

PERFIL MASTIGATÓRIO DE OBESOS MÓRBIDOS SUBMETIDOS À GASTROPLASTIA

Masticatory profile of morbidly obese patients undergoing gastroplasty

Rosa de Fátima Marques Gonçalves ⁽¹⁾, Ethel Zimberg Chehter ⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil mastigatório do obeso mórbido. **Método:** estudo pareado por idade e sexo avaliou motricidade orofacial e mastigação de 40 obesos mórbidos submetidos à gastroplastia e 40 eutróficos sem queixas de mastigação e/ou deglutição. **Resultados:** obesos mórbidos apresentaram: alteração de práxis e variáveis de lábios, língua, além de alteração no tamanho de mandíbula; na avaliação de mastigação habitual – ritmo rápido, movimentação vertical de mandíbula, tamanho grande do bolo, escassez de mastigação e necessidade de líquido durante a mastigação; nas avaliações de mastigações lateralizadas – ausência de corte do alimento, ritmo rápido, movimentação vertical de mandíbula, tamanho grande do bolo e escassez de mastigação. **Conclusão:** pacientes obesos mórbidos apresentam alterações de mastigação.

DESCRIPTORIOS: Mastigação; Obesidade Mórbida; Gastroplastia

■ INTRODUÇÃO

A fase inicial do processo digestivo é a mastigação, que consiste na mais importante função do sistema estomatognático. A maior parte do processo da mastigação é produzida pelo reflexo mastigatório.

Para uma mastigação eficiente é preciso saúde dos dentes e possibilidade adequada dos movimentos mandibulares, coordenados pelas articulações temporomandibulares (ATM) e pelo sistema neuromuscular¹.

Os músculos mastigatórios podem ser divididos em levantadores (temporal, masséter e pterigóideo medial) ou depressores (pterigóideo lateral e toda a musculatura supra-hióidea – principalmente o ventre anterior do digástrico, o gênio-hióideo e o milo-hióideo) da mandíbula, dependendo da sua ação durante a mastigação. Estes músculos são inervados pelo ramo motor do 5º par craniano,

sendo o processo da mastigação controlado por núcleos do tronco cerebral².

A diminuição do tônus muscular dos órgãos fonarticulatórios, a restrição dos movimentos mandibulares e a alteração das praxias orofaciais tornam os movimentos mastigatórios incompetentes³.

A obesidade é uma doença crônica universal, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. Trata-se de fenômeno multifatorial que envolve componentes genéticos, comportamentais, psicológicos, sociais, metabólicos e endócrinos. É uma das doenças que mais mata no mundo em decorrência de suas comorbidades, estando na lista das 10 doenças mais mortais do planeta⁴.

A indicação cirúrgica deve basear-se na análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos. A avaliação no pré e pós-operatório deve ser realizada por equipe multidisciplinar. São candidatos ao tratamento cirúrgico pacientes com o Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 40 kg/m² ou com IMC superior a 35 kg/m² associado à comorbidades, fracasso de métodos conservadores de emagrecimento bem conduzidos, condições psicológicas para cumprir a orientação dietética no pós-operatório e ausência de causas endócrinas de obesidade⁴.

⁽¹⁾ Fonoaudióloga; Pesquisadora da Faculdade de Medicina do ABC, FMABC, Santo André, São Paulo, Brasil; Mestre em Ciências da Saúde.

⁽²⁾ Médica Gastroenterologista; Professora-adjunta da Faculdade de Medicina do ABC, FMABC, Santo André, São Paulo, Brasil; Doutora em Medicina.

Conflito de interesses: inexistente

As referências da literatura mundial sobre a mastigação na obesidade mórbida são escassas, sendo ainda mais reduzida no Brasil.

Considerando o mencionado, o objetivo desta pesquisa foi traçar o perfil mastigatório do paciente obeso mórbido.

■ MÉTODO

O estudo pareado por idade e sexo tem caráter prospectivo, descritivo e qualitativo.

Todos os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assegurou os direitos de participação voluntária na pesquisa, assim como o anonimato do participante.

