



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
JÉSSYCA VICENTE POSSAMAI DELLA

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA RESPIRAÇÃO BUCAL:
CRIAÇÃO DE FOLDER ILUSTRATIVO**

Tubarão
2018

JÉSSYCA VICENTE POSSAMAI DELLA

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA RESPIRAÇÃO BUCAL:
CRIAÇÃO DE FOLDER ILUSTRATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a. Sandra Teixeira Bittencourt, Msc.

Tubarão

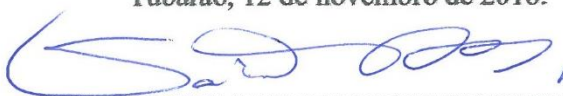
2018

JÉSSYCA VICENTE POSSAMAI DELLA

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA RESPIRAÇÃO BUCAL:
CRIAÇÃO DE FOLDER ILUSTRATIVO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Odontologia e aprovado em sua forma final pelo Curso de Odontologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina.

Tubarão, 12 de novembro de 2018.



Prof.^a e Orientadora Sandra Teixeira Bittencourt, Msc.

Universidade do Sul de Santa Catarina



Prof.^a Aires Antônio de Souza Júnior

Universidade do Sul de Santa Catarina



Prof.^a Wladimir Pimenta

Universidade do Sul de Santa Catarina

Gostaria de dedicar este trabalho à toda a minha família, especialmente aos meus pais, a quem devo imensamente todo meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus que iluminou meu caminho e minhas decisões durante toda esta caminhada.

Aos meus pais, Albertina Domingos Vicente e José Possamai Della, por sempre acreditarem no meu potencial e me incentivarem a ser uma pessoa melhor.

A minha irmã, Sophia Vicente Possamai Della, que minhas atitudes, escolhas e conquistas possam servir de exemplo em sua jornada. Obrigada pelo seu carinho e amor, pois te protegerei e amarei sempre.

Aos meus colegas de faculdade, pelos estudos, pelas risadas e ajuda nos momentos de necessidade. E em memória, Edvan da Rosa Sousa, por ter sido um melhor amigo, e um exemplo para mim.

Aos meus professores de curso Wladimir e Aires, pela aprendizagem e carinho recebido durante todo o curso.

A professora e orientadora Sandra, por me orientar da melhor forma possível, com muito carinho, amor e paciência. Com certeza, é um exemplo de profissional a ser seguida, sou sua admiradora.

RESUMO

O propósito deste trabalho foi revisar a literatura sobre a importância do diagnóstico precoce da respiração bucal. Ressaltando as características e consequências do respirador bucal e também a importância do tratamento multidisciplinar frente a este problema. Observou-se que se a respiração bucal não for tratada precocemente ela provoca diversas alterações no indivíduo, como alterações na face, na postura e no comportamento, necessitando de um tratamento com diversos profissionais da área da saúde, como o Otorrinolaringologista, o cirurgião dentista e o fonoaudiólogo, pois é uma síndrome que acomete um grande número de alterações e deve ser tratada em suas diversas áreas. Através da criação do folder ilustrativo, pretende-se abranger um maior número de pessoas leigas e ligadas ou não a área da saúde frente a este problema, apresentado a todos as consequências da respiração bucal e auxiliando no diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Respirador bucal. Multidisciplinar. Ortodontia.

ABSTRACT

The purpose of this study was to review the literature on the importance of early diagnosis of mouth breathing. Highlighting the characteristics and consequences of the mouthpiece and also the importance of multidisciplinary treatment against this problem. It was observed that if mouth breathing is not treated early it causes several changes in the individual, such as changes in face, posture and behavior, requiring treatment with several health professionals, such as the Otorhinolaryngologist, the dental surgeon and the speech-language pathologist, because it is a syndrome that affects a great number of changes and must be treated in its several areas. Through the creation of the illustrative folder, it is intended to cover a greater number of laypeople and linked or not the health area facing this problem, presented to all the consequences of mouth breathing.

