

Marchesan IQ. Como avalio e trato as alterações da deglutição. In: Marchesan IQ. (Org). Tratamento da deglutição – a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países. São José dos Campos: Pulso; 2005. Capítulo 10 p.149- 98

### **Como avalio e trato as alterações da deglutição**

Dra. Irene Queiroz Marchesan

Doutora em Educação pela UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

[irene@cefac.br](mailto:irene@cefac.br)

Como o objetivo deste livro é o de falar sobre a avaliação e o tratamento da deglutição, não discorreremos sobre a anatomia e fisiologia desta função. No entanto, para os leitores interessados em aprofundar seus conhecimentos em anatomo-fisiologia, ou outros assuntos pertinentes à deglutição, estarão listados no final deste capítulo alguns textos que entendo como fundamentais para todos aqueles que trabalham com a reabilitação desta função. Alguns profissionais podem imaginar que a leitura de textos que falam sobre tratamento seja suficiente para capacitá-los a dar terapia. Gostaria que ficasse bem claro que isto é falso e, que sem a base de conhecimentos científicos básicos, não é possível nenhum tratamento. O que ocorre nestes casos é apenas uma repetição de técnicas relacionadas com o que se quer reabilitar.

Neste capítulo partiremos do pressuposto que os conhecimentos teóricos sobre a normalidade da deglutição e suas possíveis alterações já estão adquiridos pelo leitor e, assim sendo, iremos diretamente à avaliação e tratamento da deglutição.

### **AVALIAÇÃO**

Como avaliar a deglutição é a pergunta que sempre aparece quando alguém nos procura para cursos ou supervisões. De fato, avaliar tal função não é exatamente algo simples uma vez que ela ocorre com os lábios cerrados, o que impossibilita a visão direta do que está ocorrendo dentro da cavidade oral. Sendo assim, os sinais externos devem e precisam ser valorizados para evitar, ao tentar avaliar, que façamos algo que interfira no processo de deglutir, como por exemplo, abrir os lábios do paciente.

Claro deve ficar que a avaliação da deglutição é apenas uma parte dentro de um protocolo de avaliação miofuncional, no qual não somente esta função é avaliada, como todas as outras funções orofaciais também o são. O protocolo de avaliação miofuncional que utilizamos, já há muitos anos está, na íntegra, no final deste capítulo.

Uma avaliação é composta da história pregressa e atual e de um exame clínico do paciente. O histórico deve conter dados específicos das possíveis causas de alterações miofuncionais e ser diferenciado para adultos e crianças. O exame deve considerar a avaliação anatômica e funcional das estruturas que compõem o sistema estomatognático e respiratório. Neste capítulo estaremos

comentando apenas o que é importante do histórico e do exame para avaliar a deglutição, que é o foco deste trabalho.

Os protocolos que eu utilizo para realizar o levantamento da história do paciente, um para ser aplicado em crianças e adolescentes e outro para adultos, mais o exame clínico, se encontram no final deste capítulo.

## **Histórico**

Todos os dados colhidos, tanto no histórico como no exame clínico deverão, ao final da avaliação, ser relacionados e não somente descritos, para a obtenção do diagnóstico e futuro planejamento da terapia. Sendo assim, vamos iniciar lembrando que se deve prestar muita atenção na queixa do cliente, por que e por quem, foi encaminhado, pois estes são dados que colaboram muito para o raciocínio clínico posterior.

As queixas mais comuns em casos de alteração de deglutição são: postura inadequada da língua; língua interferindo no posicionamento dos dentes; língua com tônus alterado e recidiva de tratamento ortodôntico ou deglutição atípica.

Os encaminhamentos são, em geral, realizados por dentistas de diferentes especialidades que reabilitam a oclusão. Outra questão importante é sabermos se o paciente está ou não convencido de que aquele encaminhamento é de fato importante para ele. Muitas vezes o paciente, ou seus pais, não acham que é necessário se submeter à fonoterapia e isto com certeza irá dificultar o tratamento. Saber de tratamentos realizados anteriormente também é interessante para pensarmos que, se o paciente já realizou várias terapias tentando corrigir o mesmo problema que ora se apresenta, ficará muito mais difícil a reabilitação deste sujeito.

Doenças que possam interferir no trabalho direto da reabilitação da deglutição como problemas respiratórios, hábitos inadequados de sucção, alterações globais de tônus corporal, ausência de elementos dentários, problemas oclusais dentários ou alterações ósseas que não irão ser corrigidos; uso de próteses móveis e ou uso de medicamentos que possam interferir com a salivagem, por exemplo, já nos levam a pensar que o prognóstico de terapia não será o melhor possível. Lembramos que para a deglutição ocorrer de forma correta é necessário que existam boas condições intra-orais, principalmente dentárias, e boa saúde respiratória a fim de que os lábios possam se manter fechados. Desta forma, o levantamento dos dados passa a ser muito importante para que possamos emitir diagnósticos corretos com prognósticos precisos sobre a possível reabilitação do paciente.

Em casos de alterações respiratórias, deve estar claro que, para a reabilitação da deglutição, o tratamento respiratório deve ser anterior, já que é inviável mantermos a língua bem posicionada com os lábios ocluídos, em indivíduos com dificuldade de respiração nasal. O mesmo se aplica para grandes alterações oclusais ou ósseas. Sujeitos portadores de mordidas abertas anteriores, distoclusão, mesioclusão, faces excessivamente longas, ou outras alterações que não permitam que a deglutição ocorra de forma normal, apresentam a deglutição adaptada às condições ósseas ou dentárias, e a modificação do ato de engolir estará atrelada à modificação da forma óssea ou

dentária. Será até possível alguma modificação no padrão de deglutição, evidentemente. Mas não se deve imaginar que podemos levar o paciente a deglutir da forma considerada normal, como aquela que ocorre em indivíduos com boa oclusão e crescimento ósseo equilibrado.

Perguntar sobre os hábitos alimentares conhecendo “como” e “o que” o paciente come, também auxiliará no raciocínio clínico, permitindo hipóteses diagnósticas mais precisas, além de indicar o caminho da fonoterapia. Saber se sua alimentação é de consistência mais branda, se usa líquidos durante as refeições para ajudar na deglutição, se mastiga pouco, muito, rápido, ou mesmo de boca aberta, nos indica que provavelmente a deglutição está ocorrendo de forma inadequada. Muitas das alterações da deglutição ocorrem em consequência das alterações da mastigação. Sendo assim, as perguntas sobre “o que come” e “como” come são fundamentais, pois mesmo antes de examinarmos a deglutição em si poderemos prever se a mesma estará alterada.

O levantamento adequado de dados da história clínica, seguido de um exame acurado de aspectos anatômicos da face e da cavidade oral do paciente, já nos leva a prever como ocorre a deglutição, antes mesmo de examiná-la diretamente. Pedir para o paciente descrever a forma como acontece a sua deglutição, também pode nos dar dados sobre como ele vê e sente esta função. Observamos que, às vezes, o paciente não tem idéia de como a deglutição ocorre, e nem imagina que esta função possa estar se realizando de maneira errada já que, para um leigo, deglutir é apenas levar o alimento da boca para o estômago. Engasgos, refluxos e dificuldades para deglutir podem indicar problemas mais graves de deglutição, como aqueles causados por alterações neurológicas.

Ao terminarmos o levantamento da história clínica passamos imediatamente para o exame do paciente. Durante todo o levantamento da história e do exame, dados obtidos através da simples observação de determinadas características físicas ou funcionais, geram hipóteses acerca do padrão de deglutição. Por exemplo, ao observarmos a existência de uma mordida aberta anterior podemos pensar que exista projeção de língua no momento da ejeção do bolo ou, quando observamos grande contração do músculo orbicular da boca durante a deglutição, também podemos pensar que exista projeção da língua para anterior e que a contração do orbicular esteja ocorrendo para evitar a saída da língua. Ou seja, estar atento aos sinais clínicos nos leva a imaginar a forma como está ocorrendo a deglutição, mesmo sem estar vendo diretamente esta ação.

Além do que já foi exposto, precisamos estar atentos a outros sinais como, por exemplo, dor ao deglutir ou história de enjões freqüentes ao se alimentar porque estes sinais podem levar a outras perguntas que não constam do protocolo de avaliação. Isto tudo quer dizer que, enquanto estamos fazendo as perguntas para a construção da história do paciente, já o estamos indiretamente avaliando e tirando conclusões de como ele está deglutindo. Isto é possível a partir da observação atenta de suas características físicas, de sua postura, de sua forma de falar, e principalmente de como deglute a saliva enquanto conta sua história.

## Exame

Da mesma forma como fizemos com a história do paciente discutiremos, neste momento, quais dados do exame podem nos levar a supor que a deglutição seja inadequada, até mesmo antes da realização de provas específicas. No exame clínico iniciamos pela observação das assimetrias e desenvolvimento inadequado das estruturas da face para inferir se estas nos apontam para possível mastigação unilateral ou respiração oronasal. A razão disto é que sabemos que quando estas funções estão alteradas levam a alteração de deglutição com muita frequência.

A observação atenta da postura inadequada dos lábios, e ou da língua, também aponta para possível alteração da deglutição. Se a língua permanece baixa na cavidade oral, a chance do sujeito posicioná-la de forma correta para deglutir é pequena, o mesmo ocorrendo quando os lábios encontram-se permanentemente separados, seja por hábito ou por um problema respiratório.

As alterações de tônus também são indicativas de que a deglutição poderá não ocorrer de forma correta já que, quando o tônus está rebaixado leva à incoordenação do movimento da língua contra o arco superior. Línguas que parecem ter seu tamanho aumentado, em geral por força muscular diminuída, não apresentam bons pontos de apoio para fazer a ejeção do bolo alimentar, da boca para a orofaringe. A deglutição, nestes casos, costuma ocorrer em mais de uma etapa. Sobras podem existir no final da primeira ejeção do bolo, levando o indivíduo a sentir a necessidade de deglutir sempre mais de uma vez para o total esvaziamento da cavidade oral.

