

UNIVERSIDADE CÂNDIDO MENDES

PÓS – GRADUAÇÃO “LATO SENSU”

PROJETO A VEZ DO MESTRE

PSICOMOTRICIDADE

**A Importância do Eixo Corporal na Síndrome do Deglutidor  
Atípico**

**Por: Tatiana Ferreira Torracó**

**Orientador: Nilson Guedes de Freitas**

**Rio de Janeiro,**

**Julho de 2004**

UNIVERSIDADE CÂNDIDO MENDES

PÓS – GRADUAÇÃO “LATO SENSU”

PROJETO A VEZ DO MESTRE

PSICOMOTRICIDADE

**A Importância do Eixo Corporal na Síndrome do Deglutidor  
Atípico**

**Por: Tatiana Ferreira Torracó**

**Trabalho apresentado em cumprimento às  
exigências para a obtenção do grau de especialista  
no Curso de Pós-graduação em Psicomotricidade  
da Universidade Cândido Mendes no Projeto “A  
Vez do Mestre”.**

**Rio de Janeiro,**

**Julho de 2004**

## **AGRADECIMENTOS**

**Agradeço primeiramente a Deus, por ter me iluminado e nunca ter me abandonado nas horas em que mais precisei.**

**Ao meu noivo, Renato, que está sempre do meu lado me apoiando e me dando forças para prosseguir.**

**A minha amiga Luana, por sua valiosa atenção na elaboração deste trabalho.**

**Ao Professor Nilson Guedes, por toda orientação e suporte; que com muito carinho e paciência me ajudou na realização deste trabalho.**

**A minha turma, por fazer das noites do curso, uma alegria.**

# **DEDICATÓRIA**

**Dedico esta monografia a duas pessoas maravilhosas, que me amam, me apóiam e fazem de tudo pela minha felicidade.**

**Agradeço pelo carinho, investimento e por acreditarem e me incentivarem a prosseguir.**

**Hoje, concluo mais uma etapa da minha vida e devo esta alegria aos meus pais.**

# **EPIGRAFE**

**“Só quando compreendemos e acreditamos ser necessário modificar algo em nossa vida é que nos esforçamos para fazê-lo.**

**Esta modificação acontece sempre de dentro para fora.**

**Tentar inverter isso é tentar inverter a natureza.**

**Investimos no que faz sentido para nós, no que parece ter lógica, no que acreditamos e não no que nos é imposto”.**

**Irene Queiroz Marchesan**

## **RESUMO**

O objetivo desta pesquisa bibliográfica consiste em conhecer, através do estudo de diversos autores como Marchesan, Krakauer e Padovan, entre outros, as alterações que levam à Deglutição Atípica e conseqüentemente a uma má postura corporal na idade de 05 a 10 anos. O problema inicial partiu de como tratar a Síndrome do Deglutidor atípico sem antes adequar seu eixo corporal. Durante o trabalho de pesquisa, foi possível observar o que ocorre na deglutição dita normal, e com as estruturas participantes, classificação e suas fases, para entendermos o processo atípico e todas as alterações decorrentes e conseqüências causadas por esta má oclusão, como a respiração bucal, que causa desvios e alterações, interferindo na respiração e na mastigação, nos órgãos fono articulatórios, crescimento facial e postura corporal, bem como modificando a forma e a função neste processo. Enfatizamos a postura e a relacionamos com o sistema que abrange a fonação e por fim, enfocamos o processo terapêutico, no tratamento do padrão de deglutição voltado para o eixo corporal. Sendo assim, concluímos ao longo desta pesquisa que, o tratamento psicomotor prévio irá nos permitir uma evolução mais rápida no quadro terapêutico de nossos pacientes com Deglutição Atípica.

**PALAVRA--CHAVE:** Deglutição. Deglutidor Atípico. Eixo Corporal. Postura

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
1. DEGLUTIÇÃO.....	11
2. DEGLUTIÇÃO ATÍPICA.....	16
3. POSTURA.....	28
4. PROCESSO TERAPÊUTICO.....	34
CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	46
ÍNDICE.....	50
FOLHA DE AVALIAÇÃO.....	52

## INTRODUÇÃO

A deglutição é vista por muitos como o simples ato de engolir. É uma função biológica complexa e coordenada que consiste em uma seqüência reflexa de contração muscular que empurra o alimento da cavidade bucal até o estômago, representando ainda igual importância como um mecanismo protetor para os tratos respiratório e digestivo, pertencente a um complexo mais amplo, conhecido como Sistema Estomatognático. A sua complexidade se desvenda aos poucos de forma interessante e instigante, na medida em que buscamos o conhecimento científico.

A deglutição atípica, por sua vez, consiste no rompimento do movimento muscular sinérgico realizado durante a deglutição normal. Dentre as principais causas da deglutição encontra-se a respiração bucal, isto porque, os portadores de respiração bucal apresentam uma postura incorreta de língua e conseqüentemente de eixo corporal, alterando a função nasorespiratória, interferindo no desenvolvimento normal da face.

Sendo assim, uma das características primordiais para um diagnóstico de um deglutidor atípico é a observação do eixo corporal e postura inadequada tanto no seu aspecto estático quanto dinâmico.

Na clínica fonoaudiológica, um grande número de pacientes encaminhados por otorrinolaringologistas e ortodontistas, apresenta comprometimentos funcionais decorrentes de respiração bucal ou nasobucal. A observação destes pacientes, ao longo do processo terapêutico, levou à constatação que associado a esses fatores ocorrem comprometimentos posturais, o que despertou vários questionamentos.

Por essa razão, não podemos desvincular a Fonoaudiologia, ciência que trata das alterações da fala, linguagem, audição e voz, da Psicomotricidade, ciência que intervém sobre o corpo, estimulando as organizações cognitivas, perceptivas e possibilitando a readaptação funcional dos músculos, já que em determinadas patologias fonoaudiológicas torna-se imprescindível à aplicação de técnicas psicomotoras que auxiliam no tratamento.

O objetivo deste trabalho consiste em apresentar a relação entre respiração bucal e as alterações posturais corporais, esclarecer porque ocorre a deglutição atípica; minimizar possíveis dúvidas sobre como o eixo corporal alterado pode piorar as conseqüências já existentes num portador desta síndrome; posteriormente, propor uma forma de tratamento conjunta, para crianças entre 05 e 10 anos, envolvendo a Psicomotricidade e a Fonoaudiologia, onde trataríamos o eixo corporal, a postura, o equilíbrio e após adequaríamos o padrão da deglutição deste indivíduo.

Considerando tal importância, esta pesquisa visa, através de diferentes autores, identificar e analisar as causas, hábitos viciosos e outros, que levam o indivíduo a ter o eixo corporal comprometido na Síndrome do Deglutidor Atípico.

O interesse em desenvolver este tema veio de encontro a estas questões: verificar a existência da relação entre a respiração bucal e postura corporal e qual a sua origem. Assim sendo, este estudo foi realizado com base na literatura, onde se buscaram autores como Marchesan, Krakauer, Aragão, Rocabado-Seaton, Petrelli, Padovan, Campignon, entre outros, que consideram a alteração postural como fator diretamente relacionado à respiração bucal, e conseqüentemente à deglutição atípica.

Para alcançarmos o nosso objetivo, procuramos, no primeiro capítulo mostrar de forma sucinta a deglutição, as estruturas que participam do processo, suas classificações e suas fases, da cavidade bucal até o esôfago.

Focalizamos em seguida, no segundo capítulo, a deglutição atípica, anormal, abordamos sua etiologia, os principais desvios, as alterações relacionadas, a classificação das más oclusões, a importância do posicionamento patológico da língua no crescimento facial para entendermos o quão drástico pode se tornar uma alteração nesta função estomatognática.

Em seguida, no terceiro capítulo nos detivemos a analisar a postura e a relacionarmos com o sistema estomatognático como um todo, além de ressaltarmos a respiração bucal e seu papel primordial na alteração da postura.

Chegamos então, no quarto capítulo, ao processo terapêutico, que inclui e foca o plano de tratamento, a terapia miofuncional que utilizamos em casos de atendimento de pacientes com a Síndrome do Deglutidor Atípico.

Assim, pudemos concluir que na terapia que envolve portadores da Síndrome do Deglutidor Atípico, é primordial que tratemos previamente da postura destes pacientes, já que todo o deglutidor atípico é respirador bucal e conseqüentemente tem seu eixo corporal alterado, para que assim o tratamento propriamente dito da deglutição atípica tenha sucesso.

A documentação fotográfica, abordada, foi utilizada como uma proposta complementar, com objetivo de esclarecer, conscientizar e motivar o paciente, assim como, orientar a família em todo processo terapêutico.

# 1. DEGLUTIÇÃO

Basicamente pode-se definir a deglutição, segundo Marchesan (1999), como o ato de engolir, isto é, o transporte do bolo alimentar ou de líquidos da cavidade oral até o estômago. Consiste numa atividade neuromuscular muito complexa e coordenada, iniciada na vida fetal, na oitava semana de gestação, que pode ser iniciada conscientemente, e que se completa mediante a integração do sistema nervoso central de impulsos aferentes e eferentes, especificamente pelo tronco cerebral, organizado no centro de deglutição.

## 1.1. Deglutição dita normal

É acompanhada por contração e relaxamento simultâneo de um grande número de músculos da região orofaríngea. Normalmente um indivíduo deglute aproximadamente nove vezes durante a alimentação, e uma vez em cada minuto sem estar se alimentando. Durante o sono, a deglutição realiza-se em intervalos regulares. Em média a frequência da deglutição diária ocorre de 2.400 movimentos por período de 24 horas.

A deglutição tem como função fundamental a propulsão do alimento da boca para o estômago. Inicia-se com a colocação do bolo alimentar (sólido, pastoso, líquido e saliva) no interior da boca, ocorre então o fechamento dos lábios (porção anterior da boca). A ponta da língua é pressionada contra o palato. A mandíbula é fixada, o véu palatino eleva-se, vedando a nasofaringe, previne-se assim, o refluxo do alimento.