Keywords: Mouth breather. Multidisciplinary. Orthodontics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1– Aspecto facial típico do paciente respirador bucal	16
Figura 2 – Representação esquemática.....	18
Figura 3 – Folder ilustrativo	22

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	OBJETIVO GERAL.....	11
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3	METODOLOGIA.....	12
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4.1	PREVALÊNCIA	13
4.2	ETIOLOGIA DA RESPIRAÇÃO BUCAL	13
4.3	CONSEQUÊNCIAS DA RESPIRAÇÃO BUCAL.....	14
4.3.1	Alterações faciais.....	15
4.3.2	Alterações intra-bucais	16
4.3.3	Alterações posturais.....	18
4.3.4	Alterações comportamentais.....	19
4.4	A RESPIRAÇÃO BUCAL NUM CONTEXTO MULTIDISCIPLINAR	20
5	APRESENTAÇÃO DO FOLDER ILUSTRATIVO	22
6	DISCUSSÃO	24
7	CONCLUSÃO.....	26
	REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

A respiração de um indivíduo em condições de repouso, deve ser predominantemente nasal, pois este padrão de respiração mantém o equilíbrio do sistema estomatognático, permite o adequado selamento labial e a harmonia das estruturas intra e extrabuciais (PIVA et al., 2014).

A respiração bucal é um distúrbio respiratório comum na infância e um problema muito preocupantes de saúde pública. Sua duração prolongada pode ocasionar repercussões nos contextos físico, psicológico e social e os problemas advindos desse padrão respiratório e a sua complexidade têm sido motivo de preocupação de profissionais de várias áreas da saúde (MENEZES et al., 2011).

Quando o paciente não respira adequadamente pelo nariz e apresenta respiração bucal, ocorre ruptura do equilíbrio fisiológico, pela alteração da arquitetura dento-maxilo-facial, causando desenvolvimento assimétrico dos músculos, como dos ossos do nariz, maxila e mandíbula, e uma desorganização das funções exercidas pelos lábios, bochechas e língua. (IMBAUD et al., 2006).

É importante o diagnóstico precoce do respirador bucal, já logo na fase infantil, pois 80% do crescimento facial ocorre até os 6 anos de idade (FREITAS et al., 2002; SNODELL; NANDA; CURRIER,1993).

Segundo Luvarghi et al. (1999), uma pessoa dificilmente é exclusivamente respiradora bucal; o que existe é a respiração predominantemente bucal ou mista. Com frequência, os respiradores bucais apresentam alterações comportamentais como: irritação, mau humor, sonolência, inquietude, desconcentração, agitação, ansiedade, medo, depressão, desconfiança, impulsividade e dificuldades de aprendizagem. A prevenção e o diagnóstico precoce da respiração bucal, objetivam, além de evitar ou minimizar as alterações bucodentais, reduzir o comprometimento do ajuste psicossocial.

A maioria dos profissionais pesquisados reconhece o respirador bucal como um paciente especial, portador de uma série de afecções e sequelas, que necessita de um tratamento diferenciado e interdisciplinar, dentro de uma visão abrangente de multidisciplinaridade. É de grande importância o diagnóstico e o encaminhamento precoce aos especialistas, quando ainda não foram desenvolvidas grandes deformações ósseas na face, alterações cardiorrespiratórias, imunológicas e comportamentais (MENEZES et al., 2011).

Pelas várias complicações e limitações na saúde geral do indivíduo, a respiração bucal quando diagnosticada precocemente, possibilita uma intervenção também precoce, que

pode ser de fundamental importância para melhora da qualidade de vida dos indivíduos acometidos por esse padrão respiratório indesejado (MUSTAFÁ et al., 2015).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Alertar para importância do diagnóstico precoce da respiração bucal e suas possíveis consequências, através da criação e divulgação de folder ilustrativo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar as principais características do indivíduo respirador bucal;
- Relatar as possíveis consequências da respiração bucal;
- Realçar a importância da atuação multidisciplinar no tratamento da respiração bucal;
- Auxiliar o diagnóstico precoce da respiração bucal através do folder ilustrativo.

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico de artigos, bem como de livros e artigos clássicos relacionados ao assunto respiração bucal.

Os artigos pesquisados para a presente revisão da literatura foram selecionados nas bases de dados PUBMED, LILACS e SCIELO, bem como em outras ferramentas de busca, como o Google Acadêmico.

Os termos utilizados em português foram: respiração bucal, criança, face adenoidea, síndrome do respirador bucal, respiração oral.