Problemas anatômicos, como a presença de tonsilas palatinas aumentadas, frênulo lingual ou oclusão com alterações, dentre outras, certamente levarão a que a deglutição ocorra de forma adaptada. Sendo assim, o exame anatômico e a observação atenta de sintomas que possam interferir na deglutição são essenciais para o correto diagnóstico da forma de deglutir.

Quando testamos a mobilidade isolada das estruturas que participam da deglutição, e encontramos déficits nestes movimentos podemos inferir que, ao fazer o movimento complexo da deglutição, poderá ocorrer uma incoordenação que irá levar a alteração do ato de deglutir.

Como sabemos que a deglutição é seqüencial à mastigação, o exame dos dentes é essencial e deve ser realizado de forma bastante cuidadosa. Isto porque grande parte das alterações da deglutição ocorre em consequência de uma mastigação mal realizada. Se o alimento não é bem triturado, ao deglutirmos, o bolo não poderá passar na orofaringe, levando à ocorrência de movimentos compensatórios para aumentar o espaço orofaríngeo permitindo, desta forma, a passagem do bolo.

Os testes específicos de deglutição podem ocorrer a partir da mastigação ou simplesmente a partir de um copo com água, conforme descrito no protocolo ao final do capítulo. Tanto na mastigação, como no copo com água, solicitamos que o paciente seja o mais natural possível. Durante estas provas procuramos observar o seguinte: come de boca aberta; faz amassamento com a língua; solicita líquidos para mastigar o alimento oferecido; apresenta contração excessiva do músculo orbicular e ou mental ao deglutir; projeta a língua anteriormente ao ejetar o bolo;

movimenta a cabeça para trás ao deglutir; faz ruídos exagerados; tem interposição do lábio inferior; sobra alimento na boca após deglutir e, por fim, prestar atenção se apresenta tosse, engasgos ou dor após deglutir.

Quando achamos que é necessário olhar dentro da cavidade oral para ver melhor se há ou não interposição da língua, na medida em que outros sinais e sintomas não foram suficientes para sabermos o que está ocorrendo, podemos usar a seguinte prova:

1. Pedir para que o paciente coloque um gole com uma quantidade média de água na boca e a mantenha pronta para ser engolida;
2. O examinador deverá colocar o dedo indicador sob seu queixo e o dedão apoiado sobre o lábio inferior do paciente conforme mostra a fig. 1. Os dedos não devem causar nenhuma pressão sobre a musculatura do paciente;
3. Dar o comando para que a água seja engolida;
4. Imediatamente, **após a água passar para a orofaringe** (o que pode ser nitidamente sentido na curva entre o queixo e o pescoço onde o dedão do examinador está apoiado delicadamente), traciona-se o lábio inferior para baixo para observar o posicionamento da língua conforme mostra a fig. 2. Lembrar que isto **não deverá ocorrer antes** da passagem da água para a orofaringe para evitar que a pressão interna da cavidade oral se modifique provocando uma mudança do posicionamento da língua dentro desta cavidade. Normalmente, quando abrimos a boca de uma pessoa **durante** a fase de ejeção do bolo observamos que há o abaixamento da parte anterior da língua e a elevação da parte média, modificando assim, o posicionamento da língua.
5. Para terminar devemos perguntar ao paciente como ele sentiu o posicionamento de sua língua ao deglutir, e também anotar o que o avaliador observou sobre este posicionamento.

Figura 1  
Dedos do terapeuta posicionados

Figura 2  
Dedos do terapeuta abrindo a boca

Acredito que os fonoaudiólogos precisam e devem filmar e fotografar seus exames para que tenham formas de documentar e comprovar o que foi visto, assim como as melhoras decorrentes do tratamento.

Finalizamos a avaliação com a hipótese diagnóstica e a indicação das condutas necessárias ao caso. Normalmente, em casos de alterações da deglutição, o diagnóstico não é deglutição atípica, mas sim uma alteração miofuncional orofacial devendo ser citadas as alterações encontradas, sejam elas estruturais, musculares ou funcionais. As alterações da deglutição, dificilmente vêm sozinhas, e é por esta razão que dizemos que o diagnóstico é uma alteração miofuncional orofacial descrevendo-se todas as alterações encontradas.

Fechando o processo de avaliação devemos fazer considerações sobre o prognóstico do caso. Todo paciente quer saber se o seu problema terá cura e qual o tempo previsto de fonoterapia. Finalizamos o exame traçando um plano

terapêutico para o caso avaliado e, quando necessário, incluímos orientações de aplicação mais imediata.

## **TRATAMENTO**

A partir da explanação sobre a avaliação, fica claro que o tratamento da deglutição é totalmente dependente do bom funcionamento de outras funções orofaciais principalmente da respiração e da mastigação. Não somente isto, mas o tratamento, para ser efetivo, também será dependente de boas condições anatômicas do indivíduo, principalmente daquelas relacionadas com a oclusão dentária e com a tipologia facial, pois ambas precisam ser favoráveis para que haja a possibilidade de reabilitarmos a deglutição. Isto quer dizer que muitos fatores interferem no tratamento da deglutição, e todos eles deverão ser solucionados antes do trabalho específico com esta função.

Na maior parte das vezes, a deglutição está adaptada às condições anatômicas e funcionais existentes em cada caso. Se o fonoaudiólogo não estiver atento a isto, com absoluta certeza obterá resultados instáveis de solução do problema. O fato de o paciente aprender a colocar a língua na papila e deglutir corretamente durante a sessão de fonoterapia, não irá garantir que ele fará o mesmo quando estiver em outras situações. Isto significa que a aplicação de técnicas pontuais para a correção da alteração da deglutição é quase sempre a última intervenção a ser realizada em nossa terapia. Isto, sem falarmos que, muitas vezes, ao serem solucionados os problemas oclusais, ou mesmo resolvido, por exemplo, o problema respiratório, a deglutição volta a ocorrer de forma correta sem necessidade de terapia propriamente dita.

Precisamos nos lembrar, ainda, que qualquer modificação a ser realizada em qualquer ser humano precisa de sua anuência e também de sua participação para que de fato a mudança possa ocorrer e ser internalizada. Ou seja, mesmo que o paciente tenha boas condições anatômicas e fisiológicas para que a deglutição possa ser modificada ainda temos um outro grande problema que é garantir a participação do paciente na terapia. Isto significa que o próprio paciente deve querer de verdade a modificação da função a ser trabalhada. Sendo assim, resta ao terapeuta ensinar ao paciente como se deglute de forma correta, sem que ocorra interferência de apoios inadequados da língua sobre outras estruturas. Porém, quem terá que praticar inúmeras vezes de forma correta até que a ação se torne automática, substituindo a ação anterior, é o paciente e, para ele fazer isto, precisará acreditar que vale a pena este enorme esforço.

Para que o ser humano se envolva com algum projeto em sua vida, ele precisa de duas coisas: uma, estar motivado e outra, achar que aquilo é verdadeiramente importante para ele. Isto requer um alto grau de consciência e de perseverança. A consciência da importância do que se quer, aliada ao conhecimento de como realizar o projeto no qual está envolvido, mais a motivação interior, o levarão a se esforçar muito para chegar ao objetivo final. A partir daí ele usará meios próprios para compreender o porquê deve fazer e como deve fazer. O desejo do paciente, aliado à consciência da importância da modificação, levará à sua ocorrência de forma natural. Pode parecer estranho, mas isto tem se

mostrado mais eficaz do que inúmeras técnicas que o fonoaudiólogo possa propor.

Obviamente, não quero dizer que as técnicas são inúteis, muito pelo contrário. As ferramentas que temos, no caso as técnicas, quando mal usadas ou mal direcionadas, não geram a modificação esperada e isto pode levar o paciente a não participar mais da terapia, mesmo aqueles que iniciaram muito motivados.

Concluindo, podemos afirmar que temos três portas de entrada para o sucesso da terapia e que todas têm que estar abertas ao mesmo tempo. A **primeira**, garantir através da nossa avaliação, que o sujeito tem condições anatômicas e fisiológicas para se submeter à terapia para correção da deglutição. A **segunda**, observar se há consciência sobre a importância desta modificação e se a motivação está forte a ponto de o sujeito participar ativamente do que será proposto. **Por último**, precisamos de um fonoaudiólogo com conhecimento técnico suficientemente bom para que empregue as técnicas adequadas para cada caso específico.

Se estas três condições forem observadas, os resultados aparecerão muito rapidamente. Conseqüentemente, o paciente terá sua motivação reforçada, participando mais ativamente do processo da terapia, levando a mudanças que rapidamente se evidenciam. Observem, portanto, que um amontoado de técnicas isoladas não leva a lugar nenhum. Além do mais, um paciente extremamente motivado, com grande participação inicial, pode desistir se o terapeuta, por falta de conhecimento técnico, não soube conduzir bem a terapia.

A partir destas considerações iniciais sobre o tratamento vamos expor algumas técnicas as quais julgo serem interessantes para a condução do trabalho com a deglutição. Partiremos do princípio que o paciente já resolveu as questões anatômicas e ou funcionais, ou seja, pelo menos a oclusão e a respiração estão adequadas. O que vamos reabilitar? Claro que é aquilo que está alterado, conforme foi identificado na nossa avaliação. Como aqui temos um paciente imaginário, vamos descrever várias alterações e possíveis soluções para elas. Isto não quer dizer que teremos que fazer tudo que aqui será apresentado com todo e qualquer paciente. Vamos focar o que está mais diretamente ligado com a deglutição, já que o texto tem por objetivo abordar esta função especificamente.

### **Exemplo de terapia de deglutição**

Na primeira sessão, após expormos o diagnóstico provável, iniciamos com a explicação de como uma deglutição normal ocorre e quais são os possíveis danos quando ela não acontece de maneira correta. No entanto, ao invés de utilizarmos uma aula formal para este fim, com explicações maçantes, em geral com a utilização de termos que não fazem parte do vocabulário do paciente, vamos utilizar um método um pouco diferente: perguntar como ele imagina que é o ato de deglutir e, a partir de seus conhecimentos, levá-lo a adquirir outros conceitos ou aperfeiçoar os que já tem. Em geral, peço para os pacientes com domínio da escrita, que façam registros por escrito, a partir de algumas perguntas básicas. Se ele não sabe escrever ou não gosta de fazer isto, eu mesma vou anotando, o que ele vai respondendo, sempre registrando as datas em que a

atividade foi realizada. Isto vai servir de comparação em terapias futuras, e ambos saberemos se algo novo ou diferente foi internalizado pelo paciente.