A fonoaudióloga responsável por esta pesquisa aplicou na fase pré-operatória dos participantes obesos dois protocolos validados anteriormente⁵ para avaliação da motricidade orofacial e da mastigação; na avaliação de mastigação fez uso de pão-de-queijo, por ser um alimento que favorece a visualização desta função e que principalmente não causa atipias erroneamente, de boa comparação, aceitação e visualização da mastigação.

O protocolo de avaliação da motricidade orofacial foi aplicado em um ambiente reservado, para não expor o participante que permaneceu sentado durante a sua realização. Esta avaliação avaliou postura, mobilidade e tonicidade.

O protocolo de avaliação da mastigação também foi aplicado no mesmo local da avaliação anterior logo em seguida da mesma, tendo o participante permanecido sentado durante o mesmo, sendo dividido em três provas de mastigação: habitual, lateralizada à direita e lateralizada à esquerda.

1ª prova: foi pedido ao paciente que mastigasse de modo habitual e observado o modo de corte do alimento (dentes anteriores ou laterais), tipo de mastigação (bilateral, unilateral direita ou unilateral esquerda), ritmo (lento ou rápido), movimentos de mandíbula, tamanho do bolo alimentar, excesso de mastigação, escassez de mastigação e necessidade de líquidos durante a deglutição.

2ª prova: foi pedido ao paciente que mastigasse somente à direita e observado o modo de corte do alimento (dentes anteriores ou laterais), ritmo (lento ou rápido), movimentos de mandíbula, tamanho do bolo alimentar, excesso de mastigação, escassez de mastigação e necessidade de líquidos durante a deglutição.

3ª prova: foi pedido ao paciente que mastigasse somente à esquerda e observado o modo de corte do alimento (dentes anteriores ou laterais), ritmo (lento ou rápido), movimentos de mandíbula, tamanho do bolo alimentar, excesso de mastigação,

escassez de mastigação e necessidade de líquidos durante a deglutição.

Entende-se por ritmo mastigatório adequado para o alimento avaliado o tempo de 30 a 40 segundos, com uma média de 15 a 20 ciclos mastigatórios⁶.

O grupo caso foi composto por obesos mórbidos e o grupo controle por eutróficos.

O critério de seleção para o grupo caso foi de sujeitos com diagnóstico de obesidade mórbida, que seriam submetidos à gastroplastia, selecionados nos Departamentos de Cirurgia conveniados com a Faculdade de Medicina do ABC; para o grupo controle foi de sujeitos eutróficos, sem queixas de mastigação e deglutição; pertencer a ambos os sexos, na faixa etária adulta.

O critério de exclusão foi de sujeitos que tivessem passado por fonoterapia anteriormente e possuíssem doença neurológica associada (diagnóstico médico).

Apesar da possibilidade de interferência direta nos resultados, as condições de dentição, uso de medicamentos, próteses e adaptações não foram avaliados e/ou levados em consideração para comparação dos grupos, uma vez que estes participantes em condições semelhantes, apenas justificariam hábitos alimentares diferentes.

Foi submetido primeiramente à avaliação do Comitê de Ética do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina do ABC, sob o nº 236/2008.

Na análise estatística, o intervalo de confiança 95% definiu a significância estatística de resultados $p\text{-value} < 0,05$. O teste Qui – quadrado foi aplicado para verificar associações e o teste exato de Fisher foi aplicado para situações em que o número de elementos por célula foi menor que 5 (cinco). Estes testes foram analisados pelo estatístico.

■ RESULTADOS

A casuística constituiu-se de 80 pacientes: 40 obesos mórbidos – 4 do sexo masculino e 36 do sexo feminino, com idade entre 24 e 68 anos – que aguardavam pela gastroplastia e 40 eutróficos, sem queixas de mastigação e deglutição – 5 do sexo masculino e 35 do sexo feminino, com idade entre 21 e 66 anos.

As avaliações foram aplicadas no período pré-operatório do grupo de obesos mórbidos.