Os termos em inglês utilizados foram: *mouth breathing, children, airway obstruction, craniofacial abnormalities.*

Os dados necessários para a realização da revisão da literatura foram obtidos através da leitura dos artigos na íntegra e os dados levantados foram agrupados em categorias com o objetivo de sistematizar os achados.

O folder ilustrativo foi desenvolvido pela autora e orientadora, através do programa *Microsoft Power point* e *Corel Draw*.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PREVALÊNCIA

Segundo Vieira (2005), a respiração bucal é, dentre outros hábitos deletérios, o que mais comumente atua sobre a face e talvez o que produza nesta as consequências mais severas, e estima que 85% de todas as crianças apresentam algum grau de insuficiência nasal e quase 20% respiram habitualmente pela boca.

Piva et al. (2014) relata que a respiração bucal crônica é um sintoma frequente na infância e sua alta prevalência tem sido demonstrada em diferentes estudos, variando entre 53,3% a 55%, nas crianças em idade escolar.

Menezes et al. (2006) realizaram um estudo na Universidade de Pernambuco sobre a prevalência da respiração bucal, com 236 crianças entre 8 e 10 anos aplicando um questionário para identificação de alterações comportamentais das crianças, outro acerca de alterações faciais observadas ao exame visual e ainda testes respiratórios e verificaram que a maioria das crianças pesquisadas (53,3%) foi considerada como portador de respiração bucal.

Guimarães (2013) avaliou a prevalência da respiração bucal e maloclusão em 390 escolares de 8 a 10 anos de idade em estudo populacional transversal na cidade de Diamantina-MG, e observou que 11,8% das crianças eram respiradoras bucais e destas, 78,7% já apresentavam alguma maloclusão. Sinais e sintomas pesquisados, tais como roncar, obstrução nasal diária, dificuldade de respiração noturna, fâcies adenoideana e falta de selamento labial mostraram-se altamente associados a respiração bucal neste estudo e as alterações orofaciais relacionadas à respiração bucal também se mostraram fortemente associadas.

4.2 ETIOLOGIA DA RESPIRAÇÃO BUCAL

A respiração é uma função vital nos humanos, e fisiologicamente ocorre pelo nariz. Após o nascimento, vários fatores podem interferir no padrão de respiração normal, e esses fatores podem ser físicos condicionados, como predisposições anatômicas, ou podem estar presentes no ambiente, como condições climáticas, posição de dormir, alimentação artificial e hábitos bucais, inclusive sucção não nutritiva (LOPES; MOURA; LIMA, 2014).

Lusvarghi (1999) considera que a respiração bucal geralmente inicia por um desvio do padrão de respiração nasal normal, ocasionado por algo que cause insuficiência de passagem de ar, levando a uma substituição pela respiração bucal, embora o autor frisa que raramente

uma pessoa é exclusivamente respiradora bucal; o que existe é uma respiração predominantemente bucal ou mista.

Ferreira (2004) relata que a respiração bucal normalmente encontra-se associada a pacientes com interposição de língua e de lábio. As causas da respiração bucal podem ser, por exemplo, obstruções das vias aéreas superiores, desvios do septo, inflamação da membrana basal, cornetos inflamados e adenóides.

De acordo com Mocellin (1992), nos primeiros dez anos de vida ocorre o maior desenvolvimento da face. O autor afirma ainda que todo paciente com obstrução nasal crônica pode se tornar um respirador bucal, sendo a obstrução mais frequente a hipertrofia de adenóides.

Segundo Domingues (2000), a etiologia da respiração bucal pode ser de origem orgânica ou pode ser causada por um hábito vicioso. Nos fatores ambientais podemos citar as mamadeiras, chupetas, onicofagia, sucção de dedos e o desmame precoce. Os orgânicos estão relacionados à atresia de coana, tumores nasais e desvio do septo por luxação no canal do parto. Segundo a autora, os maus hábitos podem se instalar em idade precoce por problemas relacionados à ansiedade, à amamentação e à respiração.

Cunha, Silva e Silva (2011) afirmam que uma das causas da respiração bucal é o desmame precoce. A criança em aleitamento materno mantém a postura de repouso de lábios ocluídos e apresenta uma respiração nasal, mas quando ocorre o desmame precoce, a postura dos lábios entreabertos do bebê é mais comum, facilitando a respiração bucal da criança.

