento sólido e material para anotações. Avaliaram-se os processos de respiração, deglutição, sucção, e mastigação; a tonicidade e mobilidade de toda musculatura bucal e a linguagem oral dos pacientes (aspectos articulatórios, sintáticos semân-

ticos, de fluência, entoação e voz).

Terapia

O trabalho foi dividido em 3 fases básicas, com terapias de 30 minutos cada uma, sem tempo pré-estabelecido para se concluir o tratamento. As terapias seguiram o ritmo e as necessidades prioritárias do paciente, cujos hábitos estabelecidos em maior ou menor grau, deviam ser modificados através de exercícios para os quais se buscava uma graduação do mais fácil ao mais complicado, numa escala própria a cada indivíduo.

1ª Fase: Período Inicial

Neste período as terapias foram semanais. Teve-se o objetivo primordial de adequar a funcionalidade geral do Sistema Motor Oral, ou seja, adequar as funções musculares de tonicidade e mobilidade, respiração etc, que se encontravam alteradas em cada paciente de um modo específico e individual. Após esta fase introduzia-se o padrão correto de deglutição de líquidos e sólidos.

2ª Fase: Treinamento Intensivo da Deglutição

Neste período as terapias foram quinzenais. O objetivo era aplicar os padrões corretos de deglutição, aprendidos em terapia, nas refeições diárias e em todas as deglutições salivares. Ampliando a utilização da deglutição correta através de aproximação gradativa a fim de quebrar o hábito firmado, sem pressões exageradas sobre o paciente.

3ª Fase: Período de Automatização

Realizaram-se terapias mensais com o objetivo de diminuir a influên-

cia do terapeuta e aumentar a responsabilidade do paciente para a utilização dos padrões corretos aprendidos, em todos os momentos do seu dia-a-dia.

Trabalho Complementar

O atendimento fonoaudiológico desses pacientes foi complementado com um trabalho paralelo nas outras áreas de comunicação que estivessem alteradas em alguns pacientes, dentro do esquema de frequência das terapias proposto anteriormente, ou seja, sem aumentar a frequência semanal ou o tempo de cada terapia. Neste trabalho foram abordadas as alterações de respiração, de coordenação pneumofônica, de disfluências no ritmo de fala, de relaxamento geral do indivíduo x seu tônus normal, de articulação dos fonemas (sons da fala).

Métodos Utilizados

A fim de desenvolvermos a adequação da funcionalidade do Sistema Motor Oral, foram utilizados exercícios sob comando da terapeuta, em frente a um espelho, com a finalidade de fornecer a pista visual ao paciente da sua própria cavidade oral, associada à propriocepção dos movimentos realizados; esses exercícios foram aprendidos durante a sessão terapêutica e treinados diariamente no lar, pelo paciente. Esse procedimento exigiu colaboração por parte dos indivíduos e de acordo com a performance apresentada na sessão seguinte pudemos sempre avaliar o empenho de cada paciente no tratamento. Como auxiliar dos exercícios de tonicidade labial utilizamos placas, botões ou abas de chupeta, com

um cordão central, colocadas entre as faces vestibulares dos dentes anteriores e os lábios que resistem à força exercida por impulsos dados com as mãos.

Na modificação do padrão respiratório visando a instalação da respiração nasal automática e constante, além de exercícios reeducadores muito conhecidos no meio clínico fonaudiológico, utilizamos um aparelho de acrílico individualizado, obtido através de modelos dos arcos dentários em oclusão habitual na sua região anterior. A finalidade desta placa bucal foi de vedar a passagem de ar entre os dentes, mesmo que com os lábios entreabertos durante o sono.

Esta placa bucal foi baseada em placas padrões industrializadas que não tinham a propriedade de vedar a passagem de ar, por falta de adaptação no vestíbulo oral.

Esta placa por nós preconizada apresentava dimensões que abrangiam a região da gengiva inserida, mais ou menos até a região de pré-molares. Apresentava-se com 8 furos para passagem de ar que iam sendo vedados lentamente de acordo com a informação do paciente a respeito de estar conseguindo ficar a noite toda com o aparelho com aquele determinado número de furos. Quando fosse totalmente vedado iniciávamos pelo mesmo processo a diminuição de seu tamanho, visando forçar os lábios a mantê-lo dentro da boca, justaposto aos dentes com o paciente dormindo; conseqüentemente treinando respiração nasal em sono profundo. Isso, no entanto só

foi realizado em paciente sem problemas anatômicos ou clínicos nas vias respiratórias, o que foi constatado através de parecer de médico otorrinolaringologista. Nestas placas foram também adaptados puxadores de aço em forma de anel na região central anterior, para que os pacientes realizassem exercícios de tonicidade labial.

Nos aparelhos ortodônticos de acrílico removíveis que alguns pacientes utilizavam, demarcávamos o "spot" com um furo no acrílico a fim de que o ponto correto da postura do ápice lingual para deglutição correta sempre fosse lembrado pelo paciente.

Houve também a utilização de 2 aparelhos muito divulgados no meio ortodôntico: o aparelho removível com grades verticais para delimitação do espaço lingual e, a placa reeducadora do Dr. Alael de Paiva Lino. Para a utilização desses dois elementos levamos em consideração o comportamento do paciente associado à sua dedicação à terapia. Foi também importante a participação decisiva do ortodontista na escolha do aparelho adequado segundo as necessidades do paciente. O aparelho removível de grades verticais somente foi colocado em paciente extremamente displicente e sem atenção ao tratamento, visto ser esse aparelho, de certa maneira, muito punitivo por causa do desconforto que causa e pela imposição forçada da postura da língua, para que as grades não causem dor no dorso lingual. A placa reeducadora do Dr. Alael já exige dedicação ao tratamento e atenção

constante na postura do ápice lingual a fim de mantê-lo no palato duro.

AVALIAÇÃO DOS INDIVÍDUOS

Incidência de Deglutição Atípica

É relevante fazermos uma análise do total dos indivíduos avaliados fonoaudiologicamente no Centro Odontológico neste período de um ano:

- 7% dos indivíduos não apresentavam deglutição atípica ou qualquer outro problema de funcionalidade no Sistema Motor Oral, embora tivessem sido encaminhados por ortodontistas que suspeitavam de alterações nessa área.
- 15% foram encaminhados a outros fonoaudiólogos que clinicassem em locais mais próximos a sua cidade de residência, facilitando assim a motivação do indivíduo a freqüentar com assiduidade a terapia proposta.
- 15% eram portadores de alterações funcionais no Sistema Motor Oral e/ou Deglutição Atípica, mas não aceitaram realizar a terapia necessária, após a fonoaudióloga explicar a importância da responsabilidade e da conscientização do próprio indivíduo para se ter um bom prognóstico do tratamento. Os motivos alegados para a desistência foram os mais variados: falta de tempo, adolescentes que não quiseram realizar por não acharem importante, mães que não aceitaram a

proposta e que por sua vez não conseguiram argumentar positivamente com seus filhos para motivá-los, etc.

- 63% dos indivíduos freqüentaram a terapia proposta por serem portadores de alterações na funcionalidade do Sistema Motor Oral e/ou de Deglutição Atípica e, por aceitarem, mesmo que só inicialmente, a proposta de trabalho.

Descrição dos Indivíduos que freqüentaram a terapia (17 indivíduos, de 7 a 52 anos de idade)

Deve-se notar que os pacientes eram muito heterogêneos, o que é muito comum em atendimento clínico. Na prática não há realmente homogeneidade entre os pacientes que nos procuram para buscar soluções para seus problemas. Isso vem reforçar o objetivo inicialmente proposto: analisar um ano de atendimento clínico em terapia miofuncional, sem seleção prévia dos casos.

Os indivíduos apresentaram as seguintes características:

- 2 adultos que realizaram operações ortognáticas para correção de projeção de mandíbula: apresentavam disfuncionalidade geral de Sistema Motor Oral, lábios incompetentes e deglutição atípica. Eram interessados no tratamento e dispostos a realizar todos os exercícios que lhes fossem propostos com dedicação. Também foram muito assíduos às sessões.
- 5 adolescentes que já haviam completado tratamento orto-

dôntico mas que vinham apresentando reincidência na protrusão dos dentes talvez pela deglutição atípica. Dentre esses, 3 eram dedicados e tiveram boa frequência.