Reproduzo abaixo onze relatos de pacientes adultos, os quais comentarei a seguir.

### Perguntas realizadas:

1. Como você mastiga?
2. Como você engole?
3. Quem se movimenta na sua boca quando você está engolindo?
4. É a mesma coisa engolir água e comida?
5. Se for diferente, qual é a diferença?
6. O que você sente mexer quando está engolindo? Língua? Lábios? Bochechas? Cabeça? Pescoço? Outras regiões?
7. Você acha que a língua se movimenta na hora de deglutir?
8. Se ela se movimentar, de que forma faz isto?

	Sexo e idade	<b>1. Como você mastiga?</b>
1	M. 56 a	Muito pouco, costume engolir quase que inteiro.
2	H. 23 a	Normalmente mastigo com o lado direito da boca.
3	M. 31 a	Normal.
4	M. 50 a	Mastigo de boca fechada, respirando pelo nariz. Procuo colocar pouca comida na boca e sei que, sem querer, como rápido, mastigando mais de um lado, mas fico me policiando para passar a comida também para o outro lado. Interessante é quando a gente engole um tanto de alimento não mastigado, ele desce rápido para a garganta, sem a gente perceber e às vezes vai esbarrando na garganta.
5	H. 50 a	Degustando.
6	M. 19 a	Para mastigar, a língua empurra a comida para os lados, os dentes trituram, depois volta para o meio da boca e a língua empurra para a garganta.
7	H. 28 a	Uso os dentes da frente para dar a primeira mordida e cortar o pedaço de comida, depois mastigo com os dentes de trás (molares) para amassar bem.

	Sexo e idade	<b>2. Como você engole?</b>
1	M. 56 a	Normal. Às vezes com a ajuda de líquidos.
2	H. 23 a	Sempre engulo a comida aos poucos.
3	M. 31 a	Mastigo bem, depois engulo. Quando estou com pressa só mastigo uma ou duas vezes e já engulo.
4	M. 50 a	Engulo espontaneamente, junto com a mastigação e também separadamente.
5	H. 45 a	Rapidamente.
6	M. 19 a	Para engolir, a língua separa uma porção que não vá entupir a garganta, e empurra para a garganta.
7	H. 28 a	Engulo empurrando a comida com a língua para trás e fazendo força com a garganta para puxá-la.

	Sexo e idade	<b>3. Quem se movimenta na sua boca quando você está engolindo?</b>
1	M. 56 a	A comida e a língua.
2	H. 23 a	Minha língua e toda musculatura do pescoço.
3	M. 31 a	Tudo se movimenta.



4	M. 50 a	A língua vai posicionada no céu da boca (no degrau), fazendo um movimento ondular, assim empurrando o alimento para a garganta.
5	H. 45a	Língua.
6	M. 19 a	Acho que tudo na cabeça, do nariz até o peito, se movimenta.
7	H. 28 a	A língua e as laterais da minha garganta.

	Sexo e idade	<b>4. É igual engolir água e comida?</b>
1	M. 56 a	Sim, parecido.
2	H. 23 a	Eu sinto mais facilidade em engolir água.
3	M. 31 a	Sim.
4	M. 50 a	Não, são coisas diferentes.
5	H. 45 a	Não.
6	M. 19 a	Não.
7	H. 28 a	É diferente.

	Sexo e idade	<b>5. Se for diferente qual é a diferença?</b>
1	M. 56 a	A diferença é que com água desce mais rápido.
2	H. 23 a	Não vejo muita diferença.
3	M. 31 a	A diferença é que um é sólido e outro é líquido.
4	M. 50 a	Engolir líquidos é bem mais fácil, a gente nem percebe e é até perigoso engasgar. Essa facilidade ajuda quando queremos engolir um comprimido de remédio, até cápsulas grandes passam pela boca e deslizam direto para a garganta – mas eu nem posso prestar muita atenção, senão engasgo mesmo, eu me engasgo até com saliva!
5	H. 45 a	Água você toma, a comida você mastiga.
6	M. 19 a	O líquido desliza - não se bebe de cabeça baixa - o sólido tem que empurrar.
7	H. 28 a	Com a água se faz menos força, somente “abre-se” a garganta. Já com a comida é como descrito na resposta nº 2.

	Sexo e idade	<b>6. O que você sente mexer quando está engolindo? Língua? Lábios? Bochechas? Cabeça? Pescoço? Outro?</b>
1	M. 56 a	A comida descendo pela boca.
2	H. 23 a	Língua, cabeça e pescoço.
3	M. 31 a	Todos os músculos da boca
4	M. 50 a	Ao engolir mexo: língua e pescoço (o gogó); também às vezes bochecha e lábios.
5	H. 45 a	Bochechas.
6	M. 19 a	Tudo.
7	H. 28 a	Sinto mexer a língua, empurrando a comida, os lábios se fechando, a garganta (pescoço), puxando.

	Sexo e idade	<b>7. Você acha que a língua se movimenta na hora de deglutir?</b>
1	M. 56 a	Sim e muito.
2	H. 23 a	Sim.
3	M. 31 a	Sim.
4	M. 50 a	Sim.
5	H. 45 a	Sim.
6	M. 19 a	Sim.
7	H. 28 a	Sim.

	Sexo e idade	<b>8. Se ela se movimentar de que forma faz isto?</b>
1	M. 56 a	Movimentos quase que circulares.
2	H. 23 a	Ela entra em atrito constante com o céu da boca.
3	M. 31 a	De cima para baixo.
4	M. 50 a	A língua vai posicionada no céu da boca fazendo um movimento ondular.
5	H. 45 a	Para cima e para baixo.
6	M 19 a	Empurra com a ponta a comida para a garganta e abaixa a parte de trás para poder passar. É muito engraçado parar para pensar nisso, pela primeira vez na vida!
7	H. 28 a	Acho que ela funciona empurrando o que já foi mastigado.

Os quatro pacientes que se seguem responderam na forma de texto descritivo, com comentários que achei interessante reproduzir neste momento.

### **João - 41 anos**

*Eu mastigo como qualquer outra pessoa, quero dizer procurando tirar a comida do garfo com os dentes “frontais” e com ajuda do lábio; depois lanço a comida para dentro da boca, provavelmente com a ajuda da língua e procuro fazer com que o alimento “passeie” pela boca sobre os dentes molares e pré-molares, nunca me esquecendo de mastigar o máximo possível como a minha mãe nos ensinou (não costumo chegar a 50 porque me canso, mas procuro ter certeza de que o alimento está pequeno o suficiente para ser engolido e assim facilitar a digestão no estomago). Claro que tudo isso vai depender do tipo de alimento, da sua textura, por exemplo, um bife, um pão, frutas, iogurte, etc...*

*Para engolir uma coisa é básica: o alimento tem que passar “suave” pela garganta. Mandar troços grandes pra baixo só causa desconforto e uma sensação de “glutão” que é aquela sensação de que a garganta está se abrindo mais do que pode ou deve para passar aquele pedaço “enorme”. Essa sensação também dá pra notar quando a gente engole grandes quantidades de líquido (a cerveja, por exemplo). Tenho a impressão de que a melhor forma de engolir é aquela em que não há a menor variação na abertura da garganta, quero dizer, quando o alimento ou o líquido passam suave, “fino”, da boca até o esôfago, por ter sido bem mastigado ou por ter sido bebido “em gotas”.*

*A língua, a meu ver, é o único músculo, ou coisa, que se movimenta quando você está engolindo. Teria a função de empurrar para trás o que estava na boca. Não consigo imaginar os dentes saindo de lugar para ajudar, nem as bochechas, já que elas se encolhem devido a sucção interna do alimento em direção à boca. A “campainha” que poderia estar se movendo, na verdade não faz nada mais que ir pra lá e pra cá como um “joão-bobo” ao ser empurrada pelos alimentos que estão sendo engolidos. Talvez os músculos de abertura do esôfago, das paredes laterais da boca, o palato, quem sabe eles se movam mas não se movimentem como a língua.*

*Os lábios parece que se mexem, externamente, sem influencia, com a comida no interior da boca. Quero dizer, os lábios externos não tocam na comida uma vez que ela está dentro da cavidade da boca.*

*O pescoço costuma se reclinar um pouco para trás, impulsionando a cabeça junto com esse movimento. Esse movimento costuma ser realçado se a gente está bebendo uma boa caneca de cerveja, que creio é originado pelo peso da própria caneca.*

*O movimento da língua na hora de deglutir se assemelharia a uma onda do mar em formação, empurrando tudo o que “vê” para trás; uma contínua maré que sobe e baixa fazendo com que a limpeza dos alimentos tenha ocorrido de forma completa.*

*Procurei responder suas perguntas de uma forma natural, mas agora quero que você me ajude a entender por que em um churrasco as carnes com vinagrete exigem menos dos músculos da boca do que as carnes sem vinagrete, e porque a cerveja quente contribui para a expansão dos músculos da boca, enquanto que a cerveja gelada, não.*

### **André - 35 anos**

*Mastigamos movimentando o maxilar de cima para baixo para pressionar os dentes de baixo contra os de cima, desta forma esmagando os alimentos. A língua e as bochechas ajudam neste processo colocando os alimentos no local certo da boca para serem mastigados. Eu, em particular, geralmente faço isso tudo muito rápido, ao contrário do que orientam os especialistas.*

*Após a mastigação vem o ato de engolir. Neste momento a língua desempenha um papel fundamental: é ela que se movimenta para frente e para trás a fim de colocar o alimento na garganta. Aí a própria garganta empurra o alimento para baixo e leva-o para o esôfago. O movimento da garganta ao engolir é até mesmo visível externamente, o “gogó” se move para cima e para baixo.*