Na avaliação da Motricidade Orofacial em ambos os grupos, as variáveis musculatura de língua, práxis de língua, bochechas e mandíbula apresentaram resultados constantes, não gerando estatística de teste, o que demonstra integridade de forma e função. As variáveis da práxis de lábios: vibrar,

assobiar e mover para a esquerda foram estatisticamente significantes, apresentando p-value de 0,001, 0,006 e 0,011 respectivamente, destacando maior diferença em resposta à práxis, sinalizando dificuldade por parte do grupo obeso em realizá-las.

As estatísticas de teste para as variáveis de lábios: características ($p=0,040$), esfíncter ($p=0,122$), posição habitual ($p=0,031$), musculatura de lábio superior ($p=0,359$) e inferior ($p=0,314$), frênulo de lábio superior ($p=0,314$) e inferior ($p=0,314$), além das práxis de abrir ($p=0,314$), pressionar ($p=0,314$), alongar ($p=0,314$), arredondar ($p=0,077$) e mover para direita ($p=0,077$); as variáveis de língua: características ($p=0,039$), posição habitual ($p=0,122$) e freio ($p=0,077$); além da variável tamanho de mandíbula ($p=0,210$), também apresentaram significância estatística entre os grupos.

Na avaliação da mastigação, os resultados obtidos na primeira prova, que consistia em mastigar o pão de queijo de forma habitual, mostram que à exceção do tipo de mastigação ($p=0,010$), as demais variáveis demonstram prevalente significância estatística, com $p=0,00$. Com esses resultados, o grupo obeso é caracterizado por um perfil mastigatório alterado, à exceção do corte do alimento com dentes anteriores (57,5%) e tipo bilateral (75%), apresenta ritmo rápido (65%), movimentação vertical de mandíbula (55%), tamanho do bolo grande (60%), escassez de mastigação (55%) e necessidade de líquido durante a mastigação (42,5%).

A segunda prova, que consistia em mastigar o pão de queijo lateralizando apenas para o lado direito, demonstra também um perfil mastigatório significativamente alterado para o grupo obeso, com $p=0$ em todas as variáveis avaliadas, revelando que este grupo manifesta ausência de corte do alimento (42,5%), ritmo rápido (40%), movimentação vertical de mandíbula (50%), tamanho grande do bolo (42,5%), escassez de mastigação (47,5%) e metade destes pacientes (50%) não necessita de água durante a mastigação. Ressalta-se ainda que sete pacientes do grupo caso não realizaram a segunda prova devido à ausência dentária do lado avaliado – direito

A terceira prova, que consistia em mastigar o pão de queijo lateralizando apenas para o lado esquerdo, nos mostra ainda que este perfil permaneceu alterado para o grupo obeso, já que o p-value encontrado foi 0 (zero). Assim como na segunda prova, estes pacientes apresentam ausência de corte do alimento (45%), movimentação vertical de mandíbula (57,5%), tamanho grande do bolo (47,5%), escassez de mastigação (52,5%) e metade destes pacientes (50%) não necessita de

líquido durante a mastigação. Cinco pacientes do grupo caso não realizaram a terceira prova devido à ausência dentária do lado avaliado – esquerdo.

■ DISCUSSÃO

A importância da mastigação para a digestão é um assunto bastante controverso. Para alguns autores, a necessidade da mastigação para a digestão do alimento, não altera a velocidade do processo digestivo, apenas evita a sufocação durante a deglutição⁷. Entretanto, considera-se também que o alimento bem mastigado pode auxiliar no processo da digestão, uma vez que as enzimas digestivas atuam sobre a superfície das partículas alimentares⁸. Assim, partículas menores representam maior área total de superfície alimentar exposta às secreções digestivas. Ademais, a trituração do alimento em partículas finas possibilita a mistura apropriada com a saliva, favorecendo a ação das enzimas, aumenta a velocidade de passagem do alimento pelos compartimentos digestivos e evita a escoriação dos mesmos⁹.

Partículas grandes de alimento podem ser digeridas mais lentamente que o mesmo alimento completamente mastigado, e devido a sua longa permanência no intestino, podem causar irritações e até mesmo obstrução intestinal⁹. Mastigar inadequadamente o alimento ingerido pode acarretar uma chegada desordenada deste ao estômago, que juntamente com grandes volumes de ar, levariam o estômago a uma sobrecarga em sua atividade mecânica para misturar o bolo alimentar mal preparado¹⁰.

