

# FUNÇÕES ORAIS E REFLUXO GASTRESOFÁGICO\*

## ORAL FUNCTIONS AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX

*Juliana de Azevedo Marchi<sup>1</sup>*

### RESUMO

**Objetivo:** este trabalho tem por objetivo avaliar o sistema estomatognático nos indivíduos que apresentam refluxo gastresofágico, uma vez que esse sistema tem participação no mecanismo da digestão. **Métodos:** a análise de dados referente à avaliação do sistema estomatognático desta monografia de finalização do curso de especialização em Motricidade Oral do CEFAC foi realizada a partir da coleta de dados retirada do protocolo utilizado com 42 indivíduos que apresentam refluxo gastresofágico atendidos no Setor de Terapia Fonoaudiológica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, de abril de 1999 a outubro de 2000. **Resultados:** no desenvolvimento da pesquisa, foram encontradas alterações importantes das funções do sistema estomatognático, principalmente com relação a mastigação e deglutição nos indivíduos que apresentam refluxo. Com relação à mastigação, 74% dos pacientes apresentaram mastigação unilateral, 26% apresentaram predomínio de movimento vertical durante essa função e 10% apresentaram preensão lateral do alimento. Na análise da função de deglutição, encontramos 74% que apresentaram algum tipo de alteração, sendo mais frequentes: uso de músculos periorais (40%) e pressão da língua contra os dentes (22%). Ainda é importante relatar que 93% dos pacientes revelaram alguma queixa com relação à situação de alimentação. Foram observadas ainda presença de hábitos parafuncionais em 21% dos pacientes e queixa da articulação temporomandibular em 31%. **Conclusão:** com a realização deste estudo verificamos que os pacientes com a doença do refluxo gastresofágico apresentam alterações significativas do sistema estomatognático, principalmente das funções de deglutição e mastigação.

**Descritores:** refluxo gastroesofágico; sistema estomatognático; adulto.

### ■ INTRODUÇÃO

Sabemos que o sistema estomatognático é composto por estruturas e desempenha funções que são importantes para o mecanismo da digestão. Tendo essa afirmação como verdadeira, surgem inúmeros questionamentos: qual a relação entre a digestão e o sistema estomatognático? Um interfere no outro? Qual a importância dessas estruturas e funções para a ocorrência da digestão?

A partir desses questionamentos, surgiu a idéia de realizar este trabalho, que tem como objetivo avaliar o sistema estomatognático dos indivíduos que apresentam refluxo. Para isso, se faz necessário estudar as estruturas envolvidas no sistema digestivo, com aprofundamento nas estruturas e funções do sistema estomatognático, além de compreender a fisiologia da digestão normal e patológica (refluxo).

Portanto, este estudo busca verificar se existe uma relação entre refluxo e alterações do sistema estomatognático. Isso porque existe a hipótese de que uma alteração no funcionamento do sistema estomatognático, principalmente da mastigação e deglutição, possa interferir em todo o processo normal da digestão do indivíduo, uma vez que esse sistema participa no mecanismo da digestão que se inicia na boca.

### ■ MÉTODOS

Para a realização da parte prática desta monografia de finalização do curso de especialização em Motricidade Oral do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – CEFAC/SP foram colhidos dados de um protocolo de avaliação utilizado no Ambulatório de Refluxo Faringolaríngeo do Setor de Terapia Fonoaudiológica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

\*Trabalho realizado na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Departamento de Otorrinolaringologia. Setor de Terapia Fonoaudiológica e CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – São Paulo.

<sup>1</sup>Fonoaudióloga formada em 1997 pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. Especialista em Voz pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Especialista em Motricidade Oral pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – CEFAC.

córdia de São Paulo. Foram analisados 42 protocolos de pacientes com idade entre 31 e 60 anos que apresentavam refluxo gastroesofágico.

Foi utilizado o protocolo de avaliação da própria instituição, que é aplicado nos pacientes que são atendidos no Ambulatório de Refluxo Faringolaríngeo do Setor de Terapia Fonoaudiológica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, sendo coletados apenas os dados destinados à avaliação do sistema estomatognático, visto que o protocolo revela também dados referentes a avaliação vocal mas que não será material de análise deste estudo. A coleta de dados se deu no período de abril de 1999 a outubro de 2000.