A formação de um arco elevado do corpo da língua contra o palato mole empurra o bolo até a faringe. A porção posterior da língua se move permitindo a entrada do bolo na faringe. A respiração é inibida por alguns segundos.

Ocorre a elevação da laringe e o fechamento da glote para selar a via aérea, a epiglote, elevada contra a laringe, se encontra no caminho do bolo alimentar. O bolo inclina a epiglote para trás, num papel semelhante a uma “capa”, protegendo a abertura laríngea. No momento em que se realiza a passagem do bolo por essas estruturas, há o relaxamento do esfíncter faringo-esofágico, que protege a entrada do esôfago.

O bolo penetra no esôfago sendo impulsionado por uma onda peristáltica, que acontece de forma rápida. Coincidentemente com esse evento, produz-se um rápido movimento peristáltico da totalidade da faringe para facilitar o esvaziamento. Quando o bolo alcança o extremo gástrico do esôfago, produz-se uma rápida abertura e o alimento entra no estômago.

Pode servir também como mecanismo protetor para os tratos respiratório e digestivo, porque pode aspirar partículas que tenham por ventura entrado na laringe ou vias aéreas altas e retornado à faringe pela tosse ou outros mecanismos respiratórios de retropulsão. Além disso, a deglutição age como mecanismo protetor, quando remove partículas originariamente perdidas na nasofaringe ou retorna o material digestivo que flui do estômago para o esôfago ou faringe.

#### 1.1.1. Estruturas participantes da Deglutição

Os lábios apresentam-se em numero de dois: superior e inferior, recobrimdo a parte anterior da cavidade oral. Tem importante papel na apreensão de alimentos na fase inicial da mastigação, participando do processo da deglutição, assim como os dentes e as bochechas, que possuem, também, papéis de destaque na mastigação.

A língua é um órgão sensorial por excelência e um elemento essencial na mastigação, fonação e deglutição. Composta de fibras musculares orientadas em três diferentes direções, o que a torna uma estrutura móvel, sendo capaz de realizar diversos movimentos, os quais incluem mudanças de forma e posição. Funciona misturando a saliva com o bolo alimentar e mantendo, juntamente com as bochechas, o referido alimento pressionado entre os dentes, possibilitando a mastigação. É um dos elementos que impulsionam o alimento durante a deglutição.

A faringe é a porção do trato digestivo que serve como via de passagem tanto para o sistema digestivo como para o respiratório. Ela permite ao indivíduo respirar através de sua boca, mesmo que as passagens nasais estejam obstruídas. A musculatura faringiana é a responsável pela segunda fase da deglutição (período faringiano).

O esôfago é um tubo longo e reto que se comunica diretamente com o estômago. Estende-se da faringe ao estômago em uma distância de 25 cm, e está situado

posteriormente à traquéia e anteriormente à coluna vertebral, passando através do diafragma frente à aorta, para não entrar no estômago. É a região onde se dá o terceiro período da deglutição.

Os músculos supra-hióides durante a mastigação e deglutição, os músculos supra-hióides contribuem elevando o osso hióide e a laringe, elevando e contraindo a língua e erguendo o assoalho da cavidade bucal.

O palato mole é a porção posterior do palato. Possui grande importância na deglutição, impedindo, com o seu deslocamento para trás, a passagem de alimento para a cavidade nasal, possibilitando a passagem do mesmo para a faringe.

A epiglote é uma porção cartilaginosa em forma de folha que está localizada no bordo superior da cartilagem tireóide. Ela age como dobradiça de porta, durante a deglutição, impedindo a entrada de alimentos na traquéia, pois bloqueia a sua entrada.

O peristaltismo é um movimento muscular involuntário comandado pelo sistema nervoso autônomo, responsável pelo deslocamento do bolo alimentar no esôfago. Consiste em contrações e distensões do tecido, empurrando o bolo alimentar para o estômago. (Figura em anexo: foto 01; 02).

### 1.1.2. Classificação da Deglutição

De acordo com Ferraz (1999), a deglutição é classificada pelo período da vida do ser humano em: visceral ou infantil; somática ou madura.

As principais características da deglutição infantil segundo Moyers são:

- Separação dos maxilares com a língua colocada entre as gengivas;
- Estabilização da mandíbula, principalmente pela contração dos músculos do sétimo par craniano e a interposição lingual;
- A deglutição é controlada por um intercâmbio sensorial entre lábios e língua;

- A deglutição infantil passa por um período de transição no qual a maturação neuromuscular, a troca de postura da cabeça e o efeito da gravidade sobre a mandíbula estão presentes. Esta etapa dura até os 18 meses, quando começa a nascer os dentes decíduos.

As principais características da deglutição madura são:

- Os dentes permanecem juntos;
- A mandíbula está estabilizada pela contração dos músculos elevadores, que são primordialmente músculos inervados pelo quinto par craniano;
- A ponta da língua coloca-se sobre o palato duro por cima e por trás dos incisivos;
- Contração mínima apresentada pelos lábios, durante a deglutição.

### 1.1.3. Fases da Deglutição

Para fins didáticos, a maioria dos autores divide a deglutição em três fases altamente integradas e coordenadas: fase bucal, fase faríngea e fase esofágica.

Fase bucal -Esta fase é uma atividade consciente e voluntária, sendo por isto a única controlada pelo indivíduo. Abrange desde um momento da apreensão dos alimentos até a transferência do bolo alimentar até a faringe. Durante esta fase, os molares estão em contato, o que indica à atividade dos músculos elevadores da mandíbula. Para efeito didático, o período bucal é subdividido em quatro fases distintas: fase preparatória; fase de elevação da língua; fase de contato da língua com a união do palato duro e mole e fase de posição mais anterior do osso hióide.

A fase preparatória começa imediatamente após a entrada de líquidos na cavidade bucal ou após a mastigação do bolo alimentar. Ambos colocam-se sobre o dorso da língua, em posição preparatória para a deglutição. Nesta fase, a língua encontra-se em repouso, não ocorrendo contração da musculatura perioral; fase de elevação da língua, nesta fase a ponta da língua irá apoiar-se na papila palatina e a mandíbula acompanha este movimento para cima e para frente; fase de contato da língua com a união do palato duro e mole, o palato mole que repousava sobre o dorso da língua, desloca-se para cima pela ação dos músculos

levantadores do véu palatino, que o empurram contra a parede posterior da faringe. A língua desloca-se para baixo e para trás iniciando-se, ao mesmo tempo, o movimento do osso hióide para frente e para cima, acompanhado da elevação da faringe; fase de posição mais anterior do osso hióide, nesta fase há um maior contato da língua com o palato mole e o osso hióide alcança o nível do bordo da mandíbula, favorecendo a passagem do bolo alimentar para a faringe.

Fase Faríngea -A faringe é dividida em três regiões: a nasofaringe, a orofaringe e a laringofaringe. Quando o bolo alimentar é empurrado da cavidade bucal para a orofaringe, começa então o período faringiano. Este período é involuntário e consciente, e caracteriza-se pelo fechamento das cavidades vizinhas, com exceção do esôfago, para onde irá o alimento.

O palato mole, ao ser empurrado de encontro à parede posterior da faringe, fecha a comunicação nasofaríngea, evitando o refluxo do alimento para o nariz. Isto ocorre juntamente com a elevação do tubo laríngeo. Esta etapa é caracterizada pela inibição da respiração e o fechamento do orifício da laringe pela epiglote. A língua força o bolo alimentar para trás contra a epiglote, que se dobra formando um capuz sobre o orifício da laringe. A entrada da laringe é também protegida pela ação esfintérica dos músculos circulantes. O período faringiano é involuntário e inconsciente e o seu ressurgimento só acontece por reversão do reflexo.

Fase Esofágica -Começa quando o músculo cricofaríngeo se relaxa, permitindo ao alimento entrar no esôfago. Ao entrar no esôfago, o alimento passa a ser colocado pela onda peristáltica, que são movimentos (contrações) rítmicos exercidos pela parede esofágica. É o resultado de impulsos nervosos do nervo vago, que controla a atividade esofágica. Enquanto os movimentos peristálticos levam o alimento através do esôfago, o osso hióide, o palato e a língua voltam às suas posições originais.

As quatro fases se sucedem suavemente, sendo difícil determinar seus limites.

## **2. DEGLUTIÇÃO ATÍPICA**

A deglutição atípica é o rompimento do movimento muscular sinérgico realizado durante a deglutição normal. Neste caso, a ponta da língua é pressionada entre os incisivos e seus bordos laterais também pode interpor-se entre os dentes pré-molares e molares, assim a força da língua torna-se maior do que a pressão oposta dos lábios e bochechas. O ato da deglutição, repetido frequentemente, pode exercer um efeito marcante sobre o maxilar superior ou mandíbula. Segundo Moyers (1984), a retenção prolongada da deglutição infantil pode ser uma das principais causas da formação da má-oclusão.

A fisiologia da deglutição atípica tem como características principais: o pressionamento atípico da língua; ausência de contração dos masseteres; participação da musculatura perioral; sopro ao invés de sucção.

As etiologias da deglutição atípica mais frequentemente encontradas são: manutenção da deglutição visceral; deformações orofaciais (fissuras); amidalite e hipertrofia das adenóides; hábitos de sucção (dedo, chupeta, pano, objetos); lesões cerebrais; anodontia; freio lingual.

### **2.1. Etiologia da Deglutição Atípica**

Os principais fatores etiológicos que podem levar a uma deglutição atípica são: os tipos faciais, entre eles, dólico e braquiofaciais; respiração bucal; sucção do polegar; bruxismo e onicofagia; postura e tamanho de língua.

#### **2.1.1. Tipos Faciais**

Há três tipos de faces conhecidos e classificados como; dólicofacial, que se caracteriza pela face "longa", o mésiofacial, que é a face dita normal e o braquiofacial, que se caracteriza por uma face "curta". Falaremos detalhadamente, a seguir apenas dos tipos faciais que se desviam do padrão dito normal, as dólicofaciais e braquiofaciais.