*Engolir água e comida é diferente. Para engolir a água erguemos um pouco a cabeça e basta que o fundo da língua se abaixe para deixar o líquido descer pela garganta. O líquido não precisa ser empurrado pela língua como o alimento sólido, porém, como no caso do alimento, a garganta se move para levar a água até o esôfago. É por causa dessa diferença que podemos ter dificuldade de engolir algum comprimido um pouco maior, neste caso estamos engolindo sólido e líquido ao mesmo tempo, o que pode confundir-nos um pouco.*

### **Renato - 63 anos**

*Mastigo de boca fechada, dos dois lados da boca, com muita salivação. Com o alimento já mastigado aproveito a salivação para engolir e quando isso acontece, a língua força o céu da boca. Para tomar água uso mais as bochechas. Quando engulo, sinto mexer lábios, língua, bochecha, pescoço. Na deglutição, a língua se movimenta forçando o céu da boca.*

### **Julia - 23 anos**

*Bem, sei que para uma boa digestão, precisamos ajudar nosso organismo a triturar os alimentos. Precisamos mastigar muito bem, não misturar muito os tipos de alimentos e carnes, não beber enquanto comemos e não deitar ou sentar após alimentar-se. O ideal é que se caminhe (quando possível) pausada e moderadamente após as refeições, por alguns minutos para o auxílio do corpo que exige mais de nossas energias, para digerir o que ingerimos. Por isso sentimos sono e moleza após o almoço normalmente. Fora isto, pra mim, o ato de comer é sagrado. Gosto de comer em paz, de preferência silenciosamente ou conversando em tom baixo com pessoas agradáveis. Pois nesta hora, estamos nos alimentando e isto é sagrado (além de tudo o mais). E ficar com barulho ou correria, nos estressa e provoca efeito contrario ao esperado, como indisposição, sentimento de estufado, ou comida indigesta e coisas do tipo. Já uma refeição tranqüila, mesmo quando comemos um pouco a mais, desce melhor e prejudica menos.*

## **Considerações sobre os comentários dos pacientes**

Imagino que muitos dos leitores possam ter ficado curiosos para saber por que pergunto sobre mastigação quando o assunto é deglutição. Na verdade, como a deglutição é uma continuação do ato de mastigar, e este será um dos pontos que vamos trabalhar na terapia desde as primeiras sessões, quero que o paciente, a partir das respostas para as minhas perguntas, possa ir pensando e desvendando esta inter-relação entre a mastigação e a deglutição. Descobrir que estas ações não são isoladas é muito importante pois, muitas vezes, as alterações da deglutição podem ser corrigidas através do trabalho com a mastigação.

Neste capítulo vou me ater mais aos adultos, já que muitos fonoaudiólogos relatam uma maior dificuldade para trabalhar com esta faixa etária. Para muitos profissionais parece ser mais fácil trabalhar com crianças, mas posso garantir que não é. O trabalho com crianças é mais fácil do ponto de vista do fonoaudiólogo, pois o profissional pode não se sentir tão exigido por elas, uma vez que a compreensão do que está acontecendo na terapia parece ser menor. Trabalhar com crianças pode dar a sensação de que, caso ocorra algum erro, ou se houver dúvidas quanto aos procedimentos a serem utilizados, isto passará despercebido, ao contrário dos adultos que estão sempre nos questionando quanto aos procedimentos ou exercícios que estamos utilizando.

Para os adultos temos que ter as respostas certas para todos os questionamentos que nos são feitos. Além do mais, o adulto não tem tanta paciência para ficar fazendo muitos exercícios, como normalmente se propõem às crianças. Os adultos são mais exigentes no sentido de quererem entender melhor o por quê se deve fazer este ou aquele exercício, para que serve, qual o tempo de execução do mesmo e assim por diante. Isto pode acabar alarmando profissionais mais jovens que se assustam um pouco com tantas perguntas. No entanto, eu creio que exatamente por esta razão, ou seja, o adulto faz apenas aquilo que compreende e que acredita, é que se torne mais fácil trabalhar com eles. Ou eles

querem ou não querem, ou eles fazem ou não fazem. Eles têm que estar envolvidos para fazer algo e é este conjunto de fatores que permite que a terapia seja muito mais rápida e eficiente. Afinal, eles não têm tempo a perder. Terapia com criança pode parecer mais fácil, mas na verdade se torna mais longa e difícil quando não há a compreensão do que se faz. Não havendo compreensão, não há envolvimento com o processo de terapia e, conseqüentemente, o andamento da intervenção pode ficar prejudicado.

Já, há muitos anos, venho fazendo perguntas para os pacientes em diferentes momentos da terapia. Observo que as respostas dadas nos apontam condutas diversas para dirigir o trabalho. Por haver comparado muitas repostas de diferentes pacientes e observado qual o caminho tomado por estes indivíduos nas terapias, pude constatar que existem certos comportamentos e características que se repetem. Este fato nos ajuda a ter uma idéia prévia do que poderá ocorrer dali para frente.

O nível cultural, a escolaridade, a inteligência, a capacidade de fazer relações, são fatores que influenciam, em muito, naquilo que os pacientes escrevem ou falam. Os relatos mais detalhados são, no geral, daqueles pacientes que irão ter maior sucesso na terapia em um tempo mais curto. Quanto maior o nível de conhecimento geral de cada indivíduo, mais ele tende a se arriscar a explicar como as funções ocorrem. A tomada de consciência, desde o primeiro encontro, a respeito de como as funções de mastigar e de deglutir podem ocorrer representa a metade do caminho para o bom andamento da terapia. Não estou dizendo que o paciente deva dar respostas exatas, corretas. Estou afirmando que o fato dele tentar descobrir como é que as funções ocorrem, de se interessar por tal descoberta enquanto reponde às perguntas e o fato de procurar fazer relações entre as funções, nos mostra que o caminho da terapia provavelmente será mais fácil.

Também observo que, quanto maior o envolvimento com o qual o paciente está se propondo a participar da fonoterapia, mais acentuada é a motivação com que ele tenta, nas respostas dadas, dar explicações de modo mais detalhado. Por último, observo ainda que, se o paciente tem nível sócio-econômico menor apresenta diferenças do ponto-de-vista cultural, costuma se sentir inibido para responder as perguntas que formulamos, como se não se sente autorizado a emitir opiniões sobre este tipo de assunto. Ao observar que ele não está respondendo por que não se sente à vontade para tanto, procuro fazer perguntas mais simples e curtas. Mais precisamente, procuro fazer com que a situação torne-se mais informal, mais distensa, quebrando o rigor que os questionamento mais formais normalmente têm.

Ao analisarmos as tabelas nas quais foram listadas as oito perguntas, com as respostas de sete pacientes, podemos verificar que alguns deles são bem sucintos, enquanto que outros procuram explicar de forma mais detalhada o que foi perguntado. Observamos, ainda, que determinados conhecimentos são de domínio geral, como por exemplo, que a língua se movimenta ao deglutir, embora nem todos percebam exatamente qual é o movimento que ela faz. Outro dado interessante é que nem sempre os pacientes percebem que algumas das perguntas formuladas levam a respostas que têm ligação entre si. Por exemplo, as três primeiras perguntas – “como mastiga”, “como engole” e “quem se movimenta

durante estas ações” - são perguntas que procuram levar o paciente a dar-se conta da relação entre mastigar e engolir, e como isto ocorre.

Mesmo assim, às vezes o paciente responde cada questão como se uma ação não tivesse uma relação de continuidade com a seguinte, sendo que cada resposta começa e termina nela mesmo. Já, outros pacientes procuram interligar as respostas de cada pergunta como se fosse um texto ininterrupto, compreendendo que estas ações têm continuidade, embora anteriormente nunca tivessem pensado nisto, como testemunha o paciente de número seis. A forma de responder, portanto, já nos mostra qual paciente terá mais facilidades no decorrer da terapia. Com exceção dos pacientes de número quatro e seis, os outros cinco apresentam respostas mais pobres, e às vezes desconectadas entre si. O paciente de número três é o que apresenta o menor conhecimento, manifestado como respostas muito simplificadas que podem indicar até uma dificuldade de futura compreensão do que irá ser explicado em terapia. Pelas respostas dadas, provavelmente, teremos um tempo mais curto de terapia e maior sucesso com os pacientes de número quatro e seis, e menor sucesso, ou mais tempo de terapia para obter o sucesso, com o paciente de número três.

No bloco seguinte, onde os quatro pacientes escrevem um texto direto, em vez de responderem as perguntas uma a uma, observamos que João é o sujeito que mais se envolveu com a questão do descrever as ações de mastigar e engolir: ele não somente explicou com detalhes, como também fez considerações e até arriscou perguntas relacionadas ao assunto. O paciente André também se envolveu com o assunto, explicando muito bem e também fazendo considerações sobre a maneira de engolir comprimidos, extrapolando o que foi perguntado, mas mantendo-se dentro do assunto. Já o sujeito Renato, embora tenha sido bastante sucinto, foi objetivo em suas respostas não fugindo do assunto. Contrariamente, a paciente Julia sai do assunto inicial e traz suas questões pessoais sobre a alimentação. Com relação a estes quatro últimos pacientes, provavelmente teríamos muita facilidade para realizar um trabalho terapêutico com o paciente João, assim como poderíamos esperar o mesmo do sujeito André. Por outro lado, Julia nos dá a impressão, frente ao seu relato, que dará mais trabalho. Provavelmente ela fique mais presa aos seus conceitos podendo ter dificuldade para ouvir e se interessar por outros aspectos do tema. Por sua vez, o sujeito Renato seria, com base nos dados até então obtidos, uma incógnita.

Após a explanação dos relatos escritos a respeito de como ocorrem as funções enfocadas, devemos conversar com o paciente sobre tônus, força muscular e possibilidades de movimentos isolados das estruturas da boca e face, para que ele próprio possa descobrir se haverá ou não necessidade da realização de exercícios isolados. Para tanto, analisamos o filme e as fotos realizadas na avaliação. Procuo mostrar, para o paciente, não somente fotos e filmes dele próprio, mas também de outras pessoas para que comparações possam ser realizadas. Não trabalhamos com as noções de certo e errado, mas sim com o conceito de diferenças. Descobrir variações na forma de deglutir comparando a própria ação com as de outros, por meio de fotos e filmagens, é muito importante para que o paciente descubra suas possibilidades de modificação.