## ■ RESULTADOS

Foram analisados 42 protocolos de sujeitos com idade entre 31 e 60 anos. Os sujeitos realizaram avaliação fonoaudiológica e vieram encaminhados tanto da otorrinolaringologia como da gastroenterologia da instituição já relatada. Todos os sujeitos avaliados foram encaminhados para o setor por apresentarem refluxo gastroesofágico.

A maioria dos pacientes, ou seja, 45% tinham idade entre 41 e 50 anos. Foram encontrados 29% dos pacientes com idade entre 31 e 40 anos e 26% compreendiam idade entre 51 e 60 anos.

Os pacientes foram ainda caracterizados quanto ao sexo, sendo observado que 69%, a maioria dos pacientes, eram do sexo feminino e apenas 31% do sexo masculino.

Em seguida, daremos início à análise dos dados referentes à avaliação das funções estomatognáticas, podendo ser observados abaixo os dados obtidos com relação à mastigação de pacientes com doença do refluxo gastroesofágico.

Na análise correspondente ao modo de mastigação, podemos observar na Tabela 1 que 74% dos sujeitos avaliados apresentaram mastigação unilateral, o que significa dizer que a grande maioria dos sujeitos está realizando a função de mastigação de maneira desequilibrada, sobrecarregando a musculatura do lado onde acontece a mastigação.

Na análise dos dados com relação à preensão do alimento, foi verificado que 90% dos pacientes apresentaram preensão anterior e apenas 10% apresentaram preensão lateral.

**Tabela 1.** Avaliação da mastigação quanto ao modo de mastigação dos pacientes com refluxo gastroesofágico

<b>Modo de mastigação</b>	<b>Nº de pacientes</b>	<b>% de pacientes</b>
Unilateral	31	74,0
Bilateral	11	26,0
Total de pacientes	42	100,0

**Tabela 2.** Avaliação quanto a presença ou ausência de dentes dos pacientes com refluxo gastroesofágico

<b>Dentes</b>	<b>Nº de pacientes</b>	<b>% de pacientes</b>
Próprios	9	21,0
Prótese dentária	11	26,0
Perdas dentárias	22	53,0
Total de pacientes	42	100,0

Com relação ao predomínio de movimento mandibular durante a mastigação, podemos observar que 74% dos pacientes mantiveram movimento rotatório de mandíbula, sendo que esse é o padrão considerado adequado para uma mastigação eficiente. No entanto, o movimento vertical de mandíbula durante a mastigação foi verificado em 26% dos pacientes avaliados.

Como podemos observar na Tabela 2, a maioria dos pacientes avaliados, ou seja, 53%, apresentava perdas dentárias, enquanto que apenas 21% apresentavam todos os dentes e 26% fazem uso de prótese dentária total. A partir desses dados podemos verificar e até entender as alterações encontradas na avaliação da mastigação. A seguir veremos os dados obtidos relacionados com outra função do sistema estomatognático: a deglutição.

Na avaliação da deglutição verificamos que a maioria dos pacientes, ou seja, 90%, apresentou algum tipo de alteração, sendo então classificados como apresentando deglutição com algum tipo de alteração, como pode ser mais bem observado na Tabela 3. Apenas 10% dos pacientes foram considerados como tendo uma deglutição sem nenhuma alteração.

Dentre as alterações observadas durante a deglutição, podemos verificar na Tabela 4 as que foram mais encontradas.

Dentre os achados indicativos de deglutição alterada, encontramos 40% de uso de músculos periorais, 21% referentes à pressão da língua contra os dentes, 14% relativos ao resto de alimento em vestibulo após a deglutição, 9% correspondem à projeção de língua durante a deglutição, 8% das alterações estão relacionadas com movimento compensatório de cabeça e 8% correspondem a ruído observado durante a deglutição.