Desta forma, iniciou-se o interesse nesta pesquisa, a fim de traçar o perfil mastigatório de obesos mórbidos submetidos à gastroplastia, visto que não há relatos na literatura que norteiem a prática fonoaudiológica neste novo campo de atuação, portanto não é rotina destes pacientes serem submetidos a avaliações específicas para alterações digestivas relacionadas à introdução alimentar no pré-operatório. Este estudo contou ainda com o pareamento de 40 adultos eutróficos voluntários.

A incidência de realização da gastroplastia é freqüentemente maior no sexo feminino¹¹. Estes dados vêm de encontro com os achados neste estudo em que 87,5% dos pacientes submetidos à gastroplastia eram do sexo feminino. Isso pode ser explicado pela maior procura de mulheres que exercem atividades domésticas, podendo apresentar maior disponibilidade de tempo para o tratamento¹².

A média de idade que os pacientes se submetem a este tipo de cirurgia é de 36,07 anos, com idade

entre 17 e 66 anos¹³. Os achados deste estudo corroboram com a literatura, apresentando no grupo caso uma média de 37,9 anos, com idade entre 24 e 68 anos.

Quanto à avaliação da Motricidade Orofacial, observou-se integridade de forma e função de língua, bochechas e mandíbula em ambos os grupos, porém o grupo caso apresentou alteração nas variáveis de lábios: características ($p= 0,040$), esfíncter ($p= 0,122$), posição habitual ($p= 0,031$), musculatura de lábio superior ($p= 0,359$) e inferior ($p= 0,314$), freio de lábio superior ($p= 0,314$) e inferior ($p= 0,314$), além das práxis de abrir ($p= 0,314$), pressionar ($p= 0,314$), alongar ($p= 0,314$), arredondar ($p= 0,077$) e mover para direita ($p= 0,077$). Estes resultados vêm de encontro com os obtidos por Bortolotti e Andrada e Silva (2005), que realizaram avaliação do sistema sensorio motor oral com 21 mulheres portadoras de obesidade mórbida e encontraram que a maioria da amostra possui alteração quanto ao tônus e à mobilidade de língua (72%), lábios (52%) e bochechas (90%)¹⁴.

Todos os participantes eutróficos realizaram as três provas, não apresentando ausência dentária em nenhum caso. A primeira prova da avaliação da mastigação foi realizada por todos os participantes dos grupos, porém houve uma limitação no estudo, já que sete participantes obesos não participaram da segunda prova, e cinco deste mesmo grupo da terceira prova, devido à ausência dentária do lado solicitado em cada prova, implicando em uma incapacidade mastigatória. Grandes estudos populacionais indicam que pessoas desdentadas ou com ausência dentária extensa consomem, em média, quantidades menores de proteína total^{15,16}, proteína animal¹⁶, cálcio¹⁵, vitamina D¹⁶, vitamina C^{16,17}, vitamina B1¹⁶, vitamina A¹⁷, vitamina B6¹⁶, ácido fólico¹⁷, niacina¹⁶ e ácido pantotênico¹⁶, além de ingerirem mais sódio, colesterol, gordura saturada e calorias do que pessoas do que pessoas classificadas como tendo uma dentição funcional, representada por ter ao menos 20 dentes naturais. Tais achados podem justificar o aumento da massa corporal destes indivíduos obesos, que pertenciam a um nível sócio-econômico-cultural baixo e apresentavam ausência dentária significante.

Na avaliação da mastigação, é evidente a diferença observada entre os grupos, onde algumas variáveis avaliadas estavam alteradas. Observa-se claramente que o perfil mastigatório dos obesos é significativamente alterado em relação aos eutróficos.