4.3 CONSEQUÊNCIAS DA RESPIRAÇÃO BUCAL

O ar que entra pela boca sem a ação das narinas (filtração, aquecimento, umidificação e ação microbiana) é de baixa qualidade e compromete a hematose (trocas gasosas). Observa-se então cansaço físico; apneia noturna; deglutição de ar; infecções do aparelho respiratório; má oxigenação cerebral (com alterações no traçado do EEG), acarretando dificuldade de atenção e concentração e levando a baixos rendimentos escolar e intelectual e a alterações do sono (REIS; QUAGLIA, 2005).

A obstrução das vias aéreas superiores leva o paciente ao hábito de respirar pela boca e como consequência ocorre uma adaptação postural, que é seguida por modificações nas arcadas dentárias e, posteriormente, no esqueleto ósseo da face, além de infecções e má oxigenação cerebral (REIS; QUAGLIA, 2005).

A respiração bucal pode ocasionar alterações na face, oclusão, postura e equilíbrio. Pode causar alterações também na fonação, dicção, audição, olfato e paladar, mastigação e

deglutição. Além de distúrbios de crescimento, desenvolvimento, concentração, atenção, aprendizado e sono. Também pode causar alterações intra-buciais como cáries e gengivites, bruxismo e boca seca. E ainda alterações comportamentais como cansaço físico e fadiga, ronco, baba, boca aberta e apneias profundas (REIS; QUAGLIA, 2005).

Segundo Luvarghi et al. (1999), durante a anamnese do cirurgião dentista, são comuns relatos onde a criança come de boca aberta, tem preferência por alimentos pastosos, costuma babar no travesseiro ao dormir, apresenta alterações de comportamento como sono agitado, irritabilidade e dificuldade de concentração, podendo ser acompanhado de queda do rendimento escolar e baixa aptidão esportiva.

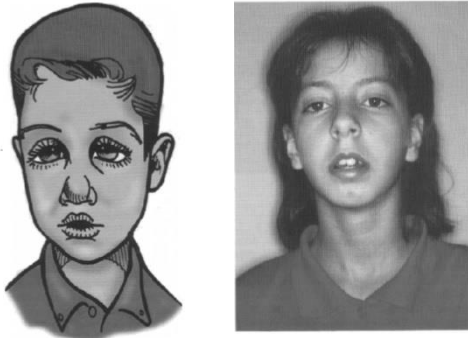
Menezes et al. (2011) observaram em seu estudo que, com frequência, os respiradores bucais apresentam alterações comportamentais como: irritação, mau humor, sonolência, inquietude, desconcentração, agitação, ansiedade, medo, depressão, desconfiança, impulsividade e dificuldades de aprendizagem.

4.3.1 Alterações faciais

São características das alterações faciais do respirador bucal: face alongada e estreita (face adenoideana), protrusão da maxila e retrusão da mandíbula, olhar embaçado, boca aberta, narinas estreitadas, aparência “abobalhada, distraída e ausente” (REIS; QUAGLIA, 2005).

Para Ianni Filho, Bertolini e Lopes (2006), uma das principais características dos respiradores bucais é a face adenoideana: olhar triste e desatento, dificuldade de concentração com repercussão na aprendizagem, olheiras profundas, lábios hipotônicos e ressecados, alterações posturais cefálico-corporais e orofaciais e boca aberta. Além disso ocorre acentuação do crescimento facial vertical, o que pode ser considerado um fator agravante em pacientes genética e estruturalmente dolicocefálicos.

Figura 1– Aspecto facial típico do paciente respirador bucal



Fonte: Ferreira (2004).

4.3.2 Alterações intra-buciais

As alterações intrabucais ocasionadas pela respiração bucal, segundo Reis e Quaglia (2014) são: mordida cruzada, que ocorre desvio à atresia maxilar causada pela respiração bucal; mordida aberta anterior, devido à falta de pressão do lábio superior sobre os incisivos e os dentes entreabertos para facilitar a respiração, causando o rompimento do equilíbrio de forças mantenedores da oclusão; palato ogival, pela pressão negativa do ar entrando pela cavidade bucal ao invés de entrar pelo nariz, fazendo com que o palato cresça para cima e provocando desarmonias oclusais; apinhamento dentário, que ocorre devido a atresia do arco e conseqüente falta de espaço para os dentes; língua hipotônica, que repousa no assoalho da boca no respirador bucal, diminuindo a ação da língua em resposta, com presença de força aumentada do bucinador e masseter; e por fim, língua baixa, que assume uma posição baixa para a passagem de ar gerando desequilíbrio na musculatura facial, gerando alterações no sistema estomatognático.