A fim de desenvolver a sensibilidade do paciente para sentir as possíveis diferenças que apresenta com relação a tônus, assimetrias, posicionamento dos órgãos fono-articulatórios, ou para ele analisar como realiza as funções de respirar, mastigar, deglutir ou falar, antes de mostrar as fotos ou vídeos, começo com perguntas relacionadas ao que pretendo que ele fique mais atento e observe melhor. Exemplos de perguntas: Você acha que mastiga e deglute bem? Você acha que sua face apresenta assimetrias? Você acha que fica de boca aberta ou fechada enquanto está me ouvindo falar? Você acha que come de uma maneira elegante? Você acha que mastiga de boca fechada? Você acha que mastiga mais de um lado do que do outro? Você acha que quando engole sua língua aparece? Você acha que ao engolir sua boca está aberta ou fechada? Você acha que ao engolir faz alguma careta ou algo externamente se move? Você acha que ao falar faz algum movimento estranho? Você acha que a mandíbula vai para algum lado quando você fala? Você acha que quando fala junta saliva nos cantos da boca?

Estes são apenas alguns exemplos de perguntas realizadas e, é óbvio, nem todas são feitas para o mesmo paciente. As perguntas têm que ser pensadas para cada caso, e para cada ocasião. Mais especificamente, se no primeiro momento é de meu interesse que ele perceba como está mastigando, então inicio com uma pergunta mais geral do tipo: “Você acha que mastiga bem?”. Depois procuro esmiuçar a ação de mastigação com perguntas mais específicas como, por exemplo, “Você acha que mastiga de um lado só? Você acha que mastiga de boca fechada? Você acha que ao mastigar entreabre a boca? Você acha que a maneira como mastiga é diferente das outras pessoas? Você acha que a mastigação é diferente dependendo do que você tem na boca?” e assim por diante.

A partir da pergunta e da resposta dada partimos para a análise de fotos e vídeos. Para questões que requeiram observação estática, como é o caso de postura da boca ou da língua ou de assimetrias, usamos as fotos. São mostradas não só as fotos do paciente, mas também de outras pessoas para que comparações possam ser feitas. Posso usar fotos ou figuras de livros, revistas, parentes do próprio paciente ou outras. Quando a análise recai sobre as ações de mastigar, engolir ou falar, o recurso é o da filmagem, por meio de vídeos. Caso o paciente tenha dificuldades para observar as ações, algumas dicas podem ajudar: “Olhe para a sua boca agora que você está mastigando. Que movimento faz exatamente? Não deu para ver? Eu vou voltar o filme e você vai olhar só para o lado direito. Veja agora, é igual o movimento neste momento, comparado com este outro? Você acha que a sua boca está fazendo muita força para manter a comida dentro enquanto mastiga? Tem alguma coisa que parece diferente ou estranha? Vamos mudar de filme e ver se, este outro que está comendo a mesma coisa que você faz igual ou diferente. O que você acha agora? Existe alguma diferença em relação à sua mastigação?”

Muitas vezes filmo a mim mesmo mastigando de diferentes formas para que ele possa ter padrões diversos para análise. Fazemos vários filmes, inclusive com as outras fonoaudiólogas da própria clínica, para que o número de exemplos e de pessoas possa ser maior nas comparações que o paciente vai fazer. Às vezes, solicitamos aos pais, que filmem a si próprios durante uma refeição, assim como aos irmãos ou primos do paciente. Quanto maior o número de filmes que o

paciente possa ver para comparar com o seu filme, melhor, pois terá um maior número de exemplos e comparações para serem realizadas.

Em geral, nas formas mais tradicionais de trabalhar com a deglutição, ou qualquer outra função, o fonoaudiólogo inicia a terapia explicando para o paciente como a deglutição normal funciona e quais são as alterações que foram encontradas nele. O paciente ouve atentamente e a explicação faz sentido para ele porém, na sessão seguinte, observamos que o paciente não sabe reproduzir aquilo que explicamos detalhadamente. Em geral, ele se desculpa dizendo que não se lembra muito bem como era que a deglutição acontecia, mas que tinha entendido tudo. Bem, vejamos o que pode estar ocorrendo: quando não estamos familiarizados com algum assunto, e ouvimos uma palestra sobre qualquer tema novo, em geral temos a capacidade de compreender o que está sendo dito. No entanto, quando vamos contar para alguém o que ouvimos, nos damos conta de quanto é difícil reproduzir, com fidelidade, o que tínhamos a certeza de que estava claro durante a palestra. Por que isto ocorre? O assunto é novo, em geral não conhecemos direito os termos que estão sendo empregados, e por ser a primeira vez, sempre é mais difícil fixar, embora possamos compreender. Isto é o que acontece com nosso paciente. Ouve a explicação dada na primeira sessão, compreende bem, mas não fixa estas informações novas.

O problema é que quando, na segunda sessão, o fonoaudiólogo faz questões sobre o que havia explicado e o paciente não sabe responder, geralmente ele acredita que o paciente não lembra porque não se interessou ou não prestou atenção direito. Não passa por sua cabeça o número de vezes que ouvimos uma informação nova, gostamos dela, a informação nos interessa mas, mesmo assim, temos dificuldade para guardá-la em todos os seus detalhes. Tanto é assim que procuramos escrever em algum lugar a informação nova.

Por este “esquecimento” ocorrer com muita frequência nas terapias é que invertamos o modo de explicar cada função que deverá ser trabalhada. Vamos conduzir as explicações de forma que o próprio paciente possa tentar descobrir como cada uma das funções acontece.

### **Reprodução de parte da terapia de deglutição ocorrida na quarta sessão em novembro de 2001 com o paciente Antonio de 16 anos.**

*Terapeuta - Antonio, você pode me dizer se quando engole você mexe alguma coisa dentro ou fora da boca?*

*Paciente - Ah, eu acho que não, pelo menos fora não mexe.*

*T - E dentro da boca? O que acontece?*

*P - Dentro... Bem... Eu acho que a língua deve fazer alguma coisa, não faz?*

*T - Não sei, eu é que estou te perguntando. Se soubesse o que acontece com você, eu já teria te respondido.*

*P - Bem... eu acho que a língua vai assim oh ... assim para trás, não é?*

*T - Você acha que ela sai da boca, bem na hora que você engole? E tenho mais uma pergunta, será que a sua boca, os lábios, por exemplo, eles se mexem neste momento? E a cabeça? Mexe-se?*



*P – Ah! Cada pergunta que você faz, heim! É claro que a minha língua não sai para fora, né! Se não a comida ia sair também oras. O resto, não sei. Nunca pensei nisto e, além do mais, não to vendo nada porque não enxergo minha boca ou minha cara quando eu como, só se for na frente do espelho!*

*T – Quer tentar ir à frente do espelho para comer e ver o que acontece?*

*P – Ia ser gozado não é? Se você quiser, podemos ir.*

*T – Se eu quiser não. Eu já sei bem como eu como, e como você come. Eu vi na filmagem. Quero saber se você quer saber isto ou não.*

*P – É mesmo, nós já filmamos. Então vamos ver o filme. Não precisa ir ver no espelho.*

*T – Ok! Vamos ao filme então.*

*T – O que você está vendo no filme? Presta atenção na sua boca e não nas gracinhas que você estava fazendo durante a filmagem, certo?*

*P – Iiii, tá feio aí, né!*

*T – O que é que tá feio? Não estou vendo nada feio.*

*P – Não sei, tá esquisito isto.*

*T – Tenta me explicar o que é esquisito.*

*P – Parece que a língua vem mesmo para fora, não sei se é quando eu mastigo ou quando eu engulo, nem sei mesmo se ela vem para fora ou se é o lábio que está se mexendo meio esquisito.*

*T – Já sei. Vamos passar esta parte em câmera lenta para você definir melhor o que está vendo.*

*P – Meu Deus! Eu to mesmo pondo a língua para fora um pouco. E parece que a boca fica assim meio dura não é? Todo mundo faz isto?*

*T – Depende, nem todo mundo. Algumas pessoas que tem alguma alteração de dente, por exemplo, podem fazer assim. Outras, que têm pouca força no músculo também podem. E ainda tem aquelas que, por colocar muita comida na boca, também fazem.*

*P – Eu não coloquei muita comida na boca. Já sei que isto é falta de educação, não é?*

*T – Não, você não colocou muita comida na boca. Por que será então que você está fazendo isto? Olha direito para seus dentes, e veja também se você acha que seus músculos são iguais aos meus. Veja no espelho seus dentes e compare com os meus. Depois pegue nos meus lábios e bochechas, pegue nos seus e compare se estão iguais. Olhe para minha língua e para a sua. Estes músculos quando estão mais moles não ajudam muito a gente a comer ou a falar direito. Vamos ver se é isto ou não.*

*P – Poxa! Os dentes são meio parecidos, não é? Mas meus músculos, principalmente o queixo, parece que é mais duro, eu tô certo?*

*T – De fato, nós temos algumas diferenças de músculos mesmo. Você lembra que uma das queixas que seu dentista tinha de você era da sua boca? Que muitas vezes ficava meio aberta? Então, quando a boca da gente fica meio aberta, a língua fica mais no chão da boca, até porque ela está pregada aqui em baixo. Pode ver em mim. Isso mesmo, neste lugar. Então, se a gente abre a boca, a língua vai para baixo, e este não é o melhor lugar para ela. Quando fica em baixo, ela fica meio mole. O músculo de dentro dela fica mole. Os lábios quando ficam abertos, também não ficam em forma porque estão fora da posição natural deles,*

*que é ficarem fechados. E daí, o músculo do queixo que se chama mental, faz força para ver se fecha os lábios, e é por esta razão que você o está sentindo meio duro mesmo. Você foi muito bem. Descobriu no filme o que a sua língua estava fazendo. Senti como os seus músculos estavam diferentes dos meus, e viu também que seus dentes estão até melhores do que os meus. Estou gostando muito das suas descobertas. Já, já você vai querer ficar com o meu lugar de fono.*

*P – Bom e isto tem jeito?*

*T – Do que você está falando?*

*P – Deste negócio dos músculos ficarem meio moles, meio duros. Sei lá!*

*T – Claro que tem. A gente vai ter que fazer um pouco de musculação neles. Sabe como é? Igual na academia de ginástica. Os músculos vão ser trabalhados para entrarem em forma. Quer ver como é?*

*P – Chi... Mas eu detesto fazer ginástica.*

*T – Tenho uma boa notícia para você. Primeiro, não é ginástica. E depois, estes músculos são pequenos e seus dentes já estão bons. Afinal, você já terminou o tratamento ortodôntico, não é? Então, os exercícios que você vai fazer são muito fáceis. Podem ser feitos em qualquer lugar, por pouco tempo. Em dois ou três meses, se você fizer como eu vou te explicar, os músculos mudam rapidinho. E tem mais, não é uma montanha de exercícios. Vamos fazer apenas um para o lábio, um para o queixo e um para a língua que é o que está meio diferente, não é? Você vai ver que moleza que é. E tem mais ainda. Eu posso filmar bem de perto como o músculo está hoje. Podemos tirar fotos deles também. Daí você pode ir comparando se eles estão mudando ou não. Vou te mostrar fotos de alguns livros para você ver.*

Este é um exemplo de uma sessão na qual conduzo o próprio paciente a descobrir de que maneira ele está funcionando e de que forma o “convênço” a fazer os exercícios necessários. O fato dele mesmo ter percebido que os músculos estavam alterados, de ter constatado seu modo de deglutir, de ter perguntado como resolver o problema encontrado, e o fato de eu ter muito material ilustrativo de mudanças possíveis são fatores que ajudam o paciente aderir ao tratamento e desejar fazer os exercícios propostos e adequados para o caso. Isto acontece porque certas mudanças podem ser constatadas de forma rápida, levando o paciente a sentir a necessidade dos exercícios e compreender a utilidade dos mesmos. Não vou precisar prescrever uma lista enorme de exercícios. O enfoque é trabalhar com aquilo que está alterado de fato, o que também garante a cooperação do paciente na execução dos exercícios recomendados. O tempo de terapia tende a se reduzir, e o próprio paciente vai acompanhando e registrando suas mudanças. Ele próprio é quem controla seus progressos e modificações. Cabe a mim perguntar, registrar e orientar. Para garantir um bom registro, todas as anotações devem ser datadas permitindo a visão de uma seqüência evolutiva, com comparações realizadas em todas as sessões.

No caso da não ocorrência das melhoras esperadas, não acuso o paciente dizendo que ele não está evoluindo porque não está realizando os exercícios. Sinto que é muito mais efetiva uma conversa a respeito do por quê ele acha que os seus músculos não estão respondendo ao tratamento.

Cada etapa da terapia é discutida para ver se há ou não necessidade de se modificar o planejamento, por que isso seria feito, e qual a nova proposta. Cada momento é totalmente partilhado com o paciente e com sua família. As mudanças positivas são vivenciadas e exibidas muitas vezes a fim de que o prazer da modificação alcançada possa ser sentido em cada detalhe.

Vou exemplificar agora, o que propomos quando queremos mostrar a posição correta de deglutir.

Quando o tônus e a mobilidade da língua já estão adequados; a oclusão já foi corrigida; o paciente já está respirando pelo nariz, permanecendo com a boca fechada, e mesmo assim a deglutição ainda não está estabilizada, este é o momento de se trabalhar com a deglutição.

### **Exemplo de sessão onde se ensina a posição da língua para deglutir.**

*T – Muito bem Antonio. Hoje gostaria de te mostrar como é que a língua costuma ficar dentro da boca quando engolimos.*

*A – Já sei, do lado de dentro não é? Acho que já estou conseguindo fazer com que ela não venha mais para fora.*

*T – Ok. Com certeza você está indo muito bem na terapia e é por esta razão que vamos finalizar este processo discutindo um pouco a posição que a língua costuma ter quando engolimos. Vamos pegar dois copos com água, um para mim e outro para você, e vamos engolir a água de diferentes maneiras. Vai ser divertido e você tem que ficar esperto para não ter perigo de engasgar. Primeiro eu gostaria de pedir para você engolir com a língua meio um pouco para fora e depois, alternadamente, com a língua para dentro e depois para fora. Entendeu? Para fora e para dentro, alternando.*

*T - Bem, a tentativa foi boa, mas a língua, não veio muito para fora. Eu vou engolir assim, língua dentro e língua fora, e você vai tentar me imitar.*

*T - Isto, agora melhorou. Vamos agora tentar fazer a mesma coisa com a língua bem para fora. A língua só deve vir para fora no exato momento que você está engolindo.*

*T- Difícil não é? Agora você vai tentar engolir com a boca aberta e me dizer o que a língua faz quando você engole.*

*T - Tudo bem a água caiu, já vi. Vai de novo que uma hora vai dar certo. Isto, tá um pouco melhor. Presta atenção na língua veja o que ela faz. Tenta sentir se a ponta dela quando você está com a boca aberta fica em cima ou em baixo. Sente se a ponta tá fazendo força ou não. Como é melhor engolir com a boca aberta ou fechada?*

*T - Quem faz força? A ponta ou a parte de trás da língua? Onde é o apoio da língua? Quantos apoios a língua faz? Um, dois ou três? Em que lugar a língua se apóia para empurrar a água para trás?*

*P – Acho que faz três empurradas, uma na frente, uma no meio e depois bem lá atrás.*

*T - Muito bom, me diga agora o que você sentiu em todas estas tentativas de engolir destas maneiras esquisitas. Que fique claro para você que isto tudo não é*

*o normal, apenas estamos fazendo algumas experiências para você sentir melhor o que é a deglutição de um jeito melhor e de outros piores.*

*P – Bom, em primeiro lugar o que foi engraçado é que quando eu cheguei aqui, nós vimos no filme que eu engolia com a língua para fora da boca, e agora acho que já aprendi, porque ficou muito difícil engolir com a língua para fora.*

*T – Na verdade, às vezes você ainda engole com a língua um pouquinho para fora, o problema é que, uma coisa é a gente fazer a ação sem pensar, e outra é a gente fazer a mesma ação pensando nela. Fica tudo muito difícil e diferente mesmo. Quando eu estou engolindo sem pensar, tudo acontece de forma automática e quando a gente está tentando imitar diferentes maneiras de engolir, inclusive imitando o que a gente mesmo faz, fica muito mais difícil mesmo. Você engole o dia inteiro e nem percebe, e agora estamos tentando ver, ou melhor sentir, como isto acontece dentro da boca. Não é fácil mesmo, e é por esta razão que é difícil mudar a maneira de engolir mesmo quando tudo está bem. Você já corrigiu os dentes, já respira pelo nariz, a boca fica fechada quase sempre, e mesmo assim a língua às vezes ainda escapa. Para você sentir melhor estas coisas é que estamos fazendo estas atividades, por exemplo, de engolir com a língua totalmente para fora, para você perceber bem, o que é para dentro, e para fora. Por isto exageramos e alternamos, com ela dentro e fora da boca.*

*P – Pois é, nem sei como consegui engolir com a língua para fora, principalmente quando você mandou colocar mais água na boa. Ficou muito difícil, por isto é que babei. Este negócio de engolir com a boca aberta não dá não! A gente engasga muito ou baba muito. A língua nem consegue ir lá para o céu da boca.*

*T – Pois é, você experimentou formas diferentes de engolir e pode sentir melhor o que é fazer isto com a boca aberta, com a língua para fora, para dentro, com apoio certo, errado e assim por diante. Em compensação agora você já sabe, e conseguiu sentir, o que é engolir com a língua para fora e para dentro, não é?*

*P – É verdade dá para sacar direitinho o que é dentro e fora. A história de onde a língua se apóia para empurrar a água é que não tá muito clara para mim.*

*T - Vamos fazer uma representação destes apoios com as nossas mãos. Você faz o céu da boca e eu, com a minha mão, vou ser a língua se mexendo dentro da boca. Fica com a mão parada em concha e eu vou fazer os movimentos apoiando na sua mão. Sinta como a língua primeiro sobe, depois se acopla no céu da boca, e depois começa a fazer um movimento como uma onda do mar. Sinta como ela se apóia primeiro na parte anterior e depois faz o último apoio na parte posterior que é quando ela lança a comida para dentro da garganta. Você me disse que sentiu três apoios, mas são só dois mesmo, um na frente e outro atrás. Para você perceber melhor estes apoios, vamos fazer a mesma coisa que estávamos fazendo, e você vai colocar a sua outra mão embaixo do seu queixo. Você vai sentir direitinho quando a língua se apóia aqui, bem na frente, e depois aqui, bem na curva do queixo com a garganta.*

*P – Parece que agora tá mais claro. Nos apoios, primeiro eu pensei que eram três mesmo, mas agora que você foi fazendo eu sentir com a sua mão na minha e eu fui engolindo, e também com a outra mão embaixo do meu queixo, eu senti que são dois, não é? Um tá na frente e outro mais na garganta lá atrás.*

Este é apenas um exemplo, de como levamos o paciente a descobrir o que acontece, fazendo, e sentindo, cada uma das ações que queremos “ensinar”. Peço para fazer o “certo” e o “errado” conscientemente e isto vai ajudando a que os pacientes percebam as maneiras como eles fazem cada uma das ações. Quase tudo que aprendemos, sempre é por comparação. Tenho que ver, ou sentir ou saber da existência, de duas coisas para poder escolher o que quero, ou o que vou fazer. Podemos compreender que noite é noite, porque já vimos o dia, sabemos que branco é branco porque vimos o preto, sabemos o que é engolir com a língua para fora ou para dentro, porque tivemos a chance de experimentar uma e outra maneira de fazer esta ação.

Na figura 3 mostro como fazer com as mãos, para demonstrar a forma e a posição que a língua toma dentro da boca para deglutir. Na figura seguinte, de número 4, mostro onde são externamente, os pontos de apoio da língua, e como a mão deve ficar para que possamos sentir os movimentos que a língua faz ao deglutir. Na figura 5 coloco uma radiografia para observarmos a língua acoplada no arco superior um pouco antes da deglutição e na figura 6 uma outra radiografia, onde a língua está repousando e, portanto, não tem o mesmo posicionamento tão alto como quando vai deglutir. Na figura 7 mostro o gráfico dos músculos supra-hióideos contraindo-se durante a fase oral da deglutição, obtido durante um exame de eletromiografia, que mostram os pontos de apoio da língua.

Figura 3

Mãos demonstrando o posicionamento e movimento da língua dentro da boca ao deglutir

Figura 4

Local dos pontos de apoio da língua ao deglutir

Figuras 5 Língua acoplada no arco superior durante a deglutição

Figura 6 Língua mais baixa durante o repouso

Figura 7 Eletromiografia de superfície

Músculos supra-hióideos contraindo-se durante a fase oral da deglutição

O uso de radiografias, exames videofluoroscópicos da fase oral da deglutição, fotos, filmagens, gráficos gerados pelo exame de eletromiografia são extremamente úteis para mostrar ao paciente o posicionamento da língua, tanto no repouso, como durante a deglutição. Estes recursos podem ajudar a concretizar o ato de deglutir, já que o mesmo não é visível. A deglutição propriamente dita, só fica visível quando ocorre protrusão da língua para anterior, do contrário não sabemos o que acontece. Temos sinais externos que nos indicam que a deglutição não aconteceu de forma correta, como as contrações exageradas da musculatura periorbicular, os movimentos de cabeça ou os engasgos e tosse após a deglutição.

Os exercícios que solicito ao paciente, que está aprendendo a deglutir corretamente, são fundamentalmente para aumentar a força da língua. Em alguns casos também solicito alguns exercícios de mobilidade, com a finalidade de aumentar a propriocepção, do que é a língua e de como ela se move.

Os exercícios de força que mais uso são os de contra-resistência onde solicito para o paciente fazer com a língua o movimento contrário á resistência que está se aplicando sobre a lâmina de sua língua como mostra a figura 8. Em relação aos exercícios de mobilidade, peço que vá para fora, para dentro, para as laterais e que me descreva durante estes movimentos o que se pode perceber de cada parte da língua durante estes movimentos, ou seja, da ponta, das laterais, da parte posterior e assim por diante. Em geral não temos que melhorar a mobilidade, já que esta quase sempre está boa. O objetivo é aumentar a percepção dos movimentos possíveis que a língua tem a capacidade de fazer. Nenhum exercício precisa ser difícil ou complicado, e nem ser aplicado em grandes quantidades. Também não devemos aplicar exercícios sem uma finalidade bem definida.

### **Descreverei agora, algumas atividades usando alimentos, que ajudam o paciente a aumentar sua consciência e propriocepção do ato de engolir.**

Solicitamos e treinamos o paciente, a realizar a deglutição com vários alimentos, com o intuito de que ele perceba que a língua terá que realizar distintas manobras para deglutir líquidos ou comidas de diferentes consistências e texturas. Ao treinar com diversos alimentos e líquidos variados, como água, refrigerante ou suco, o paciente irá perceber nitidamente que os movimentos, e a força da língua ao deglutir, são próprios e característicos para cada porção.

Além de usarmos variação de alimentos, podemos propor que faça deglutições mudando a velocidade, ou ainda, que engula utilizando uma força maior ou menor da língua contra o palato. Estes experimentos vão permitindo cada vez mais, que a sensibilidade vá se apurando, levando a que o indivíduo perceba os movimentos da língua com maior clareza. Sempre que acabamos de fazer uma atividade temos que solicitar ao paciente que descreva o que sentiu. Uma coisa é o terapeuta falar como é que acontece, e outra, é o próprio paciente poder vivenciar estas variações tão diversas.

Outro exemplo de atividade é pedir para o paciente, comer um pastoso do tipo iogurte, e depois comer um alimento sólido, como por exemplo, um pedaço de pão. A pergunta que se segue é, se ele acha que engolir iogurte é igual engolir o pão. Claro que ele vai responder que não. Então eu pergunto, se o pão antes de ser engolido não havia ficado pastoso também, já que ninguém pode engolir coisas inteiras. Quero saber, porque ao engolirmos alimentos que já são pastosos, como o iogurte, seria diferente de engolir o pastoso que se tornou desta consistência após a mastigação. O paciente vai parar para pensar em uma resposta para esta questão. Vou solicitar então, que repita a experiência, comendo iogurte alternadamente com o pão. Digo a ele, faça devagar, feche os olhos e sinta os movimentos da língua. Pergunto: O que muda exatamente? É a força da língua? Ou será que é o movimento que ela faz? Será que é a velocidade? O que você me diz?

Ou seja, a experiência concreta e diversificada, pode não só dar maiores oportunidades de vivenciar as diferenças, como também vai permitir que o paciente se torne um “pesquisador e descobridor” de muitas atividades que ocorrem em sua boca. Se soubermos valorizar seus achados, o paciente quererá cada vez mais descobrir como é que o seu corpo funciona. Isto dará status a ele e o fará se sentir superior por compreender algo que normalmente seus amigos e parentes não sabem.

Só vivenciar as diferentes experiências não vai garantir que o hábito de engolir adequadamente se solidifique. Automatizar a forma correta de engolir é uma somatória de fatores: anatomia adequada; boas condições musculares; correto aprendizado da ação motora em si; compreensão de que este novo padrão será importante para sua saúde, e acima de tudo, interesse e vontade do paciente para que este novo padrão seja internalizado formando um novo engrama no seu córtex.

Para fixar um novo padrão motor, precisamos repetir este ato motor, por muitas vezes. Quando é que temos interesse em repetir algo até fixar? Quando achamos que aquilo é de fato importante, portanto a motivação tem que estar sempre alta para que o novo padrão aprendido possa ser repetido muitas vezes até ser automatizado.

### **Para finalizar precisamos saber que:**

Tratamento de deglutição não é a terapia de deglutição. Terapia de deglutição, não é sinônimo de um pacote de exercícios. O tratamento é um conjunto de meios empregados na solução de um problema. O tratamento inclui a avaliação e a intervenção.

A avaliação é composta de histórico, exame, diagnóstico e prognóstico. O objetivo da avaliação é identificar a(s) causa(s) do problema e os sintomas presentes.

A intervenção pode incluir: orientações, acompanhamento do caso, terapia, reavaliações, conversas com outros profissionais, definir se é possível tratar ou não, decidir qual é o melhor momento para a terapia, e toda e qualquer outra ação que tenha como finalidade obter mudanças que visem o bem-estar do indivíduo.

### **Resumo do que é fundamental para tratar das alterações da deglutição**

- |  |
|--|
| 1. Saber o que o profissional que encaminhou deseja como resultado final de tratamento, para verificarmos se o que se quer, é possível de ser atingido.            |
| 2. Realizar uma avaliação bem feita para que o diagnóstico seja correto e, possibilite um planejamento de terapia adequado e dirigido para aquele caso em questão. |

3. Ao término da avaliação, verificar se existem possibilidades anatômicas e funcionais para que as mudanças almejadas possam ocorrer.
4. Verificar qual é a disponibilidade da família com relação a participar ativamente do processo de terapia.
5. Envolver o paciente e sua família no processo de tratamento lembrando que a conscientização do problema é fundamental, e o desejo de transformação é a mola que estimula a modificação.
6. Verificar se o paciente está interessado nas mudanças que o terapeuta tem a intenção de propor.
7. Em alguns casos expor, já na devolutiva da avaliação, que poderão ocorrer modificações, porém com limitações.
8. Manter contato sistemático com os outros profissionais envolvidos no caso.
9. Garantir a adesão do paciente e de sua família ao tratamento.
10. Reconhecer suas próprias limitações como terapeuta, encaminhando o paciente quando observar que o caso não está progredindo.

### **Resumo do que é importante na terapia em casos de alteração de deglutição**

1. Observar se existe alterações de oclusão que não permitam: a correta mastigação, o fechamento labial, ou o bom acoplamento da língua no palato. Se estas alterações existirem, devem ser resolvidos antes do início da reabilitação da deglutição.
2. Observar se os problemas respiratórios, já foram resolvidos, pois estes não permitem o fechamento labial, e levam a língua a ocupar uma posição baixa na cavidade oral dificultando a deglutição correta.
3. Garantir, logo nas primeiras sessões que o paciente saiba como é uma deglutição considerada normal e quais são as alterações que apresenta.
4. Verificar se ele quer mudar a forma de deglutir, e se ele entende que a forma atual de deglutir é prejudicial a ele.
5. Garantir que a força muscular da língua, lábios e bochechas permitirá que a deglutição possa acontecer de forma normal.
6. Garantir que a mobilidade da língua, assim como seu tamanho, permitirá que o paciente degluta com elevação adequada da língua.
7. Além de trabalhar com a conscientização do problema, desenvolver a propriocepção adequada para que o paciente possa sentir se está fazendo a deglutição corretamente.
8. Manter a motivação sempre alta mostrando com frequência as mudanças já alcançadas.
9. Lembrar que a terapia é um processo, e que as pequenas modificações que vão acontecendo passo a passo, devem ser mostradas, elogiadas e valorizadas.
10. Os limites da terapia, não significam insucesso, apenas mostram que cada paciente, é de fato único, sempre podendo evoluir dentro de



suas condições físicas e pessoais.
------------------------------------

11. Não manter o paciente em terapia quando este não é o desejo dele.
---

Por último recomendo que quem vá trabalhar com a reabilitação da deglutição, deverá ler o máximo de livros, capítulos de livros ou artigos que versem sobre este assunto. Já neste livro, o leitor poderá conhecer a opinião de autores de diferentes países que discorrerem sobre como avaliar e tratar a deglutição, segundo seus próprios prismas. Sabendo que isto não é o suficiente, indico abaixo alguns *sites* onde o leitor poderá acessar um maior número de informações sobre este assunto.

Como bibliografia, recomendo ao leitor conhecer um pouco do que já foi escrito por alguns dos autores brasileiros.

Para ter acesso a uma boa parte do que os fonoaudiólogos brasileiros escreveram acesse [www.sbfa.org.br](http://www.sbfa.org.br), siga para Comitê de Motricidade Oral, clique em documentos do Comitê indo para o de número 3, onde você encontrará as referências da produção científica na área de Motricidade Oral brasileira.

Na pagina do CEFAC [www.cefac.br](http://www.cefac.br) você poderá encontrar, na íntegra, muitos textos sobre este, e outros assuntos correlatos.

Nesta mesma página você tem acesso a vários *links* que poderão ser de seu interesse, distribuídos por assunto.

Por último se você acessar o [www.revistacefac.com.br](http://www.revistacefac.com.br) terá acesso gratuito a **Revista Cefac** que está integralmente *on line* para quem quiser consultar.

## Bibliografia Recomendada

1. Abdulmassih LAC, Sennyey AL. Caracterização da deglutição em pacientes com traumatismo crânio-encefálico. Rev Cefac 2002;4(1):53-7.
2. Altmann EBC. Deglutição atípica. In: Kudo AM, Marcondes E. et al. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 125-33.
3. Bianchini EMG. Disfunções da articulação temporomandibular: relações com a deglutição e fala. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial 1999; 4(5):55-60.
4. Bianchini EMG. Avaliação fonoaudiológica da motricidade oral: anamnese, exame clínico, o quê e por que avaliar. In: Bianchini EMG, organizadora. Articulação temporomandibular: implicações, limitações e possibilidades fonoaudiológicas. Carapicuíba - SP: Pró-Fono; 2000. 8:191-253
5. Bianchini EMG. Cefalometria nas alterações miofuncionais orais: diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. Carapicuíba – SP: Pró-Fono;1993.
6. Canongia MB. Reabilitando a deglutição. Rio de Janeiro: Enelivros; 1992.
7. Carvalho ARR. Eletromiografia dos músculos masseteres e supra-hióideos em mulheres com oclusão normal e com má-oclusão Classe I de Angle durante a fase oral da deglutição [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.
8. Falda W, Guimarães A, Bérzin F. Eletromiografia dos músculos masseteres e temporais durante deglutição e mastigação. Rev APCD 1999;52(2):151-7.
9. Ferraz MCA. Manual prático de deglutição atípica e problemas correlatos. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
10. Ferraz MCA.. Manual prático de deglutição atípica e problemas correlatos: terapia miofuncional nos tratamentos orofaciais. Rio de Janeiro: Antares, 1983.
11. Guedes ZCF. A atuação fonoaudiológica na deglutição atípica. In: Ramos BD, Sakano E, Endo L, Morelló-Castro G. organizadoras. Otorrinolaringologia Pediátrica. 1999. Madrid.
12. Guedes ZCF. Algumas considerações fonoaudiológicas sobre a deglutição atípica, numa abordagem multidisciplinar. Acta – AWHO 1985;2(4):40-6.
13. Guedes ZCF. Deglutição atípica e a fonoaudiologia. In: Tânia SIH. organizadora. Otorrinolaringologia Pediátrica. São Paulo: Revinter; 1998. p.42-5.
14. Jabur LB. Avaliação fonoaudiológica. In: Ferreira FV. (Org.) Ortodontia - diagnóstico e planejamento clínico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.273-301
15. Junqueira P, Costa M. Fase oral da deglutição: protocolo para avaliação videofluoroscópica. . In Marchesan IQ, Zorzi JL. (Org.). Anuário Cefac de Fonoaudiologia 1999/2000. Rio de Janeiro: Revinter:2000. p.231-5
16. Junqueira P, Costa MMB. Protocolo para avaliação videofluoroscópica da dinâmica da fase oral da deglutição de volume líquido. Pró-Fono 2001;13(2):165-8.
17. Junqueira P. Anamnese e exame. In: Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.13-21.
18. Kyrillos LCR, Bortolai AL, Nascimento AP. Características dos padrões de deglutição e voz em crianças escolares. Rev Fono Atual 1997;2:26-7.
19. Marchesan IQ, Furkim AM. Manobras utilizadas na reabilitação da deglutição. In: Costa M, Castro LP. Tópicos em deglutição e disfagia. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.375-84
20. Marchesan IQ, Junqueira P. Atipia ou adaptação: Como considerar os problemas da deglutição? In: Junqueira P, Dauden ATBC. Aspectos atuais em terapia fonoaudiológica. São Paulo: Pancast; 1997. p.11-23

21. Marchesan IQ, Sanseverino CAM. Mastigação e deglutição. In: Behlau M. (coordenação). Fonoaudiologia Hoje, III Congresso Internacional de Fonoaudiologia da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise; 1995. p. 299-300
22. Marchesan IQ. Deglutição – diagnóstico e possibilidades terapêuticas. In: Marchesan IQ. Fundamentos em Fonoaudiologia – Aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.51-58
23. Marchesan IQ. O que se considera normal na deglutição. In: Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC. Disfagia avaliação e tratamento. Rio de Janeiro – RJ: Revinter; 2003. p.3-17
24. Marchesan IQ. Protocolo de avaliação miofuncional orofacial. In: Krakauer HL, Francesco R, Marchesan IQ (Org.). Respiração oral. Coleção CEFAC. São José dos Campos: Pulso; 2003. p.55-79
25. Marchesan IQ. “Deglutição atípica ou adaptada?” , Vídeo. São Paulo: Pró Fono; 1996.
26. Marchesan IQ. A relevância da má mastigação sobre a deglutição. In: Felix VN, Furkim AM, Viebig RG. Arquivos de Motilidade Digestiva e Neurogastroenterologia. São Paulo: Cop L Print; 1999. p.7-10
27. Marchesan IQ. Avaliação das funções miofuncionais orofaciais. In: Tratado de Fonoaudiologia. Filho OL, Campiotto AR, Levy C, Redondo MC, Bastos WA. 2ª ed. São Paulo: Tecmedd; 2005. p.713-734
28. Marchesan IQ. Deglutição – como e quando tratar. In: Costa MMB, Lemme EMO, Koch HA. Temas: em deglutição e disfagia abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Supra; 1998. p.59-63
29. Marchesan IQ. Deglutição – normalidade. In: Furkim AM, Santini CS. Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba - SP: Pró Fono; 1999. p.3-18
30. Marchesan IQ. Disfagia. In: Marchesan IQ, Bolaffi C, Gomes ICD, Zorzi JL (Org.). Tópicos em Fonoaudiologia Vol. II. São Paulo: Lovise; 1995.
31. Marchesan IQ. Distúrbios miofuncionais orofaciais na infância. In: Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, Tratado de Otorrinolaringologia. São Paulo: Roca; 2003. V.3 Cap. 54 p.520-33.
32. Marchesan IQ. Frênulo de língua: classificação e interferência na fala. In: Rev CEFAC 2003;5:341-5.
33. Marchesan IQ. Frênulo lingual: proposta de avaliação quantitativa. In: Rev CEFAC 2004;6:288-293.
34. Marchesan IQ. Motricidade Oral – Visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades. 2ª Ed. Revisada e Ampliada. São Paulo: Pancast; 1999. 93p.
35. Marchesan IQ. Relato de experiência de trabalho terapêutico feito com pacientes portadores de deglutição atípica. In: Lacerda ET, Cunha MC. Sistema Sensorio Motor Oral: Perspectivas de Avaliação e Terapia. São Paulo: EDUC; 1987. p.16-21
36. Marchesan IQ. Uma visão compreensiva das práticas fonoaudiológicas; a influência da alimentação no crescimento e desenvolvimento craniofacial e nas alterações miofuncionais. São Paulo: Pancast; 1998.
37. Matos RCCF, Araújo ML, Arfinengo A, Assencio-Ferreira V.J. Atuação dos cuidadores frente às dificuldades de deglutição dos idosos. Rev Cefac 2001;3(2):149-56.
38. Meurer E, Veiga L, Capp E. Hábitos mastigatórios e de deglutição em crianças de 3 a 5 anos. Rev Soc Bras Fonoaudiol 1998;2(3):29-34.
39. Oliveira LMC, Silva CPV, Bastos EPS. Visão atual da função da deglutição:

aspectos fonoaudiológico, ortodôntico e odontopediátrico. <i>Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Maxilar</i> 2:8. 1997.
40. Pereira LF, Silva AMT, Cechella C. Ocorrência de hábitos orais viciosos e distúrbios fonoarticulatórios em indivíduos portadores de deglutição atípica. <i>Rev Pró-Fono</i> 1998;10(1):56-60.
41. Rodrigues J. Deglutição atípica. <i>J Bras Ortodon Ortop Facial</i> 1998;3(14):27-31.
42. Sant'Ana RB. Estudo Videofluoroscópico da Deglutição de Pacientes Portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica. <i>Rev Cefac</i> 2002;4(2):127-30.
43. Sociedade Brasileira de Anatomia - Terminologia anatômica internacional. Filiada à FCAT Federative Committee on Anatomical Terminology . (CFTA Comissão Federativa da Terminologia Anatômica). São Paulo: Manole; 2001.
44. Terra VHTC. Avaliação da deglutição e tipo de maloclusão do segmento dentário anterior, em crianças no início da dentição mista [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1996.
45. Tomé MC, Guedes ZCF, Silva AMT, Cechella C. Estudo da ocorrência de alterações da deglutição e da oclusão dentária em crianças com queixa de falar errado. <i>Pró-Fono</i> 1998; 10(1):61-5.
46. Tomé MC, Marchiori SC. Análise eletromiográfica dos músculos orbiculares superior e inferior da boca em crianças respiradoras nasais e bucais durante a deglutição e sopro. <i>Rev Soc Bras Fonoaudiol</i> 1998;2(4):16-21.
47. Vaindergorn B. Os hábitos orais e sua influencia na deglutição. <i>Acta Awho</i> 1986;5(3):119-26.