Os dólicofaciais apresentam a face longa e estreita, às vezes com mordida aberta esquelética. De acordo com Krakauer (1995), o dólicofacial tem arco maxilar e palato duro mais longo, mais estreito e profundo. A base posterior do crânio é mais curta e o arco

dentário longo e estreito. A musculatura, em geral, é estirada e hipotônica. Em consequência, a mastigação é ineficiente, e a deglutição com interposição da língua e participação ativa da musculatura perioral, tendo um grande esforço para deglutir. A respiração é bucal, devido ao padrão de crescimento facial. Na fala, há dificuldade com a pronúncia dos fonemas plosivos e /k/ e /g/, pela distância entre o dorso da língua e o palato. Esses pacientes necessitam de acompanhamento e orientação durante todo o seu crescimento e desenvolvimento crânio facial, pois essas diferenças são genéticas e sofrem interferências do meio ambiente. (Figura em anexo. Foto 03)

Os braquiofaciais apresentam a face curta e larga, e tem um padrão de crescimento horizontal, com altura facial inferior diminuída. Marchesan (1994) refere que as maiores dificuldades em relação a esse tipo de face são as distorções fonêmicas nos sibilantes. O espaço interno vertical é bastante reduzido e isto faz com que a língua não tenha espaço suficiente para elevar seus bordos e produzir o /s/ e o /z/ com precisão. Sem o aumento do espaço vertical interno, ou o fechamento dos diastemas, torna-se difícil corrigir totalmente o padrão da fala.

### 2.1.2. Respiração Bucal

Nesta parte, relata-se a influência genética e o meio ambiente ao qual estão expostas as pessoas. Para Marchesan (1994), mesmo que o indivíduo tenha uma genética favorável, se o meio não o for, pode haver alterações nem sempre favoráveis para o desenvolvimento e crescimento. Hábitos prolongados, como chupeta, mamadeira e sucção de dedo, podem trazer alterações para a conformação da arcada dentária, e também para o crescimento facial.

A criança ao nascer respira pelo nariz; caso não haja interferências negativas, como: rinites, alergias, bronquites, hipertrofia de amígdalas ou adenóides; a respiração nasal continuará até o final da vida. O nariz tem como principal função respirar e através desse ato consegue limpar, aquecer e umidificar o ar, fazendo com que ele chegue ao pulmão com uma qualidade melhor, protegendo assim as vias aéreas inferiores. Quando esta situação é invertida, passando a usar a boca, pode causar desde uma irritação da mucosa oral até graves alterações de crescimento. A língua pode se posicionar de forma diferente dentro da cavidade oral, na tentativa de proteger a orofaringe e as amígdalas. Esse novo

posicionamento é também para facilitar a entrada do ar ou fazer com que a boca ocupe a função do nariz, limpando, aquecendo, umidificando o ar e causando sérias alterações.

Assim, quando a língua ocupa uma posição inadequada dentro da boca, além de não cumprir seu papel de modelador dos arcos dentários; causa danos, como:

a) língua com o dorso elevado e a ponta baixa inibe o crescimento mandibular e estimula o crescimento da parte anterior da maxila, podendo levar a uma classe II.

Esse posicionamento pode causar “ceceo” lateral, devido ao estreitamento criado entre o palato e o dorso da língua, dificultando a saída de ar;

b) língua totalmente no soalho da boca, levando a mandíbula para frente, facilitando o prognatismo;

c) língua interposta entre as arcadas, levando a uma mordida aberta anterior. Outras características freqüentes do respirador bucal são: crianças irritadas por noites mal dormidas, que ficam hiperativas, dificultando a aprendizagem escolar, às vezes sonolentas, dormindo assim que sentam; crianças que não gostam de brincadeiras tipo andar de bicicleta, jogar bola ou correr, pois, devido ao esforço físico, cansam com facilidade; gengivas hipertrofiadas e/ou com cor alterada; olheiras; lábios hipotônicos; língua muito flácida e anteriorizada; nariz sempre entupido; assimetrias faciais; ombros jogados para frente; cabeça mal posicionada; falta de apetite; asas do nariz hipodesenvolvidas; comer pouco, muito rápido ou devagar demais; crianças magras demais ou obesas e sem cor; mastigação ruidosa, de boca aberta ou de um lado só e mordidas cruzadas unilaterais.

Acrescenta a autora que é importante treinar a criança para a aprendizagem do uso do nariz, além do trabalho de fortalecimento da musculatura oral. É importante também orientar a família em relação à alimentação que, muitas vezes, é constituída somente de alimentos pastosos.

### 2.1.3. Sucção do Polegar

Para Moresca e Feres (1994), o hábito de sucção do polegar e de outros dedos está intimamente ligado ao aleitamento materno, por produzir na criança satisfação e efeito tranqüilizante. Quando esse tipo de sucção persiste após os 4 anos de idade, deve merecer maior atenção por parte do clínico, sendo também um alerta aos pais, pois, em consequência do hábito, as deformações de oclusão aumentam significativamente, fazendo com que a deglutição normal se torne cada vez mais difícil. Com a prática desse hábito, o lábio inferior passa a se posicionar de forma inadequada entre a face palatina dos incisivos superiores, tanto em repouso como em atividade. A língua se posiciona mais anteriormente, para realizar o selamento labial, e o lábio superior se tornará hipotônico. Outras alterações podem acontecer, como:

- Retrognatismo Mandibular;
- Prognatismo Maxilar;
- Mordida Aberta;
- Musculatura Labial Superior Hipotônica
- Musculatura Labial Inferior Hipotônica;
- Atresia do Palato;
- Interposição de Língua;
- Atresia do Arco Superior;
- Respiração Bucal;
- Calo Ósseo na Região do Polegar.

Esses são os agravantes do hábito de sucção, que causam desequilíbrio muscular, dentre outros problemas. (Figura em anexo. Foto 04-05-06)

#### 2.1.4. Bruxismo e Onicofagia

O bruxismo é considerado, por alguns autores, como consequência da falta de coordenação neuromotora dos músculos da mastigação. Essa descoordenação pode se manifestar através de repetidas oclusões em forma de tiques nervosos, com projeção ou lateralização da mandíbula, ou estalos da articulação têmporo-mandibular. Afirma Hanser (1995) que, quando o bruxismo ocorre por um longo período, produz um efeito danoso sobre as superfícies da mastigação e trituração dos dentes. (Figura em anexo. Foto 07).

A onicofagia parece estar relacionada à necessidade insatisfeita de morder, ligada a um estado psicoemocional de ansiedade. As principais consequências desses hábitos são os desgastes dentários, problemas periodontais, distúrbios de ATM, crânio-mandibulares, dentre outros.

#### 2.1.5. Postura e Tamanho de Língua

Afirma Urias (1994) que, em ortodontia, a duração da força é um fator mais crítico do que a sua magnitude. Pressões leves e contínuas são mais eficientes, na movimentação dentária, do que a aplicação de forças de maior intensidade, mas de curta duração. Desta forma, as pressões exercidas pela postura inadequada da língua e lábios em repouso são significativas e atuantes no desenvolvimento das deformidades oclusais. Quando o lábio inferior se posiciona, habitualmente, na face lingual dos dentes superiores, verifica-se uma pressão sobre os incisivos superiores, ou, quando a língua repousa contra os dentes da frente rotineiramente, exerce uma pressão contra a superfície lingual dos dentes anteriores.

O tamanho exagerado da língua, em relação ao tamanho da arcada mandibular, faz com que os incisivos recebam constantemente forças e sejam projetados para frente, dando origem à mordida aberta e alterando as funções da deglutição.

## **2.2. Principais Desvios Observados na Deglutição Atípica**

Há vários fatores que podem interferir no padrão considerado normal da deglutição, ocasionando assim, alguns desvios, alterando a forma e a função. São eles:

1- Pressionamento atípico da língua ou interposição lingual, podendo ser anterior ou lateral. A causa principal, segundo Straub (1962), poderia ser imaturidade neuromuscular. Para Moyers (1964), seria a retenção da deglutição infantil. Para esta pressão a má-oclusão pode estar ou não presente, como também a pressão labial ou falha na fonação;

2- Participação da musculatura pere oral caracterizada pela contração desta musculatura, onde se observam principalmente: ríctus (sulco) lateral que aparece descendo da asa do nariz até a comissura labial; pressionamento dos lábios ou interposição do lábio inferior, havendo casos em que o lábio inferior apresenta maior tonicidade, provocando uma má-oclusão; ausência de contração dos masseteres, causando hipertonia do mento. Segundo Straub (1962), os músculos elevadores da mandíbula é que exercem esta função ao deglutir. Quando não se observa esta contração, aparece então a hipertonia do mento e hipotonia do lábio superior;

3- Participação da musculatura pere oral. Como a deglutição é um ato relaxante, qualquer contração muscular será considerada desvio;

4- Movimento de cabeça. Alguns indivíduos tendem a mover a cabeça para frente a fim de acomodar o bolo alimentar na faringe;

5- Sopros ao invés de sucção. Observaremos perfeitamente este aspecto quando não se cria o vácuo completo, ao deglutir principalmente líquido;

6- Alteração de fonemas. Observaremos freqüentemente desvios fonéticos na emissão de: sibilantes: /x/, /j/, /s/, /z/ com presença de sigmatismo ou ceceo; apicais: /t/, /d/, /n/, /nh/, /l/;

7- Língua volumosa, alargada e hipotônica. A língua exerce maior pressão do que toda a musculatura pere oral, sendo de suma importância observar a postura de repouso da língua do paciente com estas características;

8- Cuspir ou acumular saliva nos cantos da boca. Este aspecto é perfeitamente visível quando se conversa com paciente;

9- Presença de sialorréia durante a noite. A baba está associada à respiração bucal;

10-Dificuldades de deglutir com os lábios separados;

11-Dificuldades na deglutição de comprimidos.