Ianni Filho, Bertolini e Lopes (2006), relatam que se observa com frequência nos pacientes respiradores bucais atresia maxilar, arco maxilar em forma de V e dentes protrusos.

Marchezan (1994) cita alterações das funções bucais como: mastigação ineficiente, levando a engasgos pela falta de coordenação da respiração com a mastigação e problemas digestivos, fala imprecisa, com excesso de saliva, sem sonorização, voz rouca e anasalada. A autora relata ainda que frequentemente ocorre distúrbios da voz e hipóxia devido à diminuição do ritmo e amplitude respiratória. Essa situação de hipóxia crônica repercute por todo organismo, diminuindo a capacidade de concentração. Têm-se ainda as alterações craniofaciais e dentárias, como: crescimento craniofacial vertical, desvio do septo, mordida cruzada, protrusão dos incisivos superiores, palato inclinado e hipodesenvolvimento dos maxilares.

Quando há respiração bucal, a perda de umidade da gengiva aumenta o acúmulo de placa e por sua vez, a desidratação, podendo assim reduzir a ação de proteção da saliva e aumentar o potencial patogénico da placa (CALVET; PEREIRA, 2000).

A respiração bucal, além de todas as alterações que são manifestadas a nível da face e dentes, ocasiona uma irritação dos tecidos gengivais. Isto verifica-se através do contato existente do ar frio e seco sobre as gengivas o que faz com que haja uma perda de umidade. O processo constante de umedecimento e secura por si só representa um processo irritativo para a gengiva, tudo faz com que a saliva se vá tornar mais viscosa, o que faz com que acumule mais placa bacteriana em volta da região em exposição (LASCALA; MOUSSALLI, 1983).

O respirador bucal apresenta alterações ou deficiências nos mecanismos de defesa dos tecidos orais, mediados pela saliva, possivelmente resultando em maior risco ao desenvolvimento de doenças bucais, como cárie e doenças periodontais (ERNESTO FILHO et al., 2003).

As crianças com respiração bucal tendem a permanecer com a boca entreaberta, produzindo um efeito prejudicial na mucosa e tecidos gengivais. Como a saliva contém fatores que inibem a atividade de cárie, sua diminuição pode acarretar maior risco a essa doença, especialmente se a dieta for cariogénica, podendo levar a piores estados bucais nas crianças que constantemente respiram pela boca (PIVA et al., 2014).

Koga-Ito et al. (2003) realizaram um estudo que demonstrou que pacientes respiradores bucais apresentam alterações na microbiota bucal que favorecem o desenvolvimento de microrganismos cariogénicos e o estabelecimento de placa cariogénica específica. Sendo assim, pacientes respiradores bucais tendem a ser mais suscetíveis às lesões de cárie.

Ernesto Filho et al. (2003) avaliando o índice de gengivite em pacientes respiradores nasais e respiradores bucais, observaram que os dois grupos obtiveram índice de placas equivalentes. Os autores relataram que no aparecimento de lesão de cárie dental, o desequilíbrio é provocado, nos dois tipos de respiração, pelo consumo excessivo de açúcar na presença de microrganismos patogénicos, principalmente *Streptococcus mutans*, retidos na placa dental por longos períodos.

Oliveira et al. (2009) realizaram um estudo comparando pacientes respiradores nasais e bucais, com idade entre 10 e 12 anos, e concluíram que os respiradores bucais apresentam maior acúmulo de placa na região anterior da arcada dentária e, portanto, tem maior risco de desenvolver problemas como cárie e gengivite. Porém, os autores sugeriram a

necessidade de realização de um estudo clínico com maior número de pacientes para avaliar a relação entre respiração bucal e as patologias orais.

Piva et al. (2014) em estudo com amostra de 55 crianças em idade escolar (8 a 12 anos), não encontrou associação significativa entre maior índice de placa visível, maior índice de lesão de carie e aumento de sangramento gengival nas crianças identificadas como possíveis respiradores bucais. Entretanto os autores sugeriram um estudo com uma maior amostragem, para um resultado mais eficaz.