Em relação ao corte do alimento na maioria do grupo de obesos, houve diferença nos resultados obtidos na 1ª prova que foi corte com dentes anteriores das demais provas que resultaram em

ausência de corte do alimento. Cabe ponderar que embora tenha sido solicitado aos avaliados que comessem de modo habitual, é possível que os indivíduos tenham mordido o alimento para ingeri-lo devagar, julgando ser este o resultado de uma boa *performance* mastigatória. A situação de avaliação pode ser considerada fator de interferência no padrão mastigatório habitual, causando com isto um possível *viés* neste resultado.

Quanto ao tipo de mastigação, o resultado encontrado foi de normalidade em 75% do grupo obeso realizando o tipo bilateral alternado, o que não foi significativo estatisticamente ao grupo controle que apresentou resultado 100% neste mesmo tipo mastigatório, mas observa-se que 25% do grupo caso apresentam alteração. A mastigação bilateral alternada pode ser modificada devido à presença de próteses e/ou falhas dentárias, o que justificaria tal alteração¹⁰.

O ritmo mastigatório rápido no grupo obeso é predominante em todas as provas. Este fato impossibilita a apreciação dos alimentos pelas papilas gustativas localizadas na cavidade oral, fazendo com que o indivíduo se alimente com mais voracidade, já que os sinais de saciedade que o estômago transmite ao cérebro não são imediatos à ingestão alimentar.

A movimentação de mandíbula predominante em todas as provas foi a vertical. A explicação para tal resultado pode advir da escassez de mastigação impossibilita a estimulação do centro da saciedade, como aqueles gerados nos proprioceptores musculares excitados durante a distensão e contração dos diferentes grupos musculares estriados que participam da mastigação, principalmente, os músculos mandibulares².

O tamanho pequeno do bolo alimentar foi constatado apenas na 1ª prova pelo fato destes pacientes apresentarem em sua maioria corte do alimento; porém, nas demais provas obteve-se como resposta o tamanho grande do bolo alimentar. Esta mensuração foi estipulada pelo critério de corte; para caracterizar um tamanho grande, o alimento não deveria ser cortado, sendo consumido inteiro.

A escassez mastigatória apresentou-se em todas as provas da avaliação. Esse resultado corrobora com os resultados anteriores de ritmo mastigatório rápido e tamanho grande do bolo alimentar, que estão diretamente relacionados com a sensação de saciedade. A mastigação serve como um excelente medidor para a quantidade adequada de alimentos a ser ingerido. Durante o processo de mastigação o corpo vai recebendo avisos e se preparando quimicamente para a assimilação dos nutrientes, até o momento em que dá sinais de apetite saciado².

A variável necessidade de líquido durante a mastigação nas três provas apresentou respectivamente 40,3%, 32,5%, 52,5% no grupo obeso, enquanto que no grupo eutrófico esse resultado foi de 0% em todas as provas. Esse fato pode ser explicado pela maioria dos medicamentos utilizados para obesidade ser simpaticomiméticos, farmacologicamente associados a anfetaminas. Ambos suprimem o apetite estimulando o centro de saciedade localizado no hipotálamo, tendo como efeito colateral a xerostomia¹⁸.

Com estes resultados pode-se inferir que alterações no perfil mastigatório estão presentes no período pré-operatório de obesos mórbidos submetidos à gastroplastia, sugerindo que as alterações digestivas mais comuns no pós-operatório relacionadas à reintrodução alimentar, tais como engasgos e refluxo gastroesofágico, podem resultar de hábitos alimentares inadequados, que se referem à qualidade dos alimentos consumidos, e à forma de consumo, mastigando rapidamente ou mastigando pouco.

■ CONCLUSÃO

A partir da análise dos resultados apresentados nesta pesquisa, conclui-se que o perfil mastigatório do obeso mórbido submetido à gastroplastia é caracterizado por:

- Integridade de forma e função de língua, bochechas e mandíbula;
- Ausência de corte do alimento;
- Ritmo mastigatório rápido;
- Movimentos de mandíbula verticais;
- Tamanho do bolo alimentar grande;
- Escassez de mastigação.

O perfil mastigatório dos obesos mórbidos apresenta características próprias, com alterações significantes em relação aos eutróficos.

ABSTRACT

Purpose: to trace a profile of morbidly obese patient chewing. **Method:** study matched for age and sex evaluated oral motor and chew of 40 morbidly obese patients undergoing bariatric surgery and 40 eutrophic with no complaints of chewing and/or swallowing. **Results:** morbidly obese showed: change in praxis and variables of lips and tongue and change in mandible size upon evaluating the mastication process – fast pace, vertical movement of the jaw, large size of the pie, chewing scarcity and need for fluid during chewing; in evaluations of lateralized chewing – no food cut, fast pace, the vertical movement of the jaw, large size of the cake and a shortage of mastication. **Conclusion:** morbidly obese patients show chewing alterations.

KEYWORDS: Mastication; Obesity, Morbid; Gastroplasty

■ BIBLIOGRAFIA

1. Rahal A, Goffi-Gomez MVS. Electromyographic study of the masseter muscle during maximal voluntary clenching and habitual chewing in adults with normal occlusion. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* 2009; 14(2):160-4.
2. Ertekin C, Aydogdu I. Neurophysiology of swallowing. *Clin Neurophysiol.* 2010; 114(12): 2226-44.
3. Saconato M, Guedes ZCF. Study of chewing and swallowing in children and teenagers with Möbius syndrome. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* 2009; 14(2):165-71.
4. Prevedello CF, Colpo E, Mayer ET, Copetti H. Analysis of the bariatric surgery impact in a population from the center area of Rio Grande do Sul State, Brazil, using the BAROS method. *Arq. Gastroenterol.* 2009. 46(3): 199-203.
5. Nicola M, Cozzi C. Manual de avaliação fonoaudiológica. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p. 23-6.
6. Pignataro Neto G, Bérzin F, Rontani RMP. Identificação do lado de preferência mastigatória através de exame eletromiográfico comparado ao visual. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2009 jul./ago; 9(4): 77-85.

7. Bretan O, Correa HFK. Disfagia e alterações emocionais. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2007 mar-abr; 63(2): 185-90.
8. Vieira ACC, Santos VA, Santos CPF, Costa MFF, Ferreira MLB. Stomatognathic System Profile of Multiple Sclerosis Patients Assisted at the Reference Center Recife – Pernambuco – Brazil. *Rev. Neurobiol.* 2010 jan./mar; 73(1): 85-91.
9. Felício CM, Couto GA, Ferreira CLP, Mestriner Junior W. Confiabilidade da eficiência mastigatória com beads e correlação com a atividade muscular. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* 2008 out-dez: 20(4): 225-30.
10. Whitaker ME, Trindade Júnior AS, Genaro KF, Proposta de protocolo de Avaliação Clínica da Função Mastigatória, *Rev. CEFAC [online]*. ahead of print, pp. 0-0. Epub 15-Maio-2009. ISSN 1516-1846.
11. World Health Organization Global Infobase. Disponível em: <https://apps.who.int/infobase/>. Acesso em: 10 Dezembro 2010.
12. World Health Organization Media Centre. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Acesso em: 10 Dezembro 2010.
13. Costa ACC, Ivo ML, Cantero WS, Tognini JRF. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enferm.* 2009. Jan/fev; 22(1): 55-9.
14. Bortolotti P, Silva MAA. Caracterização da voz de um grupo de mulheres com obesidade mórbida acompanhadas no Setor de Cirurgia Bariátrica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Distúrbios da Comunicação*. 2005; 17(2): 149-60.
15. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, et al. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res.* 2001; 80(2): 408-13.
16. Yoshihara A, Watanabe R, Nishimuta M, Hanada N, Miyazaki H. The relationship between dietary intake and the number of teeth in elderly Japanese subjects. *Gerodontology.* 2005; 22(4): 211-8.
17. Sahyoun NR, Lin CL, Krall E. Nutritional status of the older adult is associated with dentition status. *J Am Diet Assoc.* 2003; 103(1): 63-6.
18. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Rev. Med. Minas Gerais.* 2010. 20(3): 359-66.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000137>

RECEBIDO EM: 18/01/2011

ACEITO EM: 02/06/2011

Endereço para correspondência:

Rosa de Fátima Marques Gonçalves

Rua dos Tamoios, 1324 – Batista Campos

Belém – PA – Brasil

CEP: 66025-540

E-mail: rosa_marquesg@hotmail.com

Lábios

Características:
 Finos Ressecados Com Sucção
 Grossos Molhados Normais

Esfíncter:
 Grande Proporcional
 Pequeno Desproporcional

Posição Habitual:
 Fechados Contraídos
 Abertos Com Sucção

Musculatura:

	Lábio Superior	Lábio Inferior
Hipertônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Freio:

	Lábio Superior	Lábio Inferior
Hipertrófico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Práxis:
 Abrir Fechar Vibrar Soprar Alongar Estreitar
 Pressionar Arredondar Assobiar Mover para direita Mover para esquerda

Língua

Características:
 Macroglossia Geográfica Bífida Normal

Musculatura:
 Hipertônica Hipotônica Normal

Posição Habitual:
 Elevada Interposta Lateralidade Sucção

Freio:
 Curto Normal

Práxis:
Saída: Reta Para cima Para baixo Para direita Para esquerda
Capacidade de: Alargar Vibrar Estalar Levantar dorso
 Afinar Canelar

Bochechas
 Encher as ambas Encher apenas a direita Encher apenas a esquerda Comprimir ambas

Mandíbula

Tamanho:
 Normognatia Macrognatia Micrognatia Retrognatia

Práxis:
 Mover para direita Mover para esquerda Frente Trás
 Abre com pescoço fletido Abre e fecha rapidamente Abre e fecha lentamente.

Figura 1 – Avaliação da motricidade orofacial

1ª Prova

Solicitar ao paciente que mastigue de modo habitual e observar:

1- Corte do alimento:

Dentes Anteriores Dentes Laterais Ausência

2- Tipo:

Bilateral Unilateral D Unilateral E

3- Ritmo:

Lento Rápido

Legenda: Lento = mais de 40 segundos; Rápido = menos de 30 segundos.

4- Movimentos de mandíbula:

Rotatórios Verticais

5- Tamanho do bolo alimentar:

Pequeno Grande

Legenda: Pequeno = pedaço do alimento; Grande = alimento inteiro.

6- Excesso de mastigação:

Não Sim

Legenda: Não = 20 vezes; Sim = mais de 20 vezes.

7- Escassez de mastigação:

Não Sim

Legenda: Não = 20 vezes; Sim = menos de 15 vezes.

8- Necessidade de líquidos durante a deglutição:

Não Sim

2ª Prova

Solicitar ao paciente que mastigue só à direita e observar:

1- Corte do alimento:

Dentes Anteriores Dentes Laterais Ausência

2- Ritmo:

Lento Rápido

Legenda: Lento = mais de 40 segundos; Rápido = menos de 30 segundos.

3- Movimentos de mandíbula:

Rotatórios Verticais

4- Tamanho do bolo alimentar:

Pequeno Grande

Legenda: Pequeno = pedaço do alimento; Grande = alimento inteiro.

5- Excesso de mastigação:

Não Sim

Legenda: Não = 20 vezes; Sim = mais de 20 vezes.

6- Escassez de mastigação:

Não Sim

Legenda: Não = 20 vezes; Sim = menos de 15 vezes.

7- Necessidade de líquidos durante a deglutição:

Não Sim

3ª Prova

Solicitar ao paciente que mastigue só à esquerda e observar:

1- Corte do alimento:

Dentes Anteriores Dentes Laterais Ausência

2- Ritmo:

Lento Rápido

Legenda: Lento = mais de 40 segundos; Rápido = menos de 30 segundos.

3- Movimentos de mandíbula:

Rotatórios Verticais

4- Tamanho do bolo alimentar:

Pequeno Grande

Legenda: Pequeno = pedaço do alimento; Grande = alimento inteiro.

5- Excesso de mastigação:

Não Sim

Legenda: Não = 20 vezes; Sim = mais de 20 vezes.

6- Escassez de mastigação:

Não Sim

Legenda: Não = 20 vezes; Sim = menos de 15 vezes.

7- Necessita de líquidos durante a deglutição:

Não Sim

Figura 2 – Avaliação da mastigação