### **2.3. Alterações Relacionadas à Deglutição Atípica**

O principal fator na determinação da oclusão normal é o padrão esquelético, porém outros fatores também devem ser considerados, tais como:

- Conformação dos tecidos moles das bochechas, lábios e língua;
- Relação da base dentária com o osso basal (nariz/ dentes/ maxila);
- Tamanho e forma dos dentes.

Os dentes se encontram colocados entre grupos musculares que se contraem e relaxam diante de qualquer mudança quanto à qualidade, quantidade ou ordem das contrações.

A força de contenção externa é representada pelos músculos das bochechas e dos lábios. A força de contenção interna é representada pela língua que possui uma infinidade de movimentos e posições, que pressionam as arcadas dentárias.

Conclui-se que se estas forças de contenção interna e externa estiverem em desequilíbrio, os dentes sairão de suas inclinações corretas procurando outras posições de equilíbrio (adaptação). Além disso, a estabilidade e a harmonia dos arcos dentários podem ficar prejudicadas determinando deformações dentofaciais na região onde há pressões atípicas da língua e/ou dos lábios.

### **2.4. Classificações das Más-Oclusões.**

Esta classificação foi idealizada no final do século XIX, tendo como referência as relações sagitais entre os arcos dentários da mandíbula e maxila. A classificação mais utilizada das más-occlusões, segundo Petrelli (1994), foi apresentada por Edward H. Angle, em 1899. Angle sistematizou a má-occlusão em três classes: classe I, classe II. 1 , classe II. 2 e classe III.

Na classe I de Angle, a cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior articula-se no sulco vestibular do primeiro molar permanente inferior. A alteração é localizada na arcada dentária, onde se pode encontrar labioversão dos incisivos superiores, diastemas, sobremordida, mordida cruzadas posteriores, mordidas aberta, apinhamentos e biprotrusão dentária. Nesta classificação, a musculatura dos órgãos fonoarticulatórios pode estar sem alterações.

Na Classe II de Angle, segundo Moyers (1984), a cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior articula-se depois do sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior, estando a arcada dentária superior à frente da inferior. As más oclusões desta classe foram divididas posteriormente por Angle em classe II – divisões 1ª e 2ª.

A classe II 1ª divisão caracteriza-se por uma inclinação normal ou muito vestibularizada dos incisivos superiores. Nestes casos, geralmente, não ocorre vedamento labial, pois o lábio superior acompanha os incisivos superiores e inferiores e tipicamente o músculo mentoniano tem uma hiperatividade na deglutição, na busca do selamento. A desproporção entre os incisivos superiores e inferiores provoca também uma função atípica dos músculos faciais e da língua.

Os quadros da classe II 2ª divisão caracterizam-se, segundo Linden e Frans (1986), por uma reinclinação lingual de dois ou mais incisivos superiores e uma retrusão dos inferiores, deixando o arco dentário com forma mais retangular. Não há comprometimento do selamento labial, apesar deste ocorrer mais superiormente que o normal.

Segundo Moyers (1984), na classe III de Angle, a cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior oclui antes do sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior, estando a arcada dentária superior atrás da inferior, ocorre, muitas vezes, mordida cruzada anterior. O lábio inferior pode estar evertido, não possibilitando o selamento labial.

(Figura em anexo. Foto 08-09-10).

## **2.5. Deglutição Atípica Relacionada à Má-Oclusão (forma e função)**

Atualmente, o estudo dos hábitos orais admite a importância da inter-relação entre forma e função. Segundo Jabur (1994), o trabalho conjunto entre fonoaudiólogos e ortodontistas levou-os a estudar a relação entre formas, ou seja, estruturas anatômicas, e funções, como mastigação, sucção, deglutição, fonação, articulação e respiração. Concluíram esses autores que não deve ser priorizada uma ou outra, e sim estabelecidas relações entre elas.

Sugere a autora que, quando for solicitado o tratamento mioterápico, o paciente só deve ser encaminhado se apresentar meio bucal favorável para a correção das funções. Nos portadores de má-oclusão tipo classe II divisão 1, os incisivos superiores estão freqüentemente em labioversão exagerada, dificultando o vedamento labial. A arcada superior pode apresentar-se com atresia, o que dificulta a posição de repouso da língua contra o palato. Nesses casos, verifica-se que a forma (má-oclusão) está alterando a postura de repouso dos lábios e língua, com alterações conseqüentes na deglutição, mastigação e, algumas vezes, levando à respiração bucal, devido à dificuldade de vedamento labial.

Observa-se que grande parte dos casos de má-oclusão tipo classe II, divisão 1, que iniciam a reeducação da função antes da correção, depende mais tempo de trabalho, levando às vezes à desestimulação do paciente. É importante observar quando o tratamento ortodôntico deve iniciar antes da intervenção mioterápica.

A mordida cruzada unilateral, do tipo funcional, faz com que a mastigação se torne unilateral, em decorrência da dimensão vertical diminuída. Portadores desse tipo de má-

oclusão, mesmo fazendo tratamento mioterápico, não conseguem modificar seu padrão mastigatório, necessitando também do tratamento ortodôntico, para descruzar a mordida.

Nos casos de mordida aberta esquelética acompanhada de projeção anterior da língua e “ceceio” anterior, observa-se que a língua tende a se projetar em função do espaço vazio causado pela abertura dental. Em razão dessa tendência, fica difícil a automatização do padrão correto da língua em repouso e durante a fonação. Alguns pacientes conseguem controlar em situação voluntária a saída da língua, mas não automatizam o padrão, confirmando a necessidade do acompanhamento ortodôntico.

A mordida cruzada classe II, divisão 1, e a mordida aberta esquelética apresentam situações em que se pode constatar a forma determinando e interferindo na função. Por outro lado, observam-se casos em que a função claramente está interferindo na forma. É importante que o trabalho entre a Fonoaudiologia e a ortodontia sejam concomitantes, o que pode ser exemplificado: o tratamento ortodôntico das mordidas abertas dentais apresenta melhores resultados quando acompanhados da terapia miofuncional. Observa-se alteração na forma devido ao mau - posicionamento da língua. Isso ocorre de duas maneiras:

- apesar da força exercida pelo aparelho, o ortodontista tem dificuldade em fechar a mordida;
- o ortodontista fecha a mordida, diminui a abertura, mas, em questão de semanas, ela se abre novamente.

Esses são casos em que, se a função não for trabalhada, dificilmente evita-se a recidiva. O mesmo acontece com os portadores de hábitos bucais inadequados, como sucção de dedo, respiração bucal, retenção prolongada de chupeta e mamadeira.

## **2.6. A Importância do Posicionamento Patológico de Língua no Direcionamento do Crescimento Facial.**

Padovan (1975), relata que, a força da língua é duas ou três vezes mais potente que a musculatura perioral, e que esta exerce influência sobre as estruturas adjacentes tanto em função como em “repouso”.

Rakosi e Schmith (1987), relatam que a alteração no posicionamento habitual da língua pode ser “fator etiológico em potencial” das maloclusões e deve ser considerado antes de se prescrever qualquer terapia, pois o posicionamento é mais significativo que a função da deglutição.

Segóvia (1988), afirma que a forma do arco dentário depende da força exercida pela língua, lábios e bochechas. Sendo a língua no início da erupção dos dentes maior em tamanho e função que as outras estruturas, será a primeira a influenciar na oclusão. De acordo com a autora, devido a esta desproporção, a língua irá manter-se protruída nos primeiros anos. Com os primeiros contatos oclusais, haverá uma retrusão da língua estabelecendo um padrão mais posterior; no entanto, relata que com a erupção dentária permanente, haverá uma nova reorganização neuromuscular que posteriorizará a língua atingindo um “equilíbrio” no final do período da dentição mista, que termina por volta dos doze anos de idade.

Frankel e Frankel (1990), ressaltam que o posicionamento habitual da língua está intimamente relacionado com a forma de respiração, impedindo a erupção dentária nos seus sítios adequados, mantendo os dentes fora de posição. Com isso podemos afirmar que o posicionamento habitual da língua deve ser considerado como fator essencial no desenvolvimento da oclusão.

1- Hipertrofia das vegetações adenóides: consiste no aumento do tecido linfóide existente na rinofaringe, com o fechamento ou diminuição do espaço para a passagem da coluna de ar;

2- Hipertrofia das amígdalas: onde as amígdalas palatinas estão aumentadas, comprimindo a região da úvula, causando obstrução nasal e dificuldade de respiração;

3- Rinite alérgica: caracteriza-se por obstrução nasal, rinorréia (coriza), crises externutatórias (espirros) e prurido nasal intenso (catarro);

4- Desvio de septo nasal: geralmente ocorre como consequência de um traumatismo, caracterizando-se por uma obstrução unilateral ou bilateral, sem antecedentes alérgicos e sem hipertrofias das adenóides;

Conclui a autora que não deve ser dicotomizado se a forma determina a função ou vice-versa. As avaliações devem ser realizadas no sentido de tratar o problema de forma global, tentando todas as possibilidades, pois a forma e a função estão intimamente relacionadas. Assim sendo, este estudo foi realizado com base na literatura, onde se buscaram autores como Marchesan, Krakauer, Aragão, Rocabado-Seaton, entre outros, que consideram a alteração postural como fator diretamente relacionado à respiração bucal.

### **3. POSTURA**

A postura corporal é de fundamental importância, pois uma boa postura significa que o corpo encontra-se em seu perfeito eixo de equilíbrio. Quando isto não acontece os efeitos podem ser desastrosos tanto para a saúde como para a beleza.

O corpo humano durante muito tempo foi visto de uma maneira segmentada. Após um longo processo de transformações esta visão vem sofrendo modificações. A preocupação com o bem estar global tornou-se fundamental. Sentir-se bem com o próprio corpo possibilita, a qualquer indivíduo, vivência e a exploração plena de todas as suas capacidades.

