

Atuação Fonoaudiológica na Respiração Oral

Silmara de Cássia Basso Estevez

A respiração oral tem sido bastante discutida entre diferentes especialidades: médicos, dentistas, fonoaudiólogos, psicólogos e fisioterapeutas.

Desde que o bebê nasce até cerca de seis semanas a seis meses, sua respiração é exclusivamente nasal. O nariz é a via respiratória que permite aquecer, umidificar e filtrar o ar que chega aos pulmões.

A anatomia do bebê favorece esta

respiração, pois a posição mais cranial do nariz, associada a um tamanho relativamente maior da língua,

permite que a criança respire e siga um mecanismo de sucção-deglutição durante o aleitamento.

Quadro 1

Desvios frequentemente discutidos (3, 4, 5, 6, 7)

- ◆ Aumento da altura da face (padrão de crescimento vertical)
- ◆ Atresia maxilar
- ◆ Maloclusão (mordida aberta e cruzada)
- ◆ Postura de boca aberta
- ◆ Flacidez labial (superior hipodesenvolvido e inferior em eversão)
- ◆ Postura alterada de língua
- ◆ Postura corporal alterada



materno. A pressão do dorso da língua sobre o palato duro permite um vedamento da cavidade oral, evitando engasgos. Toda esta estrutura dificulta a respiração pela boca.

O ar, ao passar pelas fossas nasais no fluxo e refluxo, produz uma pressão que expande as vias respiratórias e faz a aeração das cavidades paranasais, estimulando o crescimento e o desenvolvimento harmonioso e equilibrado do Sistema Estomatognático (dentes, mandíbula, lábios, língua e bochechas).

A função respiratória nasal é proporcionada por postura adequada das estruturas esqueléticas dentárias, linguais, labiais e musculares da face (1).

Desta forma, a respiração oral deve ser considerada uma adaptação patológica que pode desencadear

uma série de distúrbios para o indivíduo.

A influência da função respiratória no crescimento craniofacial vem sendo discutida por pelo menos um século (2).

Alterações ortodônticas frequentes em respiradores orais

Essas mudanças morfológicas podem levar a anormalidades funcionais do Sistema Estomatognático como a deglutição, mastigação e fala. Em um estudo realizado por Junqueira et al (2002), foi observada uma alta incidência de alteração nas funções de mastigação (88,5%), deglutição (78%) e 57% de alteração na oclusão dentária de crianças respiradoras orais.

Alguns autores citam como características das crianças respiradoras orais o cansaço freqüente, a sonolência diurna, o baixo apetite, a enurese noturna, os distúrbios de atenção, a hiperatividade, a agressividade e a dificuldade de aprendizagem. A relação da respiração oral com as alterações de comportamento é decorrente do sono fragmentado (8).

Atualmente, alguns autores citam como características das crianças respiradoras orais o cansaço freqüente, a sonolência diurna, o baixo apetite, a enurese noturna, os distúrbios de atenção, a hiperatividade, a agressividade e a dificuldade de aprendizagem. A relação da respiração oral com as alterações de comportamento é decorrente do sono fragmentado (8).

Dentro do grupo de crianças respiradoras orais, as que apresentam apnéia do sono tem um pior desempenho escolar (9), comportamento agressivo e sonolência diurna (10). O bruxismo, a agitação noturna e a cefaléia também foram características observadas por outros autores (11).

A ocorrência e o grau de prejuízo das alterações acima citadas irá depender do início e da duração do quadro de respiração oral, da genética do indivíduo, dos fatores ambientais envolvidos, assim como da etiologia.

É preciso definir a respiração oral e cabe ao otorrinolaringologista o diagnóstico da causa que leva o indivíduo a respirar pela boca. Sem a definição da causa da respiração oral e do seu tratamento, o sucesso das terapias fonoaudiológicas e ortodônticas ficam limitadas.

Como sabemos, várias são as etiologias da respiração oral: a

hiperplasia adenoamigdaliana, rinites alérgicas e não alérgicas, e as hipertrofias de cornetos inferiores; sendo a obstrução faríngea, na maioria das vezes, a grande causadora da apnéia do sono, associada à flacidez muscular da faringe.

No caso das sinusites, o indivíduo pode apresentar um fator predisponente como desvio septal, rinite alérgica ou hipertrofia adenoideana e estes causarem uma respiração oral (12).

Devemos lembrar que os indivíduos que apresentam a postura de boca aberta por hábito (sem qualquer obstrução respiratória), também podem apresentar alterações estruturais e musculares da face.

A respiração oral, seja causada por obstruções ou apenas por um

A respiração oral, seja causada por obstruções ou apenas por um hábito, é um distúrbio de alta prevalência na população e que acomete diversas faixas etárias, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo, não podendo passar despercebida ou considerada um hábito normal, mesmo após solucionar os problemas obstrutivos.

hábito, é um distúrbio de alta prevalência na população e que acomete diversas faixas etárias, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo, não podendo passar despercebida ou considerada um hábito normal, mesmo após solucionar os problemas obstrutivos.

Algumas crianças, após terem realizado tratamento medicamentoso ou cirúrgico, não restabelecem a função nasal, necessitando de reabilitação fonoaudiológica.

É muito freqüente observarmos a presença de hábitos orais inadequados como sucção digital e uso pro-



*Pedido programado Time Form,
tranquilidade para viver momentos especiais.*

Rótulos e formulários contínuos personalizados em papel branco fosco, kraft, couchê, tyvek e plástico fosco, brilhante e/ou transparente.