**Tabela 3.** Avaliação da deglutição dos pacientes com refluxo gastroesofágico quanto a presença ou ausência de alteração

<b>Deglutição</b>	<b>Nº de pacientes</b>	<b>% de pacientes</b>
Com alteração	38	90,0
Sem alteração	4	10,0
Total de pacientes	42	100,0

**Tabela 4.** Alterações mais encontradas na avaliação da deglutição dos pacientes com refluxo gastroesofágico

Tipos de alterações	Nº	%
Uso de mm periorais	17	40,0
Pressão da língua contra os dentes	9	21,0
Resto de alimento em vestibulo	6	14,0
Projeção da língua	4	9,0
Movimento compensatório de cabeça	3	8,0
Ruidosa	3	8,0
Total de alterações	42	100,0

Foi observado que 93% dos pacientes avaliados referiram algum tipo de desconforto ou alguma observação das situações de alimentação. Apenas 7% não relataram nenhuma observação ou queixa nas situações de alimentação. Na Tabela 5 podemos verificar as observações mais referidas.

Dentre as observações mais citadas pelos pacientes nas situações de alimentação, 37% eram correspondentes a mastigar pouco, 18% referentes a mastigação unilateral, 15% das observações relatadas diziam respeito ao engasgo no momento da alimentação, 15% correspondiam à necessidade de ingerir líquido para ajudar a engolir e 15% das observações eram referentes ao estalo em ATM durante a alimentação.

Foram levantados na Tabela 6, ainda, os dados relacionados aos hábitos parafuncionais: 79% dos sujeitos avaliados referiram não apresentar nenhum hábito parafuncional; 21% referiram algum tipo de hábito, que poderá ser mais bem visualizado na próxima tabela.

Na Tabela 7 podem ser observados os hábitos parafuncionais mais referidos: bruxismo (33%), onicofagia (33%), hábito de morder os lábios e bochechas (22%) e briqueísmo (12%).

Podemos ainda observar a quantidade de pacientes que apresentaram alguma queixa em ATM. Vale lembrar que a ATM está envolvida e desempenha papel fundamental de todas as funções estomatognáticas.

**Tabela 5.** Observações ou queixas mais referidas pelos pacientes com refluxo gastroesofágico nas situações de alimentação

Observações ou queixas mais referidas	Nº	%
Mastiga pouco	37	37,0
Mastigação unilateral	18	18,0
Engasgo	15	15,0
Beber líquido para ajudar a engolir	15	15,0
Estalo em ATM	15	15,0
Total de observações e/ou queixas referidas	100	100,0

**Tabela 6.** Presença ou ausência de hábitos parafuncionais dos pacientes com refluxo gastroesofágico

Hábitos parafuncionais	Nº de pacientes	% de pacientes
Presente	9	21,0
Ausente	33	79,0
Total de pacientes	42	100,0

Podemos verificar que de todos os pacientes avaliados 69% não apresentaram queixa em ATM, como dor ou estalo, enquanto que 31% relataram algum tipo de queixa. Essa porcentagem de pacientes com alguma queixa em ATM até que é esperada para os pacientes em questão, uma vez que são significativos os achados de alterações de oclusão dentária, mastigação e até de hábitos parafuncionais.

Dentre as queixas referidas com relação a ATM, podemos verificar na Tabela 8 quais foram os sintomas mais relatados e observados no exame clínico fonoaudiológico.

Podemos verificar que, dos pacientes que apresentaram queixa ou sintoma em ATM, 45% apresentavam estalo, 31% apresentavam dor e 24% tanto dor como estalo em ATM.

Com relação à avaliação da fonação, levando em conta a avaliação da função das estruturas estomatognáticas para a articulação da fala, não foram encontrados dados de alterações significantes, como podemos observar na Tabela 9.

Podemos observar que 90% dos pacientes não apresentaram qualquer alteração da fala. Vale lembrar que não estamos considerando as alterações vocais que são bastante frequentes nesses pacientes, por não ser a voz o foco principal deste estudo, mas, sim, o desempenho das estruturas estomatognáticas no mecanismo da fala.

Sendo assim, foram observadas alterações na articulação da fala de apenas 10% dos pacientes, sendo que 5% apresentaram distorções e os outros 5% sigmatismo anterior.

## ■ DISCUSSÃO

Com a realização deste estudo verificamos um número significativo de pacientes com refluxo gastroesofágico e que

**Tabela 7.** Tipos de hábitos parafuncionais encontrados nos pacientes com refluxo gastroesofágico

Tipo de hábito parafuncional	Nº de pacientes	% de pacientes
Onicofagia	3	33,0
Bruxismo	3	33,0
Briqueísmo	1	12,0
Morder lábios e bochechas	2	22,0
Total de pacientes	9	100,0

**Tabela 8.** Sintomas em ATM mais relatados pelos pacientes com refluxo gastroesofágico

Sintomas em ATM	Nº de pacientes	% de pacientes
Dor	13	31,0
Estalo	19	45,0
Dor e estalo	10	24,0
Total de pacientes	42	100,0

apresentavam alterações das funções estomatognáticas, principalmente deglutição (90%) e mastigação (74%). Percebemos também alterações importantes das estruturas estomatognáticas, como, por exemplo, perdas dentárias (53%).

Na revisão da literatura, encontramos algumas explicações sobre a fisiologia do refluxo gastroesofágico, porém estas não citam as funções e/ou estruturas estomatognáticas como determinantes ou diretamente relacionadas a esse mecanismo.

Nas condições em que há diminuição da pressão do esfíncter esofágico inferior, surge o refluxo gastroesofágico. Certas afecções ou situações diminuem a pressão do esfíncter esofágico inferior, contribuindo para o aparecimento de refluxo gastroesofágico; são elas: esclerose sistêmica progressiva, esofagite, dilatação ou intervenção cirúrgica sobre a cárdia no tratamento do megaesôfago, uso de tabaco, ingestão de chocolate e de alimentos gordurosos, bem como os períodos correspondentes a menstruação, gravidez, bem como a utilização de drogas anticoncepcionais e anticolinérgicas.<sup>(1)</sup>

Outras condições que favorecem a ocorrência do refluxo são: presença de grande volume de alimento no estômago e tempo de esvaziamento gástrico prolongado.<sup>(2)</sup>

Apesar de as explicações encontradas para o aparecimento do refluxo gastroesofágico não se referirem às funções e/ou às estruturas estomatognáticas, verificamos ainda neste estudo que 93% dos pacientes com refluxo gastroesofágico revelaram queixas durante a alimentação, como:

**Tabela 9.** Alterações encontradas na avaliação da fonação dos pacientes com refluxo gastroesofágico

Alterações na fala	Nº de pacientes	% de pacientes
Sem alterações	38	90,0
Sigmatismo anterior	2	5,0
Distorção	2	5,0
Total de pacientes	42	100,0

mastigar pouco (88%), mastigação unilateral (43%), engasgo (36%), necessidade de beber líquido para ajudar a engolir (36%) e estalo em ATM (36%).

A disfagia, quando ocasionada pelo refluxo gastroesofágico, pode ocorrer mesmo na ausência de subestenose da luz do esôfago por fibrose, dependendo da contração motora incoordenada durante a deglutição (principalmente durante a ingestão de alimentos em temperatura muito baixa ou muito alta), ou quando o processo inflamatório for acompanhado de edema, acarretando obstáculo mecânico à progressão de alimentos sólidos mal mastigados.<sup>(1)</sup>

Com relação ao tratamento do refluxo gastroesofágico, na sua maioria, é medicamentoso, para controle efetivo da secreção ácida, melhora do clareamento esofágico e do esvaziamento gástrico. Já em outros casos é cirúrgico, sendo realizada uma válvula anti-refluxo pela técnica de fundoplicadura a Nissen por videolaparoscopia.

A abordagem terapêutica incluirá desde medidas gerais de hábitos de vida até a combinação de medicamentos e finalmente manejo das complicações da doença do refluxo gastroesofágico, como as estenoses pépticas de esôfago e esôfago de Barret.

E, ainda, medidas higienodietéticas, exercícios físicos aeróbicos, perda de peso, controle da ingestão alimentar evitando refeições copiosas, redução ou abolição de alimentos gordurosos, condimentados e achocolatados, cuidados com o uso de determinados medicamentos (xantinas), redução ou abolição do tabagismo e etilismo.

Podemos verificar, através da literatura, que os exames para investigação da doença do refluxo gastroesofágico se limitam a avaliação do esôfago, particularmente dos esfíncteres esofágicos superior e inferior, para a verificação da existência de lesão mucosa no esôfago ou estômago e seus respectivos mecanismos fisiológicos. Vemos que a avaliação das funções estomatognáticas seria importante nos casos de pacientes com refluxo gastroesofágico, uma vez que analisa as estruturas envolvidas no mecanismo da digestão, desde que o alimento entra na boca, todo o processo de mastigação e as fases da deglutição anteriores à chegada do alimento no esôfago.

Logo ao serem introduzidos na boca, os alimentos já começam a sofrer um processo de transformação, são triturados, amassados, misturados com diversas secreções e vão passando por diversos segmentos ao longo do tubo digestivo.

A mastigação é a ação de morder, triturar e mastigar o alimento e é considerada a função mais importante do sistema estomatognático. É um ato fisiológico e complexo que envolve atividades neuromusculares e digestivas. Essa função tem, portanto, uma evolução gradativa, que depende de padrões de crescimento, desenvolvimento e amadu-

recimento do complexo craniofacial, sistema nervoso central e das guias oclusais.<sup>(3)</sup>

Os dentes são admiravelmente construídos para a mastigação, sendo que os incisivos (dentes anteriores) proporcionam forte ação de corte, enquanto os molares (dentes posteriores) exercem ação trituradora. Todos os músculos da mandíbula, ao trabalharem juntos, podem aproximar os dentes com uma força de até 25 kg nos incisivos e 90 kg nos molares.<sup>(4)</sup>

A mastigação é dividida em 3 fases, de incisão, trituração e pulverização. Na fase de incisão, a mandíbula eleva-se em protrusão e apreende o alimento entre as bordas incisais, aumentando a intensidade da contração muscular elevadora da mandíbula, o que determinará movimentos oscilatórios até o alimento ser cortado. Há o posicionamento do alimento entre as superfícies oclusais de pré-molares e molares levado por movimentos coordenados da língua e bochechas. A fase de trituração ocorre quando os alimentos são transformados em partículas menores; ocorre nos pré-molares, já que sua pressão intercuspídana é mais intensa que a dos molares. A fase de pulverização é a moenda das partículas pequenas, transformando-as em elementos mais reduzidos.<sup>(3)</sup>

A avaliação da mastigação dos pacientes com refluxo gastroesofágico revelou que em 74% é unilateral, 10% apresentam preensão lateral do alimento e 26% apresentam predomínio de movimento mandibular vertical.

É importante que a mastigação mantenha um padrão bilateral e alternado, pois isso possibilita uma distribuição da força mastigatória, intercalando períodos de trabalho e repouso musculares e articulares, levando a sincronia e equilíbrio muscular e funcional. Esse padrão demonstra grande harmonia morfológica e funcional das estruturas estomatognáticas e só é conseguido quando existe essa condição. Depende de presença de dentes e boa saúde dental, crescimento e desenvolvimento craniofacial, equilíbrio oclusal, ausência de interferências dentais ou contatos prematuros, estabilidade e saúde da ATM e maturação neurológica.<sup>(5)</sup>

A mastigação deve acontecer com os lábios ocluídos, utilizando os dois lados da boca, alternadamente, para a trituração dos alimentos. A quantidade de comida colocada na boca também é importante, pois muita comida não permite uma mastigação eficiente. A velocidade também deve ser controlada.<sup>(6)</sup>

A mastigação é responsável também pelo equilíbrio muscular e funcional, propiciando, assim, movimentos precisos e coordenados, que serão necessários para a deglutição fisiológica normal e a produção da fala. Mastigar é uma função essencial na prevenção dos distúrbios miofuncionais.<sup>(3)</sup>

Essa função tem relação direta com os dentes e sua oclusão, uma vez que a falta de dentes ou a má oclusão podem dificultá-la. Para o estudo dessa função é importante conhecer os dentes e como estes se relacionam. A oclusão e a tipologia facial determinam a força e o modo de mastigar.<sup>(6)</sup>

Ao avaliarmos os dentes dos pacientes com refluxo gastroesofágico, verificamos que 53% apresentaram perdas dentárias, 26% faziam uso de prótese dentária total e apenas 21% tinham todos os dentes em bom estado de conservação. A partir desses dados podemos entender o alto número de pacientes com alterações de mastigação.

A mastigação é importante para a digestão de todos os alimentos, principalmente para a maioria das frutas e vegetais crus, pois possuem membranas de celulose não-digerível em torno de suas porções nutritivas, que devem ser desintegradas para que o alimento possa ser utilizado. As enzimas digestivas só atuam sobre a superfície das partículas alimentares, e a velocidade da digestão depende, em grande parte, da área total de superfície exposta às secreções intestinais. Além disso, a trituração do alimento até partículas muito finas evita a escoriação do trato gastrointestinal e aumenta a facilidade com que o alimento é lançado do estômago para o intestino delgado e, daí, para todos os segmentos sucessivos do intestino.<sup>(4)</sup>

Portanto, a alteração seria encontrada na mastigação unilateral, que estimula inadequadamente o crescimento ou impede a estabilização das estruturas, e as possíveis causas seriam: perdas dentais ou cáries, interferências oclusais ou contatos prematuros, mordida cruzada posterior unilateral, doenças periodontais em um dos lados, distúrbios da articulação temporomandibular e assimetria esquelética.

Vale lembrar que a forma de deglutir vai depender das características faciais, do tipo de oclusão e mordida, da idade do indivíduo e da natureza do alimento.

O que observamos ainda neste estudo é que 90% dos pacientes com refluxo gastroesofágico apresentam alteração da função de deglutição.

Uma interrupção na eficiência da deglutição pode ocorrer por mudanças biomecânicas ou fisiológicas das estruturas anatômicas envolvidas na execução da deglutição. Qualquer condição que afete as estruturas ou funções de qualquer musculatura de boca, faringe, laringe ou esôfago pode influenciar na integridade da deglutição e até resultar em disfagia.<sup>(7)</sup>

As formas de deglutir são: com interposição lingual, com presença de contração da musculatura periorbicular, sem contração do masseter, com contração do *mentalis* e interposição de lábio inferior, com movimento de cabeça, com ruídos e com resíduos após deglutir.<sup>(8)</sup>

Dentre as alterações, durante a avaliação da deglutição, as mais encontradas, neste estudo, foram: uso de mús-

culos periorais (40%), pressão da língua contra os dentes (21%), resto de alimento em vestibulo (14%), projeção da língua (9%), movimento compensatório de cabeça (8%) e ruído ao deglutir (8%).

Na avaliação da fonação observamos que apenas 10% apresentaram dificuldades na produção dos fonemas, sendo 5% de sigmatismo anterior e 5% de distorções.

Os sons produzidos inicialmente nas pregas vocais são controlados, modelados e articulados pela interferência da laringe, faringe, cavidade bucal e nasal. Dos órgãos citados, a boca é a que tem função primordial na articulação dos sons, pois estes dependem da posição e da mobilidade da língua, presença e posição dos dentes, mobilidade dos lábios e bochechas e posição da mandíbula, que promoverá um espaço intra-oral adequado para a articulação fonêmica e ressonância.

A articulação dos sons está ainda relacionada ao desenvolvimento e à maturação do sistema miofuncional oral e às demais funções neurovegetativas de respiração, sucção, mastigação e deglutição.

Pode existir uma relação entre as falhas de tono, propriocepção e mobilidade dos grupos musculares que participam na articulação de determinado fonema com as alterações dos mesmos. Um exemplo: protrusão anterior ou lateral de língua pode levar a sigmatismo frontal ou lateral.<sup>(9)</sup>

Tanto a mastigação como as outras funções estomatognáticas relacionam-se com a articulação temporomandibular. Portanto é importante lembrar que qualquer problema nessa articulação pode comprometer as funções estomatognáticas.

Neste estudo verificamos ainda que 31% dos pacientes com refluxo gastroesofágico avaliados apresentavam queixa em ATM.