4.3.3 Alterações posturais

Segundo Reis e Quaglia (2005), para respirar melhor, o respirador bucal flete o pescoço para frente, retificando o trajeto das vias aéreas superiores para o ar chegar mais rápido aos pulmões. Já no pescoço há uma flexão deste para frente, comprometimento da musculatura do pescoço e cintura escapular, coluna cervical retificada. No tórax, omoplatas elevadas, região anterior deprimida, acentuação da cifose torácica, pequena ação do diafragma o que causa o relaxamento. No abdômen há o relaxamento do musculo reto abdominal associado a ingestão de ar que causa distensão abdominal e conseqüente acentuação da lordose. Por fim, nos membros superiores os braços são posicionados para trás e os inferiores possuem pés chatos. Para equilibrar o corpo que tende a ir para frente e para baixo, o respirador bucal faz compensações posturais que afetam o equilíbrio do corpo, causando tropeções e quedas. Todas essas alterações são mecanismos de compensação, sendo contínuas e cumulativas

Figura 2 – Representação esquemática

Respirador nasal



Respirador bucal



Fonte: Lima (2003).

*Mostra como o indivíduo se apresenta à medida que se intensifica a respiração bucal. Ele vai perdendo o centro de equilíbrio, o qual se situa cada vez mais anterior. A perda do centro de equilíbrio faz com que se produzam modificações em pontos susceptíveis do corpo, marcados no esquema pelos triângulos.

A respiração bucal leva à protrusão da cabeça, os ombros rodam internamente, diminuindo o volume da caixa torácica, fazendo com haja alterações de ritmo e capacidade respiratória (FELCAR et al., 2010).

Motonaga, Berte e Anselmo-Lima (2000) defendem que a respiração bucal compromete toda a postura do indivíduo. Como está com a boca aberta a maior parte do tempo, a língua passa a ficar mais baixa junto aos dentes inferiores. Para melhorar as condições da passagem do ar, há uma projeção da cabeça para a frente, esticando o pescoço e alterando assim a postura da coluna.

Conti et al. (2011) entendem que as crianças respiradoras bucais possuem lordose cervical com protrusão da mandíbula e da cabeça de forma a permitir a passagem de ar pela faringe.

4.3.4 Alterações comportamentais

Segundo Luvarghi et al. (1999), com frequência os respiradores bucais apresentam alterações comportamentais como: irritação, mau humor, sonolência, inquietude, desconcentração, agitação, ansiedade, medo, depressão, desconfiança, impulsividade e dificuldades de aprendizagem.

De acordo com Menezes et al. (2006), dependendo de sua duração, a respiração bucal pode acarretar alterações funcionais, estruturais, patológicas, posturais, oclusais e de comportamento no portador da alteração respiratória. As queixas mais comuns dos respiradores bucais são: falta de ar ou insuficiência respiratória, cansaço rápido nas atividades físicas, dores nas costas ou musculatura do pescoço, diminuição do olfato e/ou paladar, halitose, boca seca, acordar engasgado durante a noite, dormir mal, sentir sono durante o dia, olheiras, espirrar, salivar ao falar, entre outras. Ainda assim, com relação às alterações comportamentais, destacam-se: sono agitado, irritabilidade, dificuldade de concentração acompanhada de queda no rendimento escolar e de baixa aptidão esportiva, entre outras. Sendo assim, as alterações que ocorrem a médio ou longo prazo, decorrentes dessa alteração, podem ter consequências danosas para a qualidade de vida do indivíduo devido ao seu impacto pessoal, físico, psicológico e no relacionamento social.

4.4 A RESPIRAÇÃO BUCAL NUM CONTEXTO MULTIDISCIPLINAR

A respiração predominantemente bucal é apontada como provável fator etiológico de alterações oclusais e de deformidades esquelético-faciais, sendo, por conseguinte, de grande interesse das áreas médica, odontológica e fonoaudiológica. É um problema multifatorial, nem sempre de fácil diagnóstico e, para o êxito de seu tratamento, há necessidade de interação e atuação de profissionais especializados em diversas áreas, conferindo-lhe, assim, um caráter multidisciplinar (IANNI FILHO; BERTOLINI; LOPES, 2006).

