

# RESPIRADOR BUCAL : PERSPECTIVAS CLÍNICAS NA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

Jucyara Menezes Aroucha

Professora da Universidade Moacyr Bastos (RJ / Brasil)

Formadora do CEFOC - UFP

Fonoaudióloga do Projecto de Saúde Ocupacional da Clínica Médica de Serralves (Porto)  
jmarouch@hotmail.com

*A autora defende para o desenvolvimento da actuação audiofonológica a necessidade duma ampla colaboração interdisciplinar, seleccionando como exemplo paradigmático o síndrome do respirador bucal, que deveria ser abordado terapêuticamente pela audiofonia em colaboração com a estomatologia, e mais especificamente com a ortopedia facial e dos maxilares. Apresentam-se três casos como exemplo duma actuação conjunta bem sucedida em poucos meses. O síndrome de respiração bucal é uma das principais causas de alterações adquiridas do complexo craniofacial, acarretando uma série de repercussões orgânicas, psicológicas, dentárias e até comportamentais. Este artigo propõe portanto uma forma de atendimento interdisciplinar integrado para o restabelecimento global do sistema sensorio-motor oral, susceptível inclusive, à la longue, de corrigir alguns dos defeitos adquiridos na conformação da face. Temos, portanto, a função e a forma interagindo sistemicamente com vista a um tratamento eficiente, rápido e seguro do respirador bucal.*

# 1. INTRODUÇÃO

A audiofonologia é um domínio científico muito amplo e que actua em várias áreas, tanto do ponto de vista preventivo como terapêutico. No decurso do seu desenvolvimento, esse grupo de ciências deparou-se inevitavelmente com problemas que também são trabalhados por outros domínios profissionais, tanto na área educacional como na área da saúde. E é nesta última que necessitamos de um relacionamento imprescindível com a Medicina Dentária, a Otorrinolaringologia e outras especialidades médicas, levando em consideração aspectos de carácter anatómico e funcional que estão no centro mesmo e constituem objecto próprio de tais profissões correlatas.

No caso que aqui nos ocupa, a boca é o órgão comum de trabalho nessas áreas, e aquele departamento do nosso organismo assume diversas funções específicas e até vitais, tais como a respiração, a mastigação, a deglutição e a sucção, funções de relação como a mímica expressiva e a fala, e finalmente uma função morfogenética, que é o contorno, forma e harmonia das arcadas dentárias.

Portanto, essa relação fundamental, assim como a evolução científica que nos leva cada vez mais à especialização, ambas nos evidenciam a necessidade crescente de um trabalho em equipe interdisciplinar visando a total recuperação dos pacientes aos nossos cuidados, sendo ideal que ocorra um conhecimento mútuo destas áreas em comum e de como actuam os profissionais, assim se facilitando também o entrosamento necessário ao trabalho em equipe.

Existem várias definições do que vem a ser a audiofonologia, que etimologicamente significa o estudo da audição e da fonação, mas que terminou por se expandir como área científica que fundamenta as técnicas de correcção e aperfeiçoamento da comunicação humana, detendo-se em particular sobre os fenómenos da fala e da linguagem. Audiofonologia é portanto a área científica que, na conhecida definição proposta pelo BIAP, se ocupa do "estudo da audição, da fonação, da fala e da linguagem do homem", (*vide tb.* Pinto de Almeida, 2003). Trata-se portanto de uma área técnica e científica que é por natureza e vocação eminentemente interdisciplinar. No campo das dislalias e dos maus hábitos vocais, ela abarca por conseguinte técnicas de reabilitação que não podem deixar de se encontrar com outras abordagens técnicas e outras ciências da saúde que igualmente se interessam pelos órgãos intra-bucais. Estão neste caso, nomeadamente, a fonética e dicção, bem como, pelo lado das especialidades médicas, a otorrinolaringologia, a estomatologia e a medicina dentária.