- 3 adolescentes encaminhados pelos ortodontistas antes da colocação do aparelho, a fim de corrigir a deglutição atípica. Dentre esses, 1 com lábios incompetentes e protrusão acentuada dos incisivos superiores. Todos aparentemente muito interessados mas pouco dedicados nos exercícios propostos para serem realizados no lar.
- 6 crianças em início de tratamento ortodôntico preventivo. Metade deles com interesse e dedicados nos exercícios propostos, aparentemente bem motivados. Os demais sem demonstrar qualquer interesse chegando às vezes à rebeldia.
- 1 adulto com acentuado problema de posicionamento dentário, portador de sucção de língua, deglutição atípica, com vários tratamentos ortodônticos frustrados e problemas emocionais cuidados por um psiquiatra; interessado e dedicado mas com grande flutuação de humor mudando constantemente da apatia ao super interesse.

RESULTADOS

Os resultados serão descritos quanto a fase, idade, número e motivação, não deixando de lado a hipótese da falta de entrosamento tera-

peuta x paciente para alguns resultados negativos, assim como dedicação exagerada para alguns casos com sucessos. Todos os dados correspondem ao final do período proposto para o estudo, ou seja, setembro de 1984.

Abandono de tratamento: 23% dos pacientes, o que corresponde a 4 indivíduos, dentre esses, 2 crianças (7 e 9 anos) que somente iniciaram a 1ª fase da terapia e não se motivaram e nem receberam apoio dos pais (embora estes tivessem sido trabalhados pela terapeuta), freqüentaram de 1 a 3 meses de terapia; 2 adolescentes com reincidência de posicionamento irregular dos dentes mas, que freqüentavam universidade, embora aparentemente tivessem interesse não encontraram tempo para se dedicarem a terapia; freqüentaram, em média, 4 meses.

Pacientes freqüentando a fase de treinamento da deglutição no lar: 6%, correspondente a 1 indivíduo, idade de 8 anos, que teve pouca dedicação ao tratamento, dizia não realizar diariamente o proposto, era um pouco rebelde para aceitar os exercícios; usando aparelho removível com grades para manter a língua afastada dos dentes; faltava muito sem justificativa, sua deglutição atípica era bem acentuada e tinha ceceo para emitir os fonemas /s/ e /z/. Freqüentando fono há 11 meses.

Pacientes freqüentando o período de automatização: 53%, corres-

pondente a 9 indivíduos cujas idades variam de 9 a 52 anos (faixa mais densa é de 15 a 18 anos). A maioria deles apresentava respiração bucal de suplência, lábios incompetentes, deglutição atípica moderada e outros envolvimento relacionados a comunicação oral (disfluências no ritmo de fala, alterações articulatórias, comprometimento emocional, passando por cirurgias ortognáticas, etc.). Destes pacientes, 2 estavam próximos de receberem alta pela adequação de todos os processos aprendidos. Os demais vinham apresentando dificuldades em automatizarem o processo correto de deglutição. O tempo médio de terapia foi de 8 meses, sendo que variou de 5 meses a 1 ano e 2 meses. Os pacientes que estavam há mais tempo em terapia eram aqueles portadores de maiores envolvimento de comunicação oral associados ao problema de deglutição atípica.

Pacientes com alta: 17,5%, correspondendo a 3 pacientes que receberam tratamento fonoaudiológico mioterápico, com idades de 9, 13 e 15 anos. Cada um recebia 1 tipo diferente de tratamento ortodôntico: 1 já havia retirado o aparelho corretivo fixo e havia ocorrido reincidência no posicionamento dos dentes pela força exercida pela língua, após ter aprendido o processo de deglutição correto o aparelho tornou a ser colocado (15 anos); outro de 9 anos estava iniciando tratamento ortodôntico preventivo; e, o outro, de 13 anos, fez o tratamento fonoaudiológico antes de iniciar o tratamento ortodônti-

co. Tinham em comum a boa frequência ao tratamento, interesse e responsabilidade acima da média; ceceo, disfunção de Sistema Motor Oral moderada mas, respiração predominantemente nasal. Tempos médios de frequência à terapia: 7 meses e meio. Na ocasião da alta apresentavam processo correto de deglutição aparentemente automatizado e emissões fonemáticas corrigidas para os padrões normais, sem ceceo.

CONCLUSÕES

Os dados obtidos são de uma prática clínica e por isso talvez não possam ser generalizados. No entanto, mostram alguns pontos importantes para os profissionais que trabalham nessa área e que ainda não tenham tido chances de experimentar a vida clínica.

- Um fator essencial para o bom andamento da terapia foi a motivação do paciente, ou seja a compreensão que o paciente e seus familiares conseguiram ter dos problemas associados e decorrentes de uma deglutição atípica e a confiança que o terapeuta conseguiu transmitir no tratamento mioterápico como meio para solucionar o problema. A dedicação do paciente ao tratamento é uma decorrência dessa motivação. Vimos também que o paciente que tem sucesso é aquele que assume o tratamento sem pressão familiar.