SACHÊS ALUMINIZADOS

Ideal para dosagens únicas de encapsulados, cremes, supositórios, pós, lenços e comprimidos, em três tamanhos:

- 70 x 70mm (com capacidade p/ até 5g);
- 70 x 120mm (com capacidade p/ até 30g);
- 70 x 220mm (com capacidade p/ até 70g).

Impressão centralizada em até 3 cores ou sem impressão, com picote lateral de abertura.



INFORME-SE PELO TELEFONE:

(11) 5061.8777

Rua Marquês de Olinda, 327 - V. Dom Pedro I - São Paulo - SP - CEP: 04227-000

NOVO SITE, CONFIRA NOSSAS NOVIDADES.

WWW.TIMEFORM.COM.BR

TIME FORM
Qualidade Contínua

Respiração Oral em Crianças: Complicações Além de Otites e Sinusites de Repetição

Renata C. Di Francesco

A obstrução das vias aéreas superiores em crianças é uma das queixas mais comuns nos consultórios de otorrinolaringologia. Frequentemente, a obstrução é crônica e como mecanismo de compensação o paciente passa a respirar pela boca. A respiração oral gera uma série de distúrbios locais e sistêmicos que podem comprometer a qualidade de vida da criança.

Dentre as causas mais comuns nas crianças estão a hiperplasia adenoamigdaliana e as rinites, principalmente a alérgica. A primeira é mais comum na idade pré-escolar, entre 3 e 6 anos, enquanto a rinite pode-se estender por toda a vida.

Função pulmonar prejudicada

O nariz tem a função de aquecer, umidificar e filtrar o ar, para que este chegue em ótimas condições de absorção do oxigênio nos pulmões. Ao respirar pela boca, há prejuízos na troca gasosa nos pulmões. Crianças com hiperplasia adenoamigdaliana apresentam menor pressão inspiratória, pois ao longo do tempo há um esforço menor para respirar, menor esforço para respirar e um músculo mais fraco.

Desenvolvimento craniofacial e dentário

A respiração nasal é a chave para o desenvolvimento do complexo craniofacial. A obstrução nasal e a consequente suplência por respiração oral resultam em alterações posturais que alteram esse desenvolvimento.

As crianças respiradoras orais apresentam maxila atrésica, protusão dos incisivos superiores, mordidas cruzada e aberta, eversão do lábio inferior, hipotonia da musculatura orofacial, sendo mais sus-

ceptíveis os indivíduos dolicofaciais.

Em decorrência destas alterações, além do tratamento da obstrução nasal é necessária a intervenção multidisciplinar, com terapia fonoaudiológica e tratamento ortodôntico.



Infecções

O paciente com respiração oral apresenta uma maior propensão a infecções das vias aéreas superiores, em função da falta de ventilação dessas vias, decorrentes dos processos obstrutivos, como a hiperplasia adenoamigdaliana; e inflamatório, como as rinites, o que resulta em sinusites, otites e amigdalites.

Distúrbios do sono

O respirador oral apresenta sono bastante desconfortável, em função das dificuldades respiratórias. Nos casos mais graves, pode apresentar apnéia. Nesta situação há alteração na arquitetura do sono, ou seja, não se completam as fases de forma adequada, por apresentar despertares frequentes em consequência das paradas respiratórias e da queda na saturação de oxigênio. Há uma restrição na fase *Rapid Eye Movement* (REM), fase de sono restaurador.

Ocorrem, assim:

- ◆ **Bruxismo:** é muito comum os pacientes referirem que a criança range os dentes enquanto dorme;
- ◆ **Enurese noturna:** essas crianças, comumente apresentam enurese noturna, pois pelos despertares frequentes, resultados da apnéia, há uma produção aumentada de urina, por inibição do hormônio anti-diurético e do ativação do peptídeo atrial-natriurético;
- ◆ **Distúrbios de comportamento:** são frequentes problemas de comporta-



mento como hiperatividade, distúrbios de atenção, comportamento anti-social e agressividade. Há uma forte correlação entre o distúrbio respiratório e os problemas disciplinares, ou seja, crianças irrequietas, agitadas e agressivas;

◆ **Desempenho escolar ruim:** decorre dos períodos de apnéia e da consequente baixa da saturação de oxigênio no sangue durante o sono. Na pré-escola, observou-se que crianças com respiração oral apresentam atraso nas habilidades de linguagem escrita e leitura.

◆ **Déficit pondero-estatural:** é durante o sono que ocorre a liberação do hormônio de crescimento (GH) e esta

depende de uma estrutura de sono normal, com todas as suas fases preservadas.

A respiração oral afeta sobremaneira a criança, pois interfere em diversos aspectos, comprometendo sua qualidade de vida. O diagnóstico e o tratamento da causa da obstrução da via aérea devem ser o mais precoce possível, a fim de minimizar os seus efeitos e promover um melhor desenvolvimento da criança. ■

Renata C. Di Francesco é professora colaboradora da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e médica assistente da Divisão de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCC-FMUSP).

A respiração nasal é a chave para o desenvolvimento do complexo craniofacial. A obstrução nasal e a consequente suplência por respiração oral resultam em alterações posturais que o alteram esse desenvolvimento.

Leia Mais



Leia a versão integral deste artigo no Portal Racine.
Acesse: www.racine.com.br