Sob esse prisma, é fundamental atentarmos no facto inegável de que deveremos actuar em equipe interdisciplinar com vista a efectuarmos um tratamento global de qualidade aos nossos pacientes. Abordagem terapêutica global e integrada visando um tratamento seguro,

eficaz, livre de recidivas, é portanto o nosso ideal de trabalho. Devemos, a este respeito, dar um ênfase muito especial à ortodontia, como sector de actuação da medicina dentária que mais se confronta com questões que igualmente interessam ao foro audiológico. Assis-timos, nos últimos anos, a abordagens funcionais naquele domínio e que são muito do nosso interesse – uma nova área e uma nova concepção da dinâmica orofacial nascida na Europa, mas que rapidamente se estendeu ao continente americano, quiçá com mais entusiasmo ainda: trata-se da ortopedia dos maxilares. As abordagens e instrumentações nesta área têm por assim dizer um âmbito mais privilegiadamente funcional do que os procedimentos clássicos com os aparelhos de correcção ortodôntica convencionais. É em colaboração com essa abordagem por assim dizer mais fisiológica do que anatómica que o audiofonologista é chamado muitas vezes a actuar com um particular interesse e uma grande utilidade clínica no paciente deste foro.

Tem um particular interesse a este respeito o chamado síndrome do respirador bucal, que tem ou pode ter uma maior incidência e prevalência nos utentes enviados de ortodontia para reabilitação e tratamento audiológico.

As queixas mais comuns, segundo Marchesan (1998), trazidas pelos pacientes que respiram predominantemente pela boca, referem-se a dispneia – falta de ar ou mesmo insuficiência respiratória, com um cansaço muito rápido nas actividades físicas –conjuntamente com outras queixas tais como halitose, dor nas costas e/ou na musculatura da cintura escapular, sono não repousante, hipersónia / sonolência durante o dia, com olheiras, espirrando saliva ao falar e apresentando muitas vezes uma disфонia crónica sem razão aparente, bem como dificuldades de aprendizagem e alterações oclusais diversas.

Necessitamos de relacionar entre si os sintomas e sinais que compõem este quadro clínico heterogéneo, o que, permitindo uma melhor compreensão destes factos, facilitará depois também a adopção dos procedimentos terapêuticos mais adequados.

## 2. SÍNDROME DO RESPIRADOR BUCAL

A cavidade oral não parece servir primariamente para respirar, e sim para outras funções, tais como mastigar e deglutir, e respiramos assim normalmente com o concurso das fossas nasais, mas o ser humano dispõe, perante as obstruções nasais e obstruções das vias aéreas em geral, de uma notável capacidade de adaptação, por recurso, nestas condições, a uma respiração supletiva ou de substituição, que é a respiração oral.

Vamos então procurar destrinçar este intrincado “quebra-cabeças” que é a etiopatogenia e fisiopatologia da respiração bucal: tudo começa pela obstrução de vias aéreas (superiores / inferiores), e o que resulta nestas circunstâncias é portanto uma preparação inadequada do ar inspirado, por comprometimento da drenagem das cavidades nasais e perinasais, normalmente associado a um distúrbio orgânico de âmbito intra-oral e/ou sistémico. Em consequência sobrevirá uma resposta neuromuscular à obstrução caracterizada por adaptação postural da cabeça e da mandíbula bem como da musculatura facial, assumindo-se igualmente uma postura inadequada da língua (esta em geral mostra-se baixa e ao mesmo tempo adiantada no interior da cavidade bucal), com os lábios entreabertos, e com consequentes alterações do padrão da fala, adaptação disfuncional ou atípica dos movimentos de mastigação e deglutição, o que muitas vezes se associa também a uma postura corporal global por assim dizer em desalinho.

Concomitantemente, se a situação se mantém ao longo do tempo, outras alterações vêm somar-se a este quadro: ocorrerá uma modificação morfológica pela quebra do equilíbrio neuromuscular fisiológico da face (conforme a clássica descrição de Hotz), passando os órgãos fonoarticulatórios a adoptar uma conformação típica do síndrome, com a língua abaixada – seja adiantada, seja retraída, no interior da cavidade bucal – não mais exercendo a sua função natural modeladora da lâmina óssea palatina, e o palato por sua vez moldar-se-á por consequência com um aspecto em ogiva ou mais profundamente escavado. Como resultado desta mudança da configuração anatómica do palato duro, os dentes assumirão lugares inadequados na arcada dentária. Finalmente, os lábios mostrarão igualmente uma conformação modificada típica encontrando-se geralmente o lábio inferior evertido pelo trespassse horizontal, e o lábio superior encurtado e ressecado, hipofuncionante.