#### **3.1. Postura e Sistema Estomatognático**

O sistema estomatognático é composto de estruturas estáticas ou passivas e de estruturas dinâmicas ou ativas que, equilibradas e controladas pelo sistema nervoso central, são responsáveis pelo funcionamento harmônico da face. São consideradas funções estomatognáticas: respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala.

As estruturas estáticas ou passivas são constituídas pelos arcos dentários, maxila e mandíbula, relacionados entre si pela articulação têmporo mandibular (ATM). Fazem parte destas estruturas o osso hióide e outros ossos cranianos.

As estruturas dinâmicas ou ativas são representadas pela unidade neuromuscular, que mobiliza as partes estáticas. Rocabado-Seaton (1979), relata a importância da relação entre o sistema estomatognático, crânio e coluna cervical. O autor considera que a estabilidade da posição ereta do crânio (ortostática) é muito importante, uma vez que existe um equilíbrio deste sobre a coluna cervical. A cabeça mantém sua posição ortostática através de um complexo mecanismo osteomuscular. Os músculos da cintura escapular são os responsáveis em manter eretos a cabeça e o corpo, já os da região posterior são mais potentes e fortes do que os da região anterior e devem contrabalançar as forças da gravidade em todo o corpo. A ação desses grupos musculares é que mantém a postura e produz movimentos corporais. O equilíbrio da cabeça depende da região posterior, dos músculos cervicais e suboccipitais, que relacionam o crânio com a coluna cervical e a cintura escapular. O equilíbrio da parte

mais baixa do crânio depende dos músculos mastigatórios e da musculatura da região supra e infra-hióidea e cervical. Na primeira, as estruturas estão em posição de equilíbrio ortostático. Na segunda, há uma extensão da cabeça associada à abertura bucal e abaixamento mandibular e a terceira mostra a flexão da cabeça associada ao fechamento bucal e elevação mandibular.

Aragão, descrito por Krakauer (1997), também enfatiza a relação entre postura e sistema estomatognático. O autor relata que a perda do selamento labial acarreta problemas não só na respiração, mas, também, em todo o sistema estomatognático, resultando na diminuição do espaço oro-naso-faríngeo. A ausência da pressão sub-atmosférica na deglutição com os lábios abertos cria uma “expressão distendida”. Os músculos da mastigação pressionam a mandíbula para baixo e levam a língua para o soalho da boca. Deste modo, o indivíduo leva o pescoço para frente, retificando o espaço oro-naso-faríngeo, para que possa respirar pela boca, alterando a função muscular e modificando a atitude do corpo.

Lilian Krakauer (1997), afirma que o binômio forma -função garante a qualidade do desenvolvimento, além da integridade anatômica e funcional da respiração nasal, que requer que as estruturas anatômicas estejam livres para dar passagem ao ar, e segundo Rolf (1990), durante a vida de um indivíduo, a postura corporal vai se tornando cada vez mais ereta, sendo que os sistemas respiratório, sensorial, dentário, e outros provocam a adaptação anatômica do tronco em relação ao pescoço. Assim, os músculos do tronco e do pescoço trabalham no sentido do equilíbrio da cabeça; ocorrendo alguma interferência neste equilíbrio, a postura da cabeça também sofre mudanças.

As conclusões de Krakauer deixam claro que o conceito de Sistema Estomatognático não pode separar-se de sua relação com as estruturas da cabeça e do pescoço, que devem ser avaliadas em conjunto e ter tratamento integral.

### **3.2. Respiração Bucal e Postura**

A respiração é considerada uma função estomatognática. Neste capítulo serão abordadas as influências da respiração bucal na postura corporal dos indivíduos.

Um padrão de respiração bucal, característica sempre encontrada na Síndrome do Deglutidor Atípico, com frequência vem acompanhado de uma posição de cabeça alterada, o que por si só já causa efeitos no eixo da coluna e interferência em todo o equilíbrio dinâmico da musculatura posterior do corpo, que liga as primeiras vértebras cervicais e a base do occipital aos ossos do pé.

Modificadas as relações de espaço entre crânio e o tronco, o corpo todo reage mudando outras relações de espaço, observados na anteriorização dos ombros, na posição da bacia, no apoio das plantas dos pés e com frequência no estado dos joelhos. Isto quer dizer que o padrão postural apresentado pelo paciente está relacionado a encurtamentos musculares e articulações de amplitudes de movimentos limitadas.

É possível ainda observar que a maior ou menor profundidade da respiração terá um papel importante na forma da caixa torácica e por conseqüência na posição dos ossos do esterno, da clavícula e escápula, e não raro na curva da coluna lombar. Cabe ressaltar, que devido a anteriorização da cervical e dos ombros, o espaço interno, o qual o fluxo de ar depende, encontra-se diminuído. Também neste caso é fundamental um trabalho conjunto onde o padrão e a amplitude respiratória sejam um objetivo que caminhe ao lado de uma adequação do tônus corporal e da atitude postural.

Para facilitar a passagem do fluxo aéreo superior, o paciente muda o eixo da cabeça, com o eixo da cabeça alterado, alteram-se também a posição de repouso mandibular, dos contatos oclusais, dos planos ótico e mandibular. Todas essas mudanças passam a exigir uma nova postura, mais confortáveis e com maior equilíbrio.

Campignon (1998), refere que existem várias tipologias respiratórias, elas variam de indivíduo para indivíduo e estão relacionadas a uma atitude corporal que é própria e decorrente de uma vivência psico-comportamental de cada um. O autor explica que a tipologia não é um defeito, entretanto, cada uma das tipologias pode funcionar adequadamente, como pode avançar para uma patologia mais séria. É importante compreender o funcionamento dessas várias tipologias respiratórias, aceitando a variedade de manifestações da forma humana nos seus pontos positivos ou nos aspectos mais frágeis, para, caso seja necessário, orientar, evitando possíveis distúrbios.

A respiração bucal é uma condição patológica que afeta o sistema respiratório e todo o organismo. Krakauer (1997), relata que toda modificação do comportamento respiratório nasal para bucal vem acompanhado de uma série de transformações funcionais que afetam a postura da língua e da mandíbula, bem como o equilíbrio dos músculos orais e pere orais. Rolf (apud KRAKAUER, 1997), traça considerações sobre o crescimento e o desenvolvimento normal. Relata que as mudanças de estrutura que ocorrem no organismo decorrem da exigência fisiológica do mesmo.

Em todo período de crescimento existe uma flexibilidade do organismo. Esta flexibilidade estrutural permite que, durante a vida do indivíduo, o crânio se adapte às exigências mecânicas de uma postura cada vez mais ereta. A função fisiológica do sistema respiratório, por exemplo, provoca a adaptação anatômica do crânio. Os músculos das costas e do pescoço contrabalançam o peso da cabeça quando esta se inclina para frente, impedindo-a de cair nesta direção. Se esse equilíbrio sofrer alguma interferência, como no caso referido, da Síndrome do Deglutidor Atípico, a postura da cabeça terá, como reflexo, modificações. Portanto, os músculos do pescoço e das costas funcionam como equilibradores da cabeça.

Aragão, (apud KRAKAUER, 1997), ressalta a relação entre respiração bucal e postura. O autor considera que a respiração é uma função muito importante e que o cérebro recebe 70% do ar inspirado. Quanto às características posturais, o autor afirma que o respirador bucal leva o pescoço para frente para, desta forma, ser possível respirar pela boca, modificando a atitude do corpo. Quando o pescoço está projetado anteriormente, a musculatura do pescoço e da escápula são afetadas, provocando uma postura anormal. Os ombros ficam encurvados e o peito afundado. Todo esse mau funcionamento muscular faz com que a respiração seja curta e rápida. O movimento do músculo diafragma fica alterado, os músculos abdominais ficam flácidos e os braços e pernas assumem uma nova posição em relação à gravidade. A mudança da posição da cabeça e pescoço visa adaptar a angulação da faringe para facilitar a entrada de ar pela boca, na tentativa de aumentar o fluxo aéreo superior. A modificação da posição da cabeça influencia, também, na postura da mandíbula, nos contatos oclusais e nos planos ótico e bipupilar. A estas mudanças podem seguir-se movimentos adaptativos do corpo em busca de uma postura mais confortável e de equilíbrio.

Krakauer (1997), desenvolveu uma pesquisa onde seu objetivo principal era fazer uma análise descritiva da postura corporal de crianças portadoras de respiração bucal e comparar os resultados com o de crianças não respiradoras bucais, de 5,0 a 10,0 anos. A partir desse trabalho foi verificado que crianças de 5,0 a 8,0 anos, tanto respiradores bucais como nasais, apresentavam alterações em relação às posturas analisadas. Isto se deve ao fato, conforme exposto por Akerman e referido pela autora (1997), de que crianças até 7,0 ou 8,0 anos não possuem função total da musculatura abdominal, pois esta ainda não está plenamente desenvolvida, o que viria a ocorrer a partir desta idade. A musculatura abdominal é responsável pela estabilidade do osso esterno, costelas e coluna.

Entre 5,0 e 8,0 anos ocorre o estirão de crescimento, que provoca uma desorganização no corpo da criança e que, gradativamente, vai reorganizando sua postura no espaço, caso este desenvolvimento ocorra de forma normal. Como a musculatura abdominal ainda não finalizou seu desenvolvimento, o tronco não sofre a ação adequada desta musculatura, não proporcionando o abaixamento das costelas e tendo como consequência sua anteriorização para compensar a falta de função abdominal.

A criança adapta-se a uma nova postura, transitoriamente compensatória e desorganizada. As escápulas e ombros ficam com menor sustentação, que proporciona um ventre protruso, escápulas aladas e ombros assimétricos. A partir dos 8,0 anos há uma melhora da postura nos respiradores nasais.

Os respiradores bucais mantêm uns padrões corporais desorganizados, semelhantes aos das crianças de 5,0 a 8,0 anos. Krakauer (1997), pôde concluir que o uso do termo patológico para caracterizar as alterações posturais em crianças com menos de 8,0 anos e respiradoras bucais não é adequado, portanto, não pode ser utilizado. Porém, a manutenção deste padrão respiratório, após esta idade, pode vir a acarretar alterações estruturais no eixo corporal destas crianças, já que acima de 8,0 anos, sua musculatura abdominal está desenvolvida e qualquer alteração, a partir de então pode ser considerada patológica. A autora ressalta que, mesmo a partir de suas considerações, o trabalho fonoaudiológico, focado na respiração bucal, com crianças de 5,0 a 8,0 anos, tem um papel muito importante sob o ponto de vista preventivo, para que estas não venham a desenvolver problemas posturais mais sérios e, conseqüentemente, maior dificuldade na reabilitação. Assim é

transportado ao adulto respirador bucal toda desordem postural, fonte de dor e sofrimento comprometedor de toda organização física e emocional.

### **3.3. Postura Corporal e Atividade Física**

Marchesan (1994), destaca que é preciso haver equilíbrio adequado da cabeça sobre o tronco para que a língua também se posicione bem, promovendo crescimento ósseo adequado. Alterações na posição da cabeça podem causar problemas vocais, pelo mau posicionamento da laringe, lordoses, escolioses e sífozes e podem estar relacionadas à classe II e III de Angle, devido ao tamanho da mandíbula, às perdas auditivas unilaterais e estrabismo. No trabalho fonoaudiológico a adequação da postura de cabeça e o estabelecimento da respiração nasal são propriedades iniciais.

Mac Conkey (1991), considera que a postura com cabeça para frente é a má postura mais comum que interfere na saúde dental e que a oclusão determina a posição da mandíbula que, por sua vez, determina a posição do crânio na coluna cervical e assim por diante.

Douglas (1994), destaca que é preciso incentivar a prática de exercícios físicos, pois estes estimulam harmonicamente todo o desenvolvimento do organismo.

## 4. PROCESSO TERAPÊUTICO

Neste capítulo, levantaremos questões que, segundo Irene Marchesan (1999), são de suma importância para que a terapia obtenha bons resultados, porém, não iremos descrever passo a passo como é o processo terapêutico. O processo terapêutico começa quando nos encontramos pela primeira vez para a entrevista e o exame.

No segundo encontro, discutiremos os objetivos do trabalho. Conversar sobre como o paciente se encontra e onde queremos chegar. Isso significa discutir todo o processo terapêutico, de uma forma geral.

Entender a queixa do paciente é fundamental, uma vez que ele pode estar querendo algo diferente dos pais, do ortodontista ou mesmo do fonoaudiólogo. Quando trabalhamos com desejos diversos, dificilmente chegamos a um “final feliz” de terapia. Não devemos forçar trabalhos que tragam satisfação ao nosso olhar. O único que deve estar satisfazendo as suas necessidades é aquele que está se submetendo a terapia.

Nas terapias seguintes, utilizaremos desenhos, gráficos, figuras, espelho, livros e o que mais for necessário para ajudar o indivíduo na compreensão do que ele tem e do que se pretende modificar.

A conscientização é fundamental, sendo necessário, portanto, usar uma linguagem compreensível ao paciente. Aos poucos, juntamente com o trabalho realizado e observado no seu dia-a-dia, os conceitos passarão a fazer parte dele. Só guardamos aquilo que tem significado e importância para nós. O papel do terapeuta é sensibilizar o paciente a ouvir o que dizemos, a discutir o assunto, a concordar com o que propomos ou discordar. Nunca é demais lembrar que qualquer modificação vem de dentro para fora, dificilmente ela acontece de forma inversa.

Começar o trabalho com a conscientização, com o conhecimento pelo paciente de suas próprias estruturas orais, com o entendimento de como elas funcionam, e despertar o interesse nessa área é a grande arma do fonoaudiólogo. Ele não tem o poder que gostaria de ter para modificar aquele indivíduo. Mais conta com o conhecimento técnico do

funcionamento das estruturas que utilizadas adequadamente pode funcionar harmoniosamente, trazendo modificações esperadas pelo paciente.

Verificamos que as modificações ocorrem de forma natural e de acordo com as necessidades do indivíduo. Não há automatização no fim do processo terapêutico. Há o uso progressivo de novas formas de ser e agir quando estas são percebidas como mais interessantes.

Devemos esclarecer ao paciente os limites de suas características anatômicas, e levá-lo a compreender como naturais as suas diferenças em relação às outras pessoas. Isso fará com que ele não se desespere em uma busca inútil de um padrão idealizado.

Dentre as técnicas utilizadas, vamos realizar exercícios miofuncionais que tenham sentido para aquela alteração. O exercício nunca deve ser o objetivo da terapia, mas sim um meio, uma forma encontrada para que o paciente possa aumentar sua propriocepção, seu auto conhecimento e adequar seu tônus. É o uso que faz com que as estruturas funcionem de um determinado jeito e assim se mantenham. Portanto, exercícios têm sua aplicação válida desde que, em seguida, sejam integradas na função a que se destinam e, principalmente, que façam sentido para o sujeito. Só assim o paciente tentará generalizar o que foi realizado em terapia para outros momentos, uma vez que existe um significado por trás daquilo que faz, que é importante e compreensível para ele.

A responsabilidade da manutenção do novo hábito aprendido tem de ser do próprio sujeito, não adianta cobranças, no máximo, algumas lembranças ajudam. Só mudamos quando aquilo que deve ser mudado realmente nos incomoda, quando efetivamente nos convencemos de que a mudança é necessária. O papel do terapeuta é fundamental. Ele pode, caso tenha calma, ajudar o paciente a descobrir seu caminho e modificá-lo, ele próprio, com seu interesse e trabalho.

Estar em contato freqüente com os outros profissionais que lidam com o paciente é importante, pois só assim estaremos caminhando numa mesma direção.

Os pais devem ser informados do percurso da terapia. Assim, compreendem as dificuldades e vêem os progressos. A melhor forma sempre é a do entendimento do percurso

que será realizado. Tanto a família como o paciente entendendo o processo por inteiro, participam de forma natural sem necessidade de obrigações.

As recidivas costumam ocorrer porque os processos não foram bem compreendidos e, assim, não foram internalizados. Outras vezes, as recidivas também podem ocorrer porque a avaliação, não tendo sido bem feita, nos deu uma visão irreal do caso.

Quando nos aventuramos a trabalhar com alguém que, definitivamente, não queria desenvolver o trabalho e só está ali porque foi obrigado, deveríamos saber os riscos que corríamos. Nesses casos, o processo terapêutico é totalmente inverso, vem de fora para dentro, e isso dificilmente dá certo. Mesmo que se estabeleça qualquer modificação, ela não será fixada e anteriorizada se não fizer sentido para o indivíduo.

#### **4.1. Intervenção Fonoaudiológica Breve (IFB)**

Identificamos, na avaliação inicial, os casos indicados, iniciamos a IFB, embasando-se em três aspectos fundamentais: conscientização, motivação e sistematização.

Conscientizar, motivar, sistematizar... É necessário que o paciente tenha conhecimento de si próprio, para despertar o interesse em modificar as condutas...

É necessário que as relações tenham como base a confiança! É fundamental que a família participe! Desenvolver o autoconhecimento para levar à compreensão da fisiologia, à compreensão dos hábitos, reforçando a auto - estima, respeitando, unindo forças e acreditando na participação efetiva do grupo, e as motivações para se propor mudanças por meio desta forma de intervenção.

Acreditando no vínculo mãe/pai/criança, solicitamos a presença constante de um mesmo adulto responsável (durante todo o processo), para ajudar nas atividades da rotina familiar. Ressaltamos a importância desta atuação ser cooperadora, motivante, sem autoritarismo, visando fortalecer a autonomia do paciente.

Nosso papel é de mediar, sem preocupação em não impor condutas, mas de levar o paciente e o adulto responsável a questionarem e encontrarem o melhor meio de introduzir as mudanças propostas.

Todas as sessões têm, como introdução a retomada dos “porquês” (verbalmente e, em uma das oportunidades, por escrito) em relação ao estar no grupo, ao estar usando aparelho ortodôntico (caso use) e a necessidade de mudanças dos itens abordados. Desta forma sistemática, visamos conscientizar para motivar. Cada atividade/tarefa apresentada ao grupo é sistematicamente planejada: a seqüência dos tópicos a serem trabalhados, as formas de apresentação e de registros.

#### **4.2. Plano terapêutico**

Com base nos dados obtidos na avaliação das condições dos órgãos fonoarticulatórios, o fonoaudiólogo deve fazer um plano do trabalho mioterápico a ser desenvolvido com o paciente. Serão dadas algumas sugestões de trabalho para as principais alterações funcionais que possam ser encontradas. Entretanto, não podemos esquecer que o planejamento terapêutico deve revelar o conjunto das dificuldades do paciente, a interação destes fatores, além da relação hierárquica entre as disfunções apresentadas por ele. Por exemplo, não se pode esperar uma boa mobilidade de lábios e língua se a musculatura desta região estiver com o tônus alterado. Portanto, se não quisermos comprometer seriamente os resultados da terapia, é necessário elaborar um plano de trabalho específico para cada paciente.

Após a anamnese, o exame e o contato com o ortodontista, o fonoaudiólogo fará seu plano de trabalho.

O plano de trabalho deverá seguir, basicamente, o seguinte esquema:

- a) Iniciar sempre a sessão de trabalho por exercícios de respiração e relaxamento;
- b) Verificar e dar conhecimento das estruturas da cavidade bucal, órgãos móveis e imóveis, conhecimento e posições da língua;

c) As reações do paciente devem ser: estímulos verbais e visuais, treinamento com estímulos visuais para chegar à memorização, realização sem estímulos visuais (olhos fechados);

d) descrição dos aspectos dos movimentos: evocação e representação mental da sensação cinestésica;

e) incluir movimentos psicomotores sempre que o caso exigir; em se tratando de criança utilizamos jogos lúdicos, exercícios com bola, bambolê, corda;

f) trabalhar, desde o início, simultaneamente, com movimentos e exercícios de deglutição;

g) quando houver problema de dicção, iniciar a correção assim que estejam estabelecidos os padrões corretos de deglutição.

O paciente deverá se conscientizar bem da importância de colaborar com os exercícios para o bom êxito do tratamento.

Todos os casos tratados deverão ser submetidos a revisões, após essa fase, faz-se o controle até a alta final dada pelo ortodontista, quando se fará outra revisão sistemática. As sessões variam, dependendo das necessidades de cada caso.

Após a demonstração do exercício, o paciente o anotarà em seu caderno com suas próprias palavras.

No início do tratamento, pedir que desenhe suas estruturas dentárias como estão agora e como as terá quando fizer a correção.

O preenchimento da ficha de tratamento facilita nosso trabalho, permitindo também uma comunicação melhor com os pais ou responsáveis e com os profissionais de outras áreas.

Não podemos esquecer que, durante a terapia, é fundamental ressaltarmos a importância da postura para só depois darmos início ao trabalho mioterápico com o

indivíduo. Quando o paciente se conscientiza que sua postura anteriorizada prejudica suas funções estomatognáticas, ele se permitirá fazer mais esta mudança, que depende de uma nova forma de pensar para que seja possível uma automatização. Dependerá exclusivamente dele, se lembrar sempre de pontos chave como, por exemplo: sentar sobre os ísquios (osso do quadril), manter as costas eretas, posteriorizar os ombros, deixar a cabeça paralela ao chão, entre outros.

Cabe ao terapeuta, desde o primeiro encontro, sinalizar o que o paciente está fazendo que se encontra fora do padrão, mas não é terapêutico despende de tempo, quase sempre escasso das sessões para sempre repetir as mesmas observações, além de ser extremamente cansativo para o paciente se ver corrigido o tempo todo. Serão feitas observações quando os desvios estiverem ultrapassando os limites da normalidade. O pleno sucesso terapêutico em relação à postura do paciente, sendo ele um Deglutidor Atípico, se dá quando por si só o indivíduo se corrige e automatiza sua postura.

### **4.3. Terapia Miofuncional**

A terapia miofuncional, no trabalho com motricidade oral, atua nas desordens miofuncionais restabelecendo as funções de respiração, mastigação, deglutição, fala e sucção. Pode-se também associar recursos mioterápicos, ou seja, mioterapia, adequando força e movimento dos músculos a elas envolvidos, além de trabalhar a remoção de hábitos parafuncionais e postura. São chamados exercícios básicos.

Esta terapia constitui-se de três fases, comuns a todos os tratamentos:

1ª fase → conscientização do problema e necessidade de sua correção. Vontade de melhorar;

2ª fase → aplicação dos exercícios básicos, que devem ser feitos de forma integrada, sobretudo que se destinam à correção dos hábitos atípicos, a saber: relaxamento e respiração, reorganização neurológica, exercícios para estimular as funções reflexo-vegetativas (respiração, sucção, mastigação e deglutição), lábios, língua, bochechas e véu do palato, preparatórios para deglutição, orofaciais, correção articulatória;

3ª fase → reforço.

#### 4.3.1. Material utilizado

Guias de língua; material de sopro; canudos variados; ligas ortodônticas de espessuras variadas; botões; seringas; material comestível: sólido, pastoso e líquido; chupetas normais e chupeta ortodôntica; garrotes e cateter; pastilhas e hóstias; espelhos de tamanhos variados; pesos, lâminas e espátulas; elásticos ortodônticos coloridos; halteres labial e lingual; escova dental; estimulador térmico; aspirador nasal; separador de lábios; lanterna; guia de posicionamento labial de Altman; adesivos; dedemass; scap-scope; lip-strength; the Payne; cartazes.

## CONCLUSÃO

A intenção, no início deste estudo, foi buscar respostas através de pesquisa bibliográfica de autores conhecidos de como tratar a Síndrome do Deglutidor Atípico sem antes adequar seu eixo corporal.

Quando enfocamos a deglutição atípica no capítulo dois, mostramos o quanto pode ser prejudicial à alteração de um sistema que a priori é fisiologicamente normal. Se não fosse por conta da ação negativa, por exemplo, de uma má oclusão, de uma respiração ineficiente, da força muscular contrária que a língua exerce, entre outros.

Levamos em consideração que todo respirador bucal é deglutidor atípico, pois apresenta hipofunção dos órgãos fonoarticulatórios, não tendo assim condições de realizar uma deglutição dita normal. Não pudemos esquecer que sua postura encontra-se, na maioria dos casos alterada, os ombros são anteriorizados, a cabeça é fletida para frente, conseqüentemente sua coluna tem a curvatura normal alterada.

Com isso, lançamos uma pergunta que foi à base desta pesquisa. Como tratar a Síndrome do Deglutidor Atípico sem antes adequar seu eixo corporal? Partimos do pressuposto que todo portador da Síndrome do Deglutidor Atípico tem seu eixo corporal comprometido, quando iniciarmos então o tratamento deste paciente pela adequação do seu eixo, poderemos afirmar que o sucesso terapêutico será mais rápido e muito mais significativo. Pois, ao adequarmos sua postura, automaticamente a ação da gravidade na deglutição irá ser normalizada; a língua, os lábios e a mandíbula irão para a posição considerada ideal para uma deglutição no mínimo eficiente; a cabeça, assim como o corpo, irá adequar-se a nova postura, faltando assim tratar com terapia fonoaudiológica a alteração do tônus, mobilidade e sensibilidade nos órgãos fonoarticulatórios do paciente.

Sendo assim, realmente podemos afirmar, validando nossa pesquisa que, o tratamento psicomotor prévio irá nos permitir uma evolução mais rápida no quadro terapêutico de nossos pacientes.

Como propostas para novas pesquisas, este estudo nos permitiu uma reflexão sobre como a Psicomotricidade e seu trabalho terapêutico pode ajudar a nós, fonoaudiólogos em nossa rotina clínica com casos de outras áreas de estudo da Fonoaudiologia, por exemplo, na Disgrafia, Disfemia e técnicas de relaxamento, que são usados em quase todo tipo de terapia fonoaudiológica. No tratamento de patologias na área da Linguagem como a Disgrafia, o paciente não consegue dissociar as cinturas escapulares, o punho faz movimento em bloco, não apresenta orientação espacial, neste caso entre outros, se faz necessário uma intervenção prévia de recursos psicomotores para que depois iniciemos com a terapia fonoaudiológica.

Cabe também ressaltar que outra patologia que utiliza a Psicomotricidade para o tratamento é a Disfemia, a gagueira, que devido a sua causa emocional, leva o paciente a manter uma postura arqueada, pois todo disfêmico tem uma introspecção natural que o leva a alterar seu eixo o que conseqüentemente faz necessária a intervenção de um psicomotricista no seu caso.

Não podemos nunca deixar de lado as técnicas de relaxamento utilizadas em todas as patologias fonoaudiológicas, que são consideradas na base da Psicomotricidade, os toques, os movimentos de exploração do corpo, de conhecimento do eu, de relaxamento muscular, bem como os exercícios com bola, com bambolê, rasgando papel, fazendo movimento de pinça, entre outros que ajudam na evolução do caso clínico.

A Psicomotricidade tem finalidade educativa, pois torna o indivíduo capaz de coordenar seus gestos, se locomover no espaço e a ajudar a conhecer através do seu corpo e sentidos, o mundo a sua volta.

Enfim, não é possível, enquanto terapeutas que trabalham com o indivíduo, com o ser humano, utilizarmos recursos limitados; em qualquer tratamento é possível utilizarmos as mais infinitas técnicas de áreas correlatas a nossa. E que possam nos auxiliar no tratamento do nosso paciente de uma forma ampla e global.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**CAMPIGNION, P.H.** *Respir-Ações*. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

**DOUGLAS, C.** *Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde*. São Paulo, 1994.

**FONSECA, V.** *Manual de observação psicomotora*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

**KRAKAUER, L.R.H.** *Relação entre respiração bucal e alterações posturais em crianças: uma análise descritiva*. São Paulo: Lovise, 1997. (Tese - Mestrado -. Universidade Católica de São Paulo).

*Proposta de avaliação de postura para criança portadora de respiração bucal*. **Revista Fono Atual**, 2, 1998. p. 26-31.

**MARCHESAN, I.Q.** *Avaliação e terapia dos problemas da respiração*. In: **MARCHESAN, I.Q.** *Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 23-36.

**KRAKAUER, L.R.H.** *A Importância do trabalho respiratório na terapia miofuncional*. In: **ZORZI, J; MARCHESAN, I.Q.; BOLAFFI, C.; GOMES, I.C.D.** *Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise, 1995.

**PETRELLI, E.** *Ortodontia para fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise. 1992. p.318.

**ROCABADO SEATON, M.** *Cabeza y cuello: tratamiento articular*. Buenos Aires: Inter Médica Editorial, 1979. p. 170.

**HANSEN, L. M.** *Fundamentos da Miologia Orofacial*. Rio de Janeiro: Enelivros e Livraria Ltda, 1995.

**JABUR, L.B.** *Interrelação entre Forma e Função*. In: **MARCHESAN, I. Q.** *Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise, 1994. p. 223-225.

**KÖHLER, G.J.** *Desenvolvimento da Oclusão*. In: **Petrelli E.** *Ortodontia para Fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise, 1994. p. 69-77.