A prevalência elevada de respiração bucal encontrada em diversos estudos implica na necessidade de melhor observação dos sinais e sintomas, pelo dentista, médico e pelo fonoaudiólogo, entre outros profissionais, pois a falta de diagnóstico precoce pode levar à piora das sequelas e até à redução na qualidade de vida da criança (PIVA et al., 2014).

A face constitui unidade morfofuncional complexa, relacionada com as funções vitais, com a comunicação e, conseqüentemente, com a socialização. Por isso, deve ser examinada no seu todo e tratada em sua integridade estrutural e funcional. Seu estudo pressupõe observações interdisciplinares que relacionam forma-postura-função com o crescimento e desenvolvimento craniofaciais, cujos resultados repercutem no diagnóstico, no tratamento e na prevenção de eventuais alterações. Quando as alterações são diagnosticadas precocemente, a interdisciplinaridade permite diagnósticos mais precisos, possibilitando tratamentos eficazes, com medidas preventivas e interceptativas (IANNI FILHO; BERTOLINI; LOPES, 2006).

A correção ortodôntica nos pacientes respiradores bucais tende a se manter adequada se a oclusão alcançada ao final do tratamento se harmonizar com a musculatura do paciente. O tratamento fonoaudiológico tem por objetivo a normalização do tônus da musculatura orofacial, obtendo um equilíbrio funcional muscular, bem como o desenvolvimento de novos hábitos posturais. Assim, a ortodontia, que trata da forma, e a fonoaudiologia, que cuida da função, têm de trabalhar em conjunto, avaliando as possibilidades, trocando informações e planejando o melhor tratamento (BERVIAN; RODRIGUES, 2010).

O paciente deve ser avaliado integralmente, com enfoque nas características da respiração bucal, que analisadas em conjunto e não isoladamente fecham um diagnóstico, permitindo um tratamento em equipe. Esse tratamento geralmente engloba pediatra, alergista, otorrinolaringologista, ortodontista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta (IANNI FILHO; BERTOLINI; LOPES, 2006).

Se por um lado o ortodontista deve preocupar-se com a prevenção do crescimento facial desfavorável e ajudar no diagnóstico inicial de possíveis causas obstrutivas

nasofaríngeas, por outro, sua atuação é muito expressiva no tratamento das deformidades dento-esqueléticas-faciais em pacientes crianças, adolescentes e adultos que por motivos diversos (ambientais e/ou genéticos, incluindo a respiração bucal) desenvolveram alterações morfológicas dentofaciais (IANNI FILHO; BERTOLINI; LOPES, 2006).

Nessa equipe multidisciplinar, a fisioterapia possui papel fundamental, apesar de a literatura apresentar poucos relatos de sua atuação na reabilitação de indivíduos portadores da respiração bucal. Para que esses objetivos sejam atingidos, e levando em consideração as características físicas específicas de cada indivíduo, os fisioterapeutas utilizam as seguintes técnicas fisioterapêuticas: padrões ventilatórios musculares com objetivos de estimular a musculatura diafragmática, incentivar a inspiração nasal e melhorar a capacidade inspiratória; exercícios de alongamento da cadeia posterior quanto da cadeia respiratória, das cadeias anteriores do braço, ântero-interna do ombro e ântero-interna do quadril e exercícios de fortalecimento muscular (BARBIERO; VANDERLEI; NASCIMENTO, 2002).

Como essas alterações são de instalação progressiva, nem sempre são percebidas pelos familiares e, sendo o ideal diagnosticar o respirador bucal o mais precocemente possível, cabe ao médico pediatra suspeitar tratar-se de um respirador bucal a criança que apresentar lábios afastados, comer e respirar pela boca, mastigar pouco, tiver dificuldades para se alimentar de produtos sólidos, apresentar acúmulo de saliva e troca de fonemas. Uma importante contribuição do profissional pediatra é a orientação aos pais quanto aos fatores agravantes como sucção de dedo ou chupeta não ortodôntica e o uso do bico de mamadeira inadequado. Deve ainda estimular o aleitamento materno, que contribui para o desenvolvimento da musculatura orofacial e diminuir hábitos deletérios da sucção (IANNI FILHO; BERTOLINI; LOPES, 2006).

Segundo Luvarghi et al. (1999), como com frequência os respiradores bucais apresentