

# Avaliação e Terapia Fonoaudiológica com Respiradores Bucais

## Evaluation and Speech Therapy on Mouth Breathers



Adriana Rahal



Lilian Huberman  
Krakauer

### Resumo

Atualmente os casos com diagnóstico de respiração bucal tem aumentado consideravelmente e as causas podem ser inúmeras. O objetivo desse trabalho foi o de descrever a avaliação e a terapia fonoaudiológica com indivíduos que apresentam esta patologia. Na avaliação descreveu-se tópicos que devem ser observados pelos profissionais que atuam com este tipo de patologia, e na terapia sugeriu-se algumas abordagens para a melhora do quadro.

### INTRODUÇÃO

Atualmente temos encontrado um grande número de pessoas, principalmente crianças, que apresentam respiração bucal. Podemos verificar este fato, não só nos pacientes que procuram algum tipo de atendimento para tentar melhorar a respiração, mas também pelas pessoas que observamos no nosso dia a dia. O que será que pode estar favorecendo este grande número de pessoas com respiração bucal? Será que houve aumento no número de casos ou na procura por tratamento? Hipoteticamente podemos pensar no tipo de alimentos ingeridos atualmente, em aler-

gia, poluição ou na vida cotidiana levando ao estresse.

Em respiradores bucais, muitas vezes, a disfunção muscular pode ser responsabilizada pelas alterações entre forma e função, pois observamos que as alterações da musculatura facial ficam bastante evidenciadas. A postura labial, por exemplo, tende a estar alterada. Em geral, o lábio superior não cobre os 2/3 superiores dos incisivos centrais (Kahn, 2000) e o inferior é evertido.

Na clínica fonoaudiológica, o que mais encontramos como causa da respiração bucal são: alergias (principalmente rinite alérgica), hipofuncionalidade da musculatura elevadora de mandíbula, impossibilitando postura adequada de língua e lábios, podendo levar à respiração bucal. Uma outra hipótese que seria a causa de boca entreaberta ou aberta, seria em relação ao freio da língua. Crianças que têm a inserção do freio de língua anteriorizado, costumam manter a língua no soalho da boca, facilitando a postura de boca aberta, podendo induzir à respiração bucal.

### REVISÃO DE LITERATURA

Diversos autores da área fonoaudio-

#### Palavras-chave:

Respiração bucal; Fonoaudiologia; Terapia; Avaliação; Postura corporal.

Adriana Rahal\*

Lilian Huberman Krakauer\*\*

\* Fonoaudióloga Clínica e Professora do CEFAC; Especialista em Motricidade Oral pelo CFFa; Mestranda na Área de Fisiopatologia Experimental da USP.

\*\* Fonoaudióloga Clínica do CEFAC; Especialista em Motricidade Oral; Mestre em Distúrbios da Comunicação pela PUC-SP.

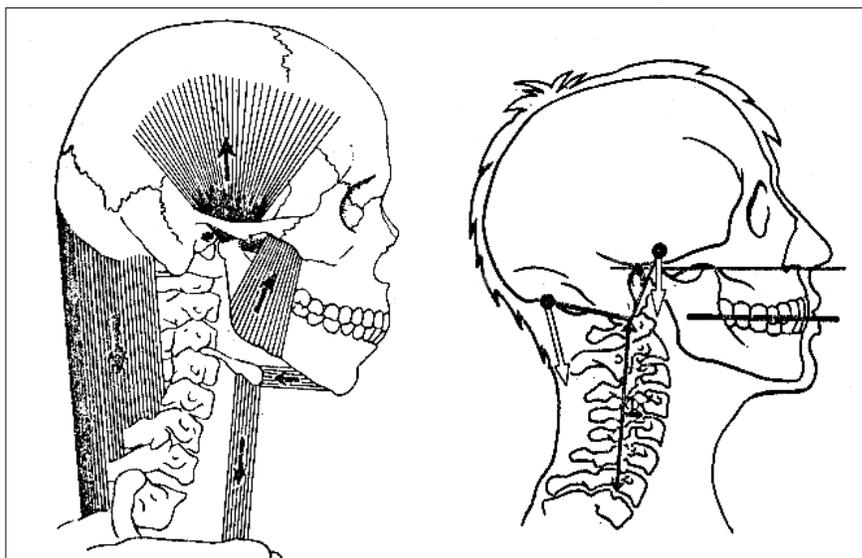
lógica, odontológica, médica e fisioterápica, fazem referência às alterações causadas por uma respiração inadequada.

Já no início do século, Angle fez uma análise sobre as conseqüências da respiração bucal.

ANGLE<sup>1</sup> observou que a respiração bucal seria a causa mais potente e constante de maloclusão, entre todas as demais causas, com atuação mais efetiva entre 3 e 14 anos de idade. Para Angle, a respiração bucal seria indiretamente operante sobre os dentes, o que desencadearia um desenvolvimento assimétrico dos músculos, ossos do nariz e maxilares, e desequilíbrio funcional dos lábios, língua e bochechas. Este autor relaciona como fatores etiológicos da respiração bucal mais encontrados: a inflamação da mucosa que recobre a cavidade nasal; a hipertrofia das amígdalas palatinas e da amígdala faríngea; a má formação do septo nasal; as variações relativas à normalidade dos cornetos. Angle fez, no mesmo artigo, as seguintes considerações sobre respiração bucal:

“Das mais variadas causas das maloclusões, a respiração bucal é a mais potente, constante, e variada em seus resultados... causando desenvolvimento assimétrico dos músculos, como dos ossos do nariz, maxila e mandíbula, e uma desorganização das funções exercidas pelos lábios, bochechas e língua... Os efeitos da respiração bucal são sempre manifestados na face. O nariz é pequeno, curto, com as asas retas; as bochechas ficam pálidas e baixas; a boca fica constantemente aberta; o lábio superior é curto; a mandíbula fica posicionada para trás e tem falta de desenvolvimento, sendo geralmente menor que o normal em seu comprimento, provavelmente devido a pressões não equilibradas dos músculos”.

ROCADADO-SEATON<sup>4</sup> discutiu a importância da relação entre crânio, coluna cervical e Sistema Estomatognático. Disse que a estabilidade da posição ereta do crânio (ortostática) é muito importante, uma vez que existe



**FIGURA 1** - ROCABADO SEATON, M. CABEZA y CUELLO – Tratamiento Articular – Inter-Médica Editorial, 1979.

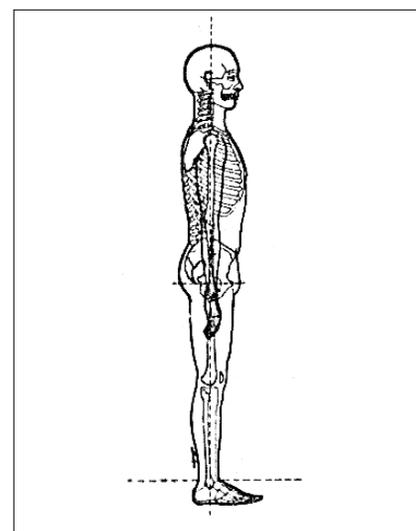
um delicado equilíbrio deste sobre a coluna cervical, que deve ser mantido para um funcionamento normal.

A cabeça mantém sua posição ortostática através de um complexo mecanismo muscular. Os poderosos músculos do pescoço e da escápula são os que mantêm a cabeça e o corpo eretos. O equilíbrio da cabeça depende da região posterior, dos músculos cervicais e suboccipitais, que relacionam o crânio com a coluna vertebral e cintura escapular. A parte mais baixa depende dos músculos mastigatórios e da musculatura supra e infraioídea.

O autor enfatizou que a análise do 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 (fig. 1).

Em geral, o diagnóstico fonoaudiológico não inclui a avaliação da postura corporal do indivíduo. Isto ocorre por que o fonoaudiólogo não foi preparado para este tipo de avaliação ou imagina que apenas o fisioterapeuta pode realizá-la.

Desenvolvendo um trabalho clínico nesta área, pudemos constatar que a análise da postura corporal é fundamental para que a avaliação fonoaudiológica torne-se completa e, desta maneira, o diagnóstico mais preciso. Mas será que o fonoaudiólogo é capaz de avaliar e tratar



**FIGURA 2** - Rolf, I.P. Rolfing – A Integração das Estruturas Humanas – MARTINS FONTES, 1990.

os problemas posturais?

Nossa preocupação não é com o trabalho específico de postura e sim em analisar o paciente como um todo. Na maioria das vezes, o trabalho com a instalação da respiração nasal leva o paciente a uma melhora postural, sem que tenha ocorrido um trabalho específico nesta área. Entendemos como fundamental a correta avaliação. Esta poderá diferenciar se o paciente em questão deve ser enviado a um fisioterapeuta ou pode ser trabalhado apenas pelo fonoaudiólogo.

O que observar durante a avaliação fonoaudiológica? (KRAKAUER<sup>5</sup>)

- Com o paciente em pé, devemos observá-lo nos planos Frontal, Sagital e Dorsal.

- Nos planos Frontal e Dorsal devemos observar se há simetria dos ombros, escápulas, cotovelos, linha da cintura, linha do quadril, joelhos e pés

- No plano Sagital devemos analisar a postura da cabeça: anterior/eixo/posterior. É importante ressaltar que estar no eixo significa que a orelha deve estar em linha com o meio do ombro.

- Ainda no plano Sagital, devemos observar se há anteriorização dos ombros. Deve-se tomar cuidado, pois certos indivíduos apresentam-se “no eixo” mas com os ombros anteriorizados (fig. 2.).

Como observar as características posturais?

- Através de exame clínico, fotografias e filmagens, lembrando que o indivíduo deverá estar em uma posição pré determinada, sem encostar na parede, não cruzar pés e mãos e os pés devem permanecer paralelos. É fundamental que o examinador não “arrume” a postura do indivíduo, para não modificar a sua postura normal.

- Uma das possibilidades para se fotografar é a utilização de um painel quadriculado (10cm x 10cm), que deverá ser colocado atrás do paciente.

- É importante que as filmagens e fotografias sejam padronizadas (distância, posição, iluminação e fundo).

O que mais devemos observar e perguntar durante a nossa avaliação?

- História ortodôntica: se usa ou já usou aparelho, qual o motivo: O interesse em verificarmos a história ortodôntica se dá pelo fato de podermos levantar hipóteses sobre a forma e a função;

- Saúde geral: com maior ênfase à saúde respiratória;

- Sono: ronco, baba e ressonar;

- Muitas crianças que apresentam respiração bucal, têm apresentado sintomas de apnéia obstrutiva do sono. É importante sabermos alguns sintomas que ocorrem em casos de apnéia:

- À noite, sintomas mais severos: ronco, enurese, sonambulismo, movi-

mentos paradoxais do tórax

- De dia: respiração ruidosa, respiração bucal, rinorréia crônica, dor de cabeça pela manhã, distúrbio de comportamento, distúrbio de aprendizagem, dormir excessivamente durante o dia.

Os casos de apnéia obstrutiva do sono em crianças, em geral, acontecem devido ao aumento das tonsilas palatinas e tonsila faríngea. O diagnóstico deve ser feito por um otorrinolaringologista, e este deverá determinar se o tratamento será medicamentoso ou cirúrgico.

- Fala: desenvolvimento e inteligibilidade. É bastante comum encontrarmos imprecisão articulatória em respiradores bucais, devido à má postura de língua e hipofuncionalidade da musculatura estomatognática.

- Alimentação.

- Hábitos orais.

No exame, devemos ainda observar:

- Morfologia da face: proporcionalidade entre os terços da face e simetria entre o lado direito e esquerdo;

- Tonicidade e mobilidade de língua, lábios e bochechas;

- Espelho de Glatzel: antes e após assoar o nariz, pois queremos verificar se há maior saída de ar após assoar o nariz;

- Postura de lábios e língua: no repouso e na deglutição;

- Mastigação: boca aberta, coordenação deglutição/respiração/mastigação, tipo de movimento mastigatório;

- É importante observar se há presença de salivação excessiva, que é característica bastante comum em respiradores bucais, devido à baixa propriocepção, o que faz com que deglutam menos vezes (fig. 3)

Após avaliarmos todos os itens que relacionamos acima, discutiremos a terapia.

O trabalho visa proporcionar ao paciente condições de manter a respiração nasal, mesmo que seja alérgico. O paciente alérgico poderá manter-se com respiração nasal quando não estiver na crise. O papel do fonoaudiólogo é fazer com que estes pacientes percebam quando estão ou

não em crise, e dar possibilidade de respiração nasal.

A terapia inicia-se pelo processo de conscientização do paciente, isto é, mostrar como acontece a respiração nasal, nos seus processos de limpeza, umidificação e aquecimento, além da anatomia do sistema respiratório. Explicamos também a problemática que o paciente está apresentando, a necessidade de se realizar a terapia e as possíveis modificações durante o decorrer da mesma.

Esta conscientização pode ser feita através de atlas de anatomia, pranchas anatômicas e até com figuras captadas na Internet.

Após a conscientização, trabalha-se com o aumento da propriocepção. Iniciamos com limpeza nasal, para dar possibilidade de respiração. Dentre outros utilizamos:

- Massagem com o dedo indicador nas laterais do nariz, um lado de cada vez;

- Assoar o nariz, um lado de cada vez;

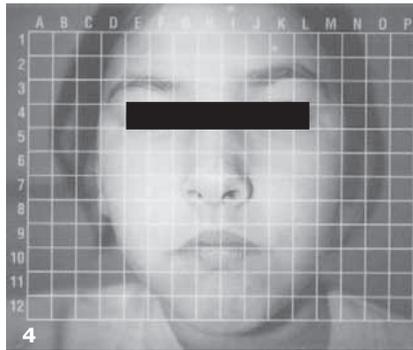
- Avaliação da aeração nasal com Espelho de Glatzel.