Teremos além disto uma modificação do maciço craniofacial que resulta numa aceleração do crescimento vertical da face, o que conduz a um fâcies característico descrito por Donald Enlow (1982), constando de um aumento do terço inferior da face, associadamente com um aumento da divergência entre maxila e mandíbula, conduzindo a mudanças adaptativas na articulação temporomandibular e a uma constante exposição a infecções da oro e da nasofaringe, bem assim como do ouvido médio, pela vizinhança destes processos relativamente à trompa de Eustáquio.

Neste contexto global, torna-se portanto muito compreensível que estes pacientes terminem também por desenvolver, não raro, alterações psicossociais, como é o caso numa percepção alterada da realidade, muitas vezes inclusive com problemas associados de desenvolvimento da linguagem falada e escrita, e com uma articulação frequentemente alterada, não só pelas alterações da motricidade oral como também em função da astenia que se instala, com uma fadigabilidade por vezes extrema e a já mencionada sonolência diurna; esta sobrevém a um

certo défice ventilatório ou inclusive a hipoxia que poderá resultar das alterações respiratórias. Neste contexto, a criança afectada mostrará facilmente um baixo rendimento escolar.

### 3. CARACTERÍSTICAS DO SÍNDROME DO RESPIRADOR BUCAL

Segundo Pierre Robin, citado por Planas (1998), são as seguintes as principais características deste síndrome:

- Face com tendência a ser longa e estreita;
- Ângulo do *gonion* aumentado pela tendência ao crescimento vertical da face;
- Base posterior do crânio mais curta;
- Palato ogival e /ou atrésico;
- Incompetência mandibular / lingual / labial;
- Narinas estreitas com reflexo alar incompetente (sobretudo em casos com alergias e obstrução de vias aéreas superiores ou inferiores);
- Alterações do eixo corporal global;
- Boca aberta com certa deiscência / queda da mandíbula
- Falta de encerramento da fenda labial (“sorriso *Gummy Smiling*”);
- Olhar fixo, perdido no horizonte, sem energia vital;
- Olheiras crónicas;
- Défice de atenção relacionado directamente com a oxigenação cerebral;
- Capacidade auditiva diminuída por otites frequentes e de repetição;
- Má higiene bucal associada a problemas periodontais;
- E em alguns casos a mandíbula encontra-se retraída, com compressão maxilar ou hipodesenvolvimento de maxila;

### 4. ESTUDO DE CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Segue-se um estudo de três casos por nós atendidos no Hospital Pedro Ernesto (RJ / Brasil) em equipe interdisciplinar, conjugando um apoio de fonoaudiologia (equipe ABOM) com um acompanhamento e intervenção de ortodontia (diferentes estomatologistas que conosco colaboraram). Podemos dizer que em todos os três pacientes foi bem sucedida esta abordagem sobre o síndrome do respirador bucal. Os casos (suas arcadas dentárias e respectivo maciço craniofacial) são documentados fotograficamente e radiologicamente (cefalometria), antes e depois da intervenção adoptada.

## PACIENTE 1

**Equipe interdisciplinar:** Ortodontia e ortopedia facial - Dra. Maria Júlia Pereira C. Ferraz

**Fonoaudiologia – Dra, Jucyara Menezes Aroucha e equipa da ABOM**

**Quadro clínico:** Sexo feminino, 11 anos. Queixa: perda de auto estima e crises recorrentes de amigdalite. **Histórico:** não foi amamentada ao seio materno, sendo porém descontinuados tanto o biberão como a chupeta antes dos 4 anos.