**KRAKAUER, L.H.** *Alterações das Funções Orais nos Diversos Tipos Faciais*  
**In: Marchesan, I. Q. Tópicos em Fonoaudiologia II. São Paulo: Lovise, 1995, p.147-153.**

**MARCHESAN, I. Q.** *Motricidade Oral. 2.ed. São Paulo: Pancast Editora, 1999.*

**PETRELLI, E.** *Ortodontia para Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise, 1994.*

**SCHWART, E. S.** *Etiologia da Má-Oclusão* **In: Petrelli. E. Ortodontia para Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise, 1994. p. 97-107.**

**FERRAZ, M. C. A.** *Manual Prático de Deglutição Atípica e Problemas Correlatos (Motricidade Oral) – Terapia Miofuncional nos tratamentos Orofaciais. 4.ed. São Paulo: Revinter,*

**CUPELLO, Regina C. M.** *1000 Perguntas em Fonoaudiologia. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.*

**CRUZ, Amadeu R..** *Wallon: O Tônus Muscular e o Desenvolvimento Psicológico da Criança. São Paulo: Revista do Corpo e da Linguagem, volume 4, Janeiro 1984.*

**MEIRA, Isis.** *Psicomotricidade: Conceituação e Atuação. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.*

**PADOVAN, Beatriz A. E.** *Reeducação Mioerápica nas Pressões Atípicas de Língua: Diagnóstico e Terapêutica. São Paulo: Revista Ortodontia, vol. 9 e 10, janeiro/ abril e maio/ agosto 1976.*

**SOUCHARD, P.E.** *Ginástica postural global. São Paulo: Martins Fontes, 1988.*

**GARDNER, E.; GRAY, D.; O'ORAHILLY, R.** *Anatomia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1971.*

**FERREIRA, Leslie P. (org.).** *Temas de Fonoaudiologia. São Paulo: Loyola, 1993.*

**MARCHESAN, I. Q.; Zorzi, J. L.; GOMES, I. C.** *Tópicos em Fonoaudiologia 1997/1998. Vol. IV. São Paulo: Editora Lovise, 1998.*

**GAYOTTO. Andréa B. P.** *Problemas Respiratórios e Modificações Posturais: Uma Proposta a Luz da Eutonia.* <http://www.ceaodontofono.com.br/publicacoes/mar01.html>

**MACIEL. Roberto N.** *Oclusão e ATM: Procedimentos Clínicos.* São Paulo: Livraria Santos Editora, 1998.

**CARVALHO, Gabriela Doroty de.** *Alterações Posturais da SRB.*  
[http://www.ceaodontofono.com.br/publicacoes/fev00\\_postura.html](http://www.ceaodontofono.com.br/publicacoes/fev00_postura.html)

**COSTA, Andréia S.** *Reeducação Postural Global.*  
<http://users.urbi.com.br/salute/tratamentosrpg.Htm>

## ANEXO 1

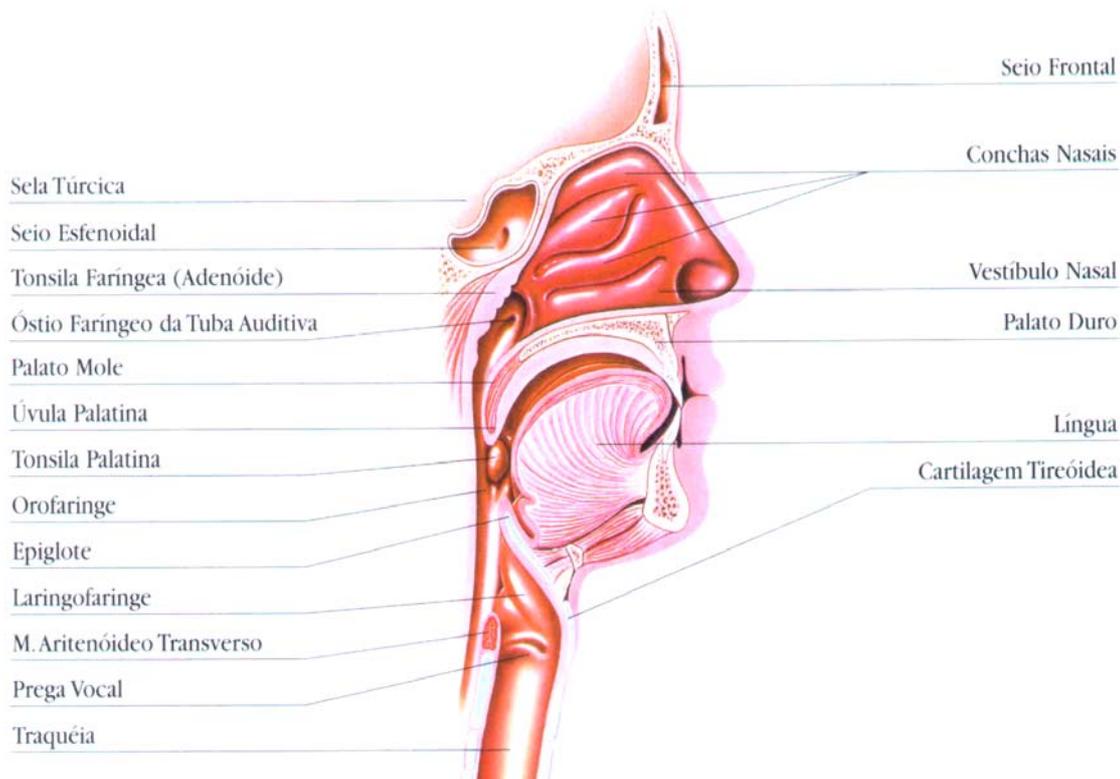


Foto 01: Desenho esquemático em corte sagital das estruturas participantes na deglutição.  
Fonte: Guia didático Libbs Farmacêutica.

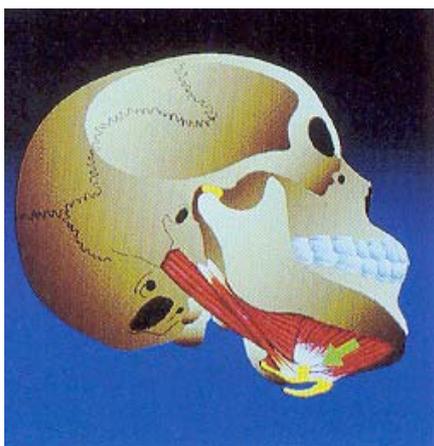


Foto 02: Grupo dos músculos supra-hióideos. Se estende da mandíbula ao osso hióide e sua função básica é elevar esse osso na deglutição e abaixar a mandíbula quando o osso hióide está fixo.

Fonte: Oclusão e ATM - Procedimentos Clínicos, Livraria Santos Editora, 1998, p.30.



Foto 03: Paciente dólicofacial. Note o comprimento facial  
Fonte própria.



Foto 04-05: Sucção de dedo



Foto 06: Sucção de chupeta

Fonte: Caderno de Odontopediatria (Ortodontia na dentadura Decídua)  
Diagnóstico, Planejamento e Controle, Livraria Santos Editora, 2001.  
<http://www.odontogeral.hpg.ig.com.br/habitosbucaisnocivos.html>

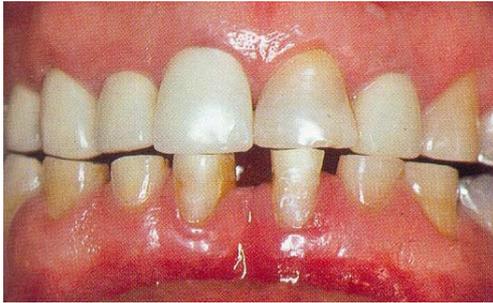


Foto 07: Caso extremo de Bruxismo. Observe o nível de abrasão dos incisivos inferiores. Uma crise de bruxismo agudo provocou necrose rapidamente nestes dentes.  
Fonte: Oclusão e ATM - Procedimentos Clínicos, Livraria Santos Editora, 1998, p.227



Foto 08-09: Foto ilustrativa de paciente Classe II, de Angle. Observe a mordida aberta.  
Fonte: Oclusão e ATM - Procedimentos Clínicos, Livraria Santos Editora, 1998, p.321.



Foto 10: Classe III de Angle. Observe o queixo protruso. A arcada superior oclui atrás da arcada inferior.  
Caso clínico: <http://www.vellini.com.br>

## **ANEXO 2**

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	08
1. DEGLUTIÇÃO. ....	11
1.1. Deglutição dita normal.....	11
1.1.1. Estruturas participantes da Deglutição.....	12
1.1.2. Classificação da Deglutição.....	13
1.1.3. Fases da Deglutição.....	14
2. DEGLUTIÇÃO ATÍPICA. ....	16
2.1. Etiologia da Deglutição Atípica.....	16
2.1.1. Tipos Faciais. ....	16
2.1.2. Respiração Bucal.....	17
2.1.3. Sucção do Polegar.....	19
2.1.4. Bruxismo e Onicofagia.....	20
2.1.5. Postura e Tamanho de Língua.....	20
2.2. Principais Desvios Observados na Deglutição Atípica.....	20
2.3. Alterações Relacionadas à Deglutição Atípica.....	22
2.4. Classificações das Más-Oclusões.....	22
2.5. Deglutição Atípica Relacionada à Má-Oclusão (forma e função).....	24
2.6. A Importância do Posicionamento Patológico de Língua no Direcionamento do Crescimento Facial.....	25
3. POSTURA.....	28

	51
3.1. Postura e Sistema Estomatognático. ....	28
3.2. Respiração Bucal e Postura. ....	29
3.3. Postura Corporal e Atividade Física.....	33
4. PROCESSO TERAPÊUTICO. ....	34
4.1. INTERVENÇÃO Fonoaudiológica Breve (IFB) .....	36
4.2. Plano Terapêutico. ....	37
4.3. Terapia Miofuncional. ....	39
4.3.1. Material Utilizado.....	40
CONCLUSÃO. ....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....	43
ANEXO 1. ....	46
ANEXO 2 .....	49
ÍNDICE. ....	50
FOLHA DE AVALIAÇÃO. ....	52

## FOLHA DE AVALIAÇÃO

UNIVERSIDADE CÂNDIDO MENDES

PROJETO A VEZ DO MESTRE

PÓS – GRADUAÇÃO “LATO SENSU”

PSICOMOTRICIDADE

Título: A Importância do Eixo Corporal na Síndrome do Deglutidor Atípico.

Nome: Tatiana Ferreira Torracó

Orientador: Nilson Guedes de Freitas

Data de Entrega: 27/07/2004

Avaliação:

---

---

---

---

---

---

---

Avaliado por: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.