- A faixa etária onde os melhores resultados foram obtidos foi de 13 a 18 anos, independente da gravidade do caso ou das alterações associadas à deglutição atípica.

- Há maior dificuldade de correção da deglutição atípica em pacientes portadores de respiração oral de suplência e de lábios incompetentes, logo, o prognóstico do tempo necessário de terapia para a correção do processo de deglutição deve ser analisado com atenção antes de passar esse dado a família.

- Para a maioria dos casos, o tempo médio de terapia para correção da deglutição atípica e para melhora dos outros fatores normalmente associados (ceceo, irregularidades no SMO, etc.) foi de 8 meses e meio, obedecendo ao esquema de terapia proposto neste relato.

Em 76% dos pacientes havia alteração na emissão dos fonemas sibilantes e linguodentais (/s/, /z/, /ʃ/ che, /ʒ/ je, /l/, /r/ etc), que foi facilmente corrigida após a adequação da deglutição atípica.

- Os comprometimentos emocionais, que ocorreram como alterações reais nos pacientes, interferiram diretamente no trabalho da correção da deglutição atípica. Isso porque a terapia proposta exigia do paciente uma participação ativa, um auto-controle grande na fase de automatização e, problemas emocionais sempre dificultaram esse tipo de terapia.

- Não há possibilidade nenhuma de se estabelecer uma terapia padronizada para todos os pacientes, pois cada paciente apresenta um quadro individual e único que deve ser analisado e abordado pelas entradas mais acessíveis, o que impede o desenvolvimento de um caminho pré-estabelecido para um conjunto médio de alterações.

- Há necessidade de um bom relacionamento entre o ortodontista e o fonoaudiólogo, pois muitos problemas surgem relacionando aparelhos ortodônticos e as fases da mioterapia, que devem ser estudados particularmente, com soluções conjuntas adequadas.

Resta ainda dizer que a validade da terapia fonoaudiológica como auxiliar aos tratamentos ortodônticos só poderá ser calculada depois de alguns anos após a alta do tratamento, onde a dedicação do paciente novamente deve ser levada em conta, pois somente através dela surgirá o uso freqüente e automático dos padrões corretos aprendidos; e aí sim a força regular da língua, lábios e musculatura facial, poderão atuar na cavidade oral fornecendo o equilíbrio necessário para o bom posicionamento dos dentes.

A correção de uma deglutição atípica implica sem qualquer dúvida na quebra de um hábito instalado há anos e envolve uma função básica de sobrevivência — a alimentação. Os indivíduos com os quais trabalhamos são seres humanos que como tais apresentam uma infinidade de variáveis estruturais, comportamentais e emocionais que nunca devem ser relegadas a segundo plano. Para que possamos ter bons resultados na correção da deglutição atípica, não importando o método usado, há necessidade de encararmos o paciente como um todo, humano, racional e repleto de emoções.

SUMMARY

This paper present the results of a year of treatment with patients bearing tongue thrust by discussing the procedure, the description of heterogeneous group of patients and the possible significance of the results. The data obtaneid in this clinical practice are discussed for they seem to be relevant for the professionals who work in this area. It is always very important to considerer the patient as a whole so that work of the speech pathologist and of the orthodontist can be integrated.

BIBLIOGRAFIA

- FERRAZ, M. da C., *Manual Prático de Deglutição Atípica e Problemas Correlatos*. Edições Antares, Rio de Janeiro, 1983.
- LINO, A.P., "Introdução ao Problema de Deglutição Atípica" Apud Interland, S. *Ortodontia para iniciação*. Ed. Médicas, SP, 1977, Cap. 14.
- PADOVAN, B.E., "Reeducação Mio-terápica nas pressões atípicas de língua: Diagnóstico e Terapia", *Revista de Ortodontia*, 9 (1, 2), 1976.
- ROCHA, E.M.N., , LUQUE, H.C.M.F. *Coletânea de Novos Exercícios dentro da abordagem tradicional da Deglutição Atípica*. DER-DIC, São Paulo, 1984.
- SEGOVIA, M.L., *Interrelaciones entre la Odontoestomatología y la Fonoaudiología*. Panamericana, Buenos Aires, 1979.