**Tratamento:** foi proposto um tratamento com Ortopedia Facial, associada com um Tratamento Fonoaudiológico, e encaminhando o paciente também a ORL para diagnóstico e provável conduta terapêutica relacionada; o tratamento ortodôntico em si constou de Reabilitação Dinâmica e Funcional dos Maxilares com o aparelho proposto pelo Prof. Maurício Vaz de Lima, uma vez que se trata de uma técnica simples e eficiente.

**O tratamento Fonoaudiológico teve como objectivos terapêuticos:**

Área Funcional respiratória e postural: promover uma respiração predominantemente nasal através de consciencialização e exercícios específicos de aumento do fluxo aéreo nasal e rectificação postural.

Área Labial: trabalho muscular efectivo através de exercícios isométricos e isotónicos, promovendo um vedamento labial passivo com consequente equilíbrio da tonicidade.

Área Lingual: sensibilização através de massagens de toque leve e profundo, com vista a melhorar a propriocepção e o próprio posicionamento da postura correcta da língua, tanto em actividade como em repouso.



Orientação quanto aos hábitos deletérios, recorrendo para o efeito à metodologia proposta por Marchesan (1998). Orientação quanto a mudança dos hábitos alimentares, com introdução gradativa de alimentos duros e fibrosos - como preconiza o Prof. Dr. Pedro Planas (1998).

Restabelecer o equilíbrio oromiofuncional através da reeducação das funções estomatognáticas.

Para finalizar, optámos por instalar um aparelho ortodôntico fixo, apenas para nivelamento. Como esta criança está em fase de crescimento, actualmente faz uso de aparelho ortopédico funcional, com a finalidade de orientar e proporcionar harmonia ao sistema estomatognático, bem como uma melhor qualidade de vida.



## PACIENTE 2

**Equipe interdisciplinar:** Dra. Maria Julia Pereira Coelho Ferraz, ortopedista facial

**Dra. Jucyara Menezes Aroucha e equipa da ABOM, pela parte de Fonoaudiologia**

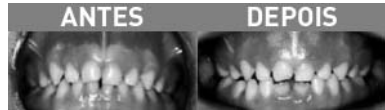
**Quadro clínico:** Criança com 4 anos de idade, com história de otites recorrentes, roncopia, apnéia nocturna, rinite alérgica, e também com perda da capacidade auditiva. Emocionalmente, apresentava-se como uma criança reservada, introvertida, o que não deixava de ter repercussão nos desempenhos escolares.

**Tratamento:** Foi proposta logo de imediato adenoidectomia, porém resolvemos tentar um tratamento interdisciplinar em colaboração com a Ortopedia Facial: mudando a postura e expandindo os pulmões, recorrendo inclusive à Homeopatia com o objectivo de obtermos uma desobstrução das vias aéreas superiores e à Fonoaudiologia visando uma melhoria do tónus muscular e da respiração propriamente dita.



Após 4 meses de tratamento interdisciplinar, obtivemos uma melhoria no quadro clínico, radiográfico e emocional, proporcionando uma melhor qualidade de vida a esta criança: observámos inclusive, por meio da telerradiografia, uma redução da hipertrofia das adenóides.

des, bem como um aumento do espaço nasofaríngeo. Apesar dos problemas ortodônticos serem incipientes, esta criança já apresentava sinais e sintomas do Síndrome do Respirador Bucal.



### PACIENTE 3

**Equipe interdisciplinar:** Dra. Olga-cy Peixoto Boeira, ortopedista facial

Dra. Jucyara Menezes Aroucha e equipa da ABOM, pela parte de fonoaudiologia

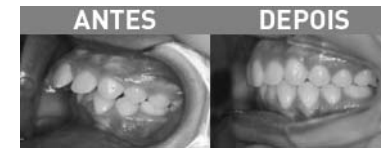
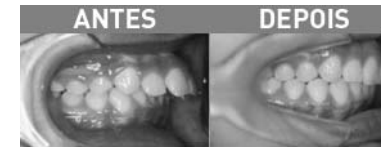
**Quadro clínico:** PB, sexo feminino, 11anos, portadora de respiração bucal, apresentava olheiras, olhar perdido no horizonte, queixas de dificuldades respiratórias durante o sono. Radiograficamente, nota-se uma hipertrofia da massa constituída pelas adenóides. Clinicamente, apresentava protrusão da maxila, mordida profunda com perda da dimensão vertical, atresia da maxila.



**Tratamento:** Tratamento proposto em colaboração com a Ortopedia Facial dos Maxilares, por meio do "BIMGA-CY", idealizado pela Dra. Olga-cy Peixoto Boeira, resultando em melhoria da relação das bases ósseas, bem como melhoria da qualidade de vida.

Otorrinolaringologia associada a Homeopatia: houve paralelamente um acompanhamento constante deste foro, com uma intervenção medicamentosa integrada.

Abordagem Terapêutica Fonoaudiológica: procurou-se uma Reequilíbrio Sistémica Funcional das funções estomatognáticas, bem como dos órgãos fonoarticulatórios.



## 5. CONCLUSÃO

De acordo com tais factores temos um problema extremamente complexo e diverso, sendo impossível trabalharmos isolados e restabelecermos sozinho o equilíbrio oromiofuncional destes pacientes portadores de Respiração Oral. É fundamental, portanto, uma abordagem terapêutica interdisciplinar para efectivamente desenvolvermos uma conduta eficaz, segura e de qualidade junto dos nossos pacientes, já que são eles o nosso principal objecto de atenção e estudo.

No contexto actual da Europa, berço da Ortopedia Dento-Facial, que teve a

França, Itália e Alemanha como ponto de partida, não podemos fechar os nossos olhos para a relação intrínseca entre a função e a forma, sob pena de nos expormos ao inevitável risco de ficarmos obsoletos e desfasados. Claude Bernard (cit. in Hanson e Barrett, 1995) preconizava que "A função cria o órgão e o órgão propicia a função". Temos portanto a Função e a Forma como binómio constituído por termos interdependentes. Sob esse prisma, temos que tratar conjuntamente os desequilíbrios da função e da forma quando necessário, para obtermos um melhor atendimento aos nossos pacientes. Enfim, é imprescindível observar com atenção e detectar as características do síndrome do respirador bucal, fazer um esforço para compreender a casuística e prevalência existentes e, acima de tudo, avaliar se existe ou não a possibilidade de modificação, com o objectivo de direccionar uma conduta terapêutica optimizada e de qualidade aos nossos pacientes e seus familiares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boone, D.R. e Plante, E. (1994). *Comunicação Humana e seus Distúrbios*. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas.
- Douglas, C.R.(1994). *Tratado de Fisiologia Aplicada às Ciências da Saúde*. S. Paulo, Ed. Robe.
- Enlow, D. (1982). *Crescimento Facial*. S. Paulo, Intermédica.
- Hanson, M. e Barrett, R. (1995). *Fundamentos em Miologia Orofacial*. Rio de Janeiro, Enelivros.
- Marchesan, I.Q. (1998). *Fundamentos em Fonoaudiologia – Aspectos Clínicos em Motricidade Oral*. S. Paulo, Editora Guanabara Koogan.
- McNamara, J. (1981). A. Jr. Influence of Respiratory Pattern on Craneofacial Growth. *Angle Orthodontic.*, vol. 51, nº 4, pp. 269-300.
- Petrelle, E. (1997). *Ortodontia para Fonoaudiologia*. S. Paulo, Editora Lovise.
- Pinto de Almeida, Alexandre Frey (2003). Fonoaudiologia e Lusofonia. *Actas do I Simposium Luso-Brasileiro de Terapia da Fala*. Porto, Universidade Fernando Pessoa (em publicação).
- Planas, P. (1998). *Reabilitação Neuro - Oclusal*. Rio de Janeiro, Editora Medsi.
- Saadia, A. M. (1998). Airway Obstruction and Facial Form. *Am. Review.J. Pedod.*, vol. 5, nº 3, pp. 222- 239.
- Segovia, M. L. (1998). *Interrelaciones entre la Odontoestomatologia y la Fonoaudiologia – Deglución Atípica*, 2ª. ed. Buenos Aires, Ed. Panamericana.