



O Respirador Bucal Na Clínica Fonoaudiológica

Deborah Gampel

Introdução

A capacidade de comunicação humana depende da aquisição da linguagem e desenvolve-se a partir da infância. A linguagem falada diz respeito à capacidade motora de transmitir oralmente informações, atitudes e emoções, de acordo com o pensamento e experiência de cada um. A produção da fala resulta de movimentos coordenados do sistema respiratório, os quais produzem um fluxo de ar ao longo do trato vocal. Este fluxo de ar é modificado por meio da articulação, de modo a produzir as seqüências de fonemas representados pelas consoantes e vogais. Desta forma, a produção de fala está associada ao equilíbrio entre o mecanismo respiratório, fonatório e articulatório. Qualquer problema em algum desses três processos pode causar uma alteração ou uma sobrecarga nos outros dois, o que por sua vez conduz a um distúrbio na produção da fala. Entre os problemas que podem ocorrer nesses mecanismos, a respiração bucal merece uma atenção em especial. O objetivo deste artigo é analisar a conduta dos fonoaudiólogos em relação a crianças com respiração bucal.

Prevalência

Há poucos estudos na literatura sobre a prevalência de respiradores bucais na população infantil. Em uma pesquisa com crianças brasileiras entre três e nove anos de idade, de Abaeté (Minas Gerais), a prevalência foi de 55% (Abreu et al., 2008). Em outro estudo realizado com crianças de Pernambuco, entre oito e 10 anos de idade, a prevalência foi de 53% (De Menezes et al., 2006). Apesar da alta prevalência, mais pesquisas são necessárias para se verificar se existe associação com variáveis como idade e condição socioeconômica.

Queixas dos Pacientes

Na clínica fonoaudiológica, há normalmente duas situações referentes à chegada de pacientes com um problema respiratório e/ou de fala:

- 1) a criança e a família vêm para atendimento fonoaudiológico, recomendados pelo otorrinolaringologista ou pelo pediatra, com um diagnóstico de respirador bucal e as respectivas manifestações;
- 2) a família traz a criança diretamente para atendimento fonoaudiológico, com queixas referentes à voz e/ou à articulação, mas não percebe a respiração bucal. Caso a observe, esta não parece estar associada às preocupações referentes à produção da fala. Geralmente, as queixas em relação à voz são quanto à qualidade vocal, *pitch* e/ou *loudness*. Em relação ao aspecto articulatório, as preocupações

são na maioria com referência à inabilidade para produzir alguns fonemas, distorções articulatórias, entre as quais o ceceo lateral ou frontal, imprecisão articulatória ou dificuldade quanto à inteligibilidade de fala.

Processo de Diagnóstico

Nas duas situações acima, a entrevista inicial com a história do paciente e a avaliação clínica fornecem outros sinais e sintomas do respirador bucal, importantes para o médico e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.

Na clínica fonoaudiológica, na entrevista com a família, além da história do paciente, **dois itens** podem prover informações significativas:

1) a presença de **distúrbios alimentares**, especialmente quanto a um cardápio restrito e que incluiria a preferência por alimentos de consistência mais mole. Algumas vezes, os pais apresentam queixas de que a criança come muito rápido, muito devagar ou tem problemas digestivos, halitose ou boca seca. Esses dados podem indicar dificuldades em funções orais de mastigação e/ou deglutição, associadas ou não a alterações de paladar e olfato;

2) a presença de **manifestações comportamentais** tais como fadiga, agitação, impulsividade, problemas de concentração e distúrbios de aprendizagem, que são sugestivos de distúrbios do sono associados ao problema respiratório.

A **avaliação fonoaudiológica** consiste dos itens a seguir.

1) **Observação** da possível presença de maloclusão dentária, alteração craniofacial, expressão facial triste e problemas de excesso ou de baixo peso. Pode haver um desvio da postura de cabeça e pescoço com o intuito de facilitar a entrada do ar pela boca. Nesse caso, a hiperextensão de pescoço compensa a mandíbula abaixada, levando a modificações na curvatura cervical. Além disto, estes desvios posturais estariam eventualmente associados a problemas vocais.

2) **Avaliação dos órgãos orofaciais** quanto a tônus, postura e mobilidade. Atenção especial deve ser atribuída à presença de problemas de sensibilidade e propriocepção da cavidade oral.

3) **Verificação das funções orais** de mordida de alimento, sucção, mastigação e deglutição, realizada com alimentos de consistência diferente. A avaliação da fala, incluindo a voz, é realizada por meio de testes específicos e atividades informais. É importante a observação da possível presença de uma incoordenação entre as funções orais.

Após a entrevista e a avaliação, no caso de pacientes com respiração bucal e que vieram diretamente para atendimento fonoaudiológico, sem recomendação médica prévia, a primeira etapa é o encaminhamento para diagnóstico e orientação do otorrinolaringologista. Tal conduta permite compreender se há limitação anatômica e/ou funcional para a terapia fonoaudiológica, incluindo a presença ou não de alergias. Caso seja necessário, outros profissionais serão recomendados, tais como alergista, dentista ou fisioterapeuta, pois o tratamento do respirador bucal poderá envolver um trabalho da equipe multiprofissional.

Tratamento

Após o processo de diagnóstico e os encaminhamentos apropriados a outros profissionais, há basicamente **quatro etapas** na intervenção fonoaudiológica para o tratamento do respirador bucal e as manifestações associadas.