Vale dizer que, apesar de as funções estomatognáticas participarem ativamente no processo de digestão do alimento, uma vez que esta se inicia na boca, a relação com o mecanismo da digestão é pouco referida. Dessa forma, observada uma alteração de função estomatognática, parece haver preocupação com a adequação da função, a partir de trabalho miofuncional, de autopercepção, não levando em conta como está a digestão do indivíduo, o que seria mais um dado a ser considerado na avaliação fonoaudiológica. Esse dado poderia ser importante para podermos verificar o grau de interferência que uma alteração de função estomatognática tem no mecanismo digestivo de um indivíduo. Será que não teríamos condições de evitar maiores problemas gástricos, realizando encaminhamentos precocemente?

## ■ CONCLUSÃO

- Indivíduos com doença do refluxo gastroesofágico apresentaram alterações das funções estomatognáticas, principalmente de mastigação (72%) e deglutição (90%).
- Foram encontrados achados de perdas dentárias (53%) e uso de prótese dentária total (26%), fatores estes que prejudicam o desempenho da mastigação adequada, podendo dificultar a deglutição e digestão.
- Verificamos ainda achados com relação às disfunções temporomandibulares (31%).
- As observações e/ou queixas mais referidas durante a alimentação foram: mastigar pouco (37%), mastigar apenas de um lado (18%), engasgo (15%), a necessidade de beber líquido junto com os alimentos para ajudar a engolir (15%) e estalo em ATM (15%).

**ABSTRACT**

**Purpose:** this survey aims to evaluate a physiologic functioning (speech, mastication, swallowing) in individuals that present gastroesophageal reflux while this participates in the mechanism of digestion. **Methods:** in order to achieve it, data referring to the evaluation of the physiologic functioning (mastication, swallowing and speech) were analyzed, extracted from the examination battery applied to individuals who have gastroesophageal reflux admitted to Setor de Terapia Fonoaudiológica of the Irmandade da Santa Casa de Misericórdia from April 1999 to October 2000. **Results:** for the development of this research, it was necessary to study the structures involved in physiologic functioning of the mastication, swallowing and speech, the normal and pathologic physiology, besides relating the influence of the physiologic functioning of the structures involved in the mastication, swallowing and speech in the mechanism of digestion. **Conclusion:** in the development of the research, important changes were found in the physiologic functioning mainly in relation to mastication and swallowing in these individuals who have gastroesophageal reflux.

**Keywords:** gastroesophageal reflux; stomatognathic system; adult.

**REFERÊNCIAS**

1. Bettarello A. Esofagite de refluxo. In: Bettarello A. Pancreatites. São Paulo: Sarvier; 1978. p. 327-39.
2. Mincis M, Mincis R, Baroni MAG. Doença do refluxo gastroesofágico e suas complicações. In: Mincis M. Gastroenterologia e hepatologia: diagnóstico e tratamento. 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Lemos ; 1998. p. 205- 12.
3. Tanigute CC. Desenvolvimento das funções estomatognáticas. In: Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 1-5.
4. Guyton CA, Hall JE. Transporte e mistura do alimento no tubo alimentar. In: Guyton CA, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 9<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 725-29.
5. Bianchini EMG. Mastigação e ATM: avaliação e terapia. In: Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 37-49.
6. Marchesan IQ. Avaliando e tratando o sistema estomatognático. In: Lopes Filho O de C. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 1997. p. 76-80.
7. Perlman AL, Christensen J. Topography and functional anatomy of the swallowing structures. In: Perlman AL, Delrieu-Schulze K. Deglutition and its disorders. London: Singular; 1997. p. 15-42.
8. Marchesan IQ. Deglutição: diagnóstico e possibilidades terapêuticas". In: Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia .Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 51-8.
9. Gomes ICD, Proença MG, Limongi SCO. Avaliação e terapia da motricidade Oral. In: Ferreira LP, Barros MCPP, Gomes ID, Proença MG, Limongi SCO, Spinelli VP, Massari IC, Trenche MCB, Pacheco ECFC, Caraça EB. Temas em fonoaudiologia. 6<sup>a</sup> ed. São Paulo: Edições Loyola; 1996. p. 61-119.

Recebido para publicação em: 17/08/01

Aceito em: 13/11/01

Endereço para correspondência

Nome: Juliana de Azevedo Marchi

Endereço: Rua Cardoso de Almeida, 1156 ap. 42b – CEP: 05013-001 – Perdizes – São Paulo – SP

Fone: (11) 9246-0776

Fax: (11) 3814-7077