Quando o paciente já tem condições de manter a respiração nasal, por pelo menos 5 minutos iniciamos novas etapas na terapia. A terapia terá estratégias individuais, de acordo com cada paciente, tipo de face, tipo de oclusão, o que irá determinar as estratégias a serem utilizadas.

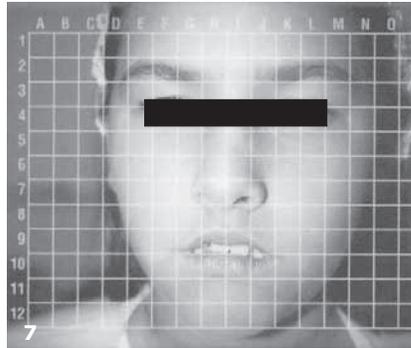
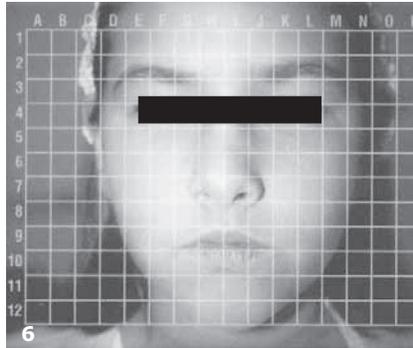
Às vezes, faz-se necessário o trabalho com outras funções estoma-



**FIGURA 3** - Observar neste paciente: Lábio superior não cobre os 2/3 superiores dos incisivos superiores; Lábio inferior evertido (pode-se ver a mucosa interna do lábio inferior); Assimetria da face.



**FIGURA 4, 5** - 29/11/1999 - 10 anos e 11 meses. **4)** Lábios selados; **5)** Lábios entreabertos.



**FIGURA 6, 7** - 29/03/2000 - 11 anos e 3 meses. **6)** Lábios selados; **7)** Lábios entreabertos.

tognáticas, isto é, mastigação, deglutição e fala. Muitas vezes essas funções se reorganizam a partir da melhora do padrão respiratório, sem que haja necessidade de um trabalho específico.

Colocaremos como exemplo as fotos de uma menina com respiração bucal, a qual está em trabalho fonoaudiológico há 12 sessões, onde enfatizou-se a melhora do padrão respiratório. As etapas seguintes visam o

trabalho muscular e a adequação das funções estomatognáticas (figs. 4-7).

Fotografamos posições de lábios selados e entreabertos na avaliação e a cada reavaliação, para obtermos melhor comparação.

É importante estar atento na maneira como nos comunicamos com o paciente. De uma maneira geral, o paciente respirador bucal tem baixa autoestima. Desta forma, é interessante trabalharmos somente com reforços positivos, estimulando-o a cada melhora, mesmo que seja uma pequena mudança.

A participação ativa e passiva da família é fundamental para a evolução do processo terapêutico. Há momentos que os pais devem ser ativos, falando e ajudando no tratamento. Em outros, devem ser passivos, apenas relatando os fatos observados.

Enfim, a terapia com respiração bucal requer muita observação, conscientização e responsabilidade, por parte do terapeuta, paciente e família. Deste modo, podemos construir uma terapia de sucesso, devolvendo ao paciente a capacidade de respirar pelo nariz.

## Abstract

Speech pathologists working with patients with oral motor disorders frequently encounter children and adolescents with chronic mouth breathing. This article suggests an approach to evaluating and treating those patients. An attempt was made

to describes several issues that should be considered when assessing patients with chronic mouth breather. This article will also introduce a treatment plan that has been very effective in treating those patients and reverting the habit with many secondary benefits.

**Key-words:** Chronic mouth breathing; Speech pathologist assessment; Oral motor assessment and treatment; Body posture and breathing.

## REFERÊNCIAS

- 1 - ANGLE, E. H. **Treatment of malocclusion of the teeth.** 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: White Dental, 1907.
- 2 - KAHN, A. **Craniofacial Anomalies. A Beginner's Guide for Speech-Language Pathologists.** Singular.

- [S.l.]: Thomson Learning, 2000.
- 3 - KRAKAUER, L. H. **Relação entre respiração bucal e alterações posturais em crianças: uma análise descritiva.** Tese de Mestrado em Distúrbios da Comunicação pela PUC-SP, 1997.

- 4 - ROCABADO-SEATON, M. **Cabeza y cuello: tratamiento articular.** Buenos Aires: Inter-Médica, 1979.
- 5 - ROLF, I. P. **Rolfing. A Integração das estruturas humanas.** São Paulo: Martins Fontes, 1990.