1. Conscientização

Na população pediátrica, a adesão e a motivação do paciente e respectiva família constituem elementos fundamentais para o sucesso da intervenção. Portanto, as explicações sobre a anatomia e o funcionamento do nariz, o mecanismo respiratório e a importância da respiração nasal auxiliam nesta etapa. A compreensão de que, apesar das queixas iniciais do paciente não serem no sistema respiratório, mas este, por sua vez, desempenha um papel importante ou poderia ser o responsável pelas alterações articulatórias e/ou fonatórias, deveria ser a primeira etapa do tratamento. As crianças pequenas também podem aprender sobre estes aspectos por meio da utilização de histórias criativas e apropriadas para a idade.

2. Recuperação ou implementação da respiração nasal

Nesta etapa, um ponto essencial é estar ciente de que o nariz deve estar limpo, uma vez que especialmente as crianças pequenas não gostam de assoá-lo. Sem um nariz limpo, todos os exercícios e técnicas fornecidos na terapia fonoaudiológica podem ser menos efetivos. Nas sessões de terapia e mesmo em casa, a utilização do espelho de Glatzel fornece uma medida significativa para obtenção de melhores resultados e seguimento do caso. A família tem uma função considerável nesse processo, pois normalmente as crianças vêm ao consultório fonoaudiológica uma ou duas vezes por semana, durante 30 ou 45 minutos, mas no restante dos dias a higiene do nariz não pode ser esquecida.

No caso de obstrução nasal devido à presença de alergias, é importante que a família, além do tratamento fornecido pelos médicos, siga as recomendações por eles sugeridas em relação às modificações a serem realizadas em casa. Entre estas, a remoção de carpetes e cortinas, os cuidados apropriados com sistemas de ar condicionado e de aquecimento, evitar animais domésticos, fumo e uso de perfume ou mesmo a substituição de alguns produtos utilizados na limpeza. O esforço é conjunto: a criança com o respectivo tratamento e os pais com as possíveis modificações no ambiente doméstico. Em São Paulo, Brasil, assim como em outras cidades ao redor do mundo, há um outro fator que pode ser acrescentado: dependendo da estação do ano, as condições do tempo, combinadas com a poluição do ar podem piorar os sintomas da alergia. Com o objetivo de encorajar o tratamento dos pacientes alérgicos é fundamental lembrá-los que os sintomas da alergia não estão presentes todos os dias e nem 24 horas por dia e o tratamento será adaptado de acordo com as possibilidades do paciente e a orientação do otorrinolaringologista.

A correção da postura corporal também faz parte do processo de tratamento e dependendo do caso, o paciente é encaminhado para atendimento com o fisioterapeuta.

3. Exercícios e técnicas para a melhora da sensibilidade, propriocepção, tônus, postura e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios.

Nesta etapa, é fundamental que o fonoaudiólogo tenha um foco dirigido para as alterações articulatórias e fonatórias, de modo a proporcionar aos pacientes exercícios específicos e preparatórios para obtenção de resultados satisfatórios nessas áreas. É desenvolvido um programa individual para cada paciente.

4. Tratamento das funções orais comprometidas: mordida de alimento, mastigação, deglutição e fala (voz e articulação)

Nesta fase, atenção especial é fornecida aos hábitos alimentares da criança. Em muitos casos, o olfato e o paladar estão alterados e a redescoberta destes pode ser motivadora para o paciente. Nos problemas de mastigação e deglutição, a apresentação de alimentos variados e em diferentes consistências, gera um desafio ao paciente e auxilia na melhora da função. Novamente a família desempenha um papel importante neste momento, proporcionando à criança novas experiências de alimentação, de acordo com a orientação fonoaudiológica.

Após a implementação ou a recuperação da respiração nasal, os exercícios e técnicas para os distúrbios articulatórios e vocais obtêm resultados mais satisfatórios.

Conclusões

O respirador bucal necessita de atenção especial e intervenção precoce a fim de evitar a ocorrência de um número maior de manifestações associadas. Apesar de haver muitas propostas referentes a um trabalho em equipe multiprofissional, na realidade brasileira, a execução deste tipo de atendimento poderia encontrar uma barreira socioeconômica. Todos esses tratamentos juntos têm um custo geralmente elevado. Entretanto, há alguns serviços gratuitos ou de custo mais acessível, mas que normalmente tem uma longa lista de espera. Portanto, como uma intervenção precoce poderia significar custos menores, programas educacionais deveriam ser incentivados, especialmente nas escolas, para propiciar o desenvolvimento da conscientização dos sinais, sintomas e conseqüências do respirador bucal.

Leituras recomendadas

1. Abreu RR, Rocha RL, Lamounier Ja, Guerra AF. Etiology, clinical manifestations and concurrent findings in mouth-breathing children. *J. Pediatr*(Rio J). 2008.Nov-Dec;84(6): 529-35.
2. De Menezes VA, Leal RB, Pessoa RS, Pontes RM. Prevalência e fatores associados à respiração oral em escolares participantes do projeto Santo Amaro - Recife, Brasil. *Rev Bras Otorinolaringol.* 2006;72:394-9.
3. Marchesan IQ. Avaliação e terapia dos problemas de respiração. In: Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1998. p. 23-36
4. Pickett, J.M. Language, Phonetics and Speech Productio. In: The acoustics of speech communication. Boston: Allyn and Bacon, 1999. p. 3-34.
5. Sih T., Danesi A. Como abordo as rinossinusopatias na infância: considerações práticas, objetivas e informais. In: Sih T (Coord). VII Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO. São Paulo, Brazil: Vida & Consciência 2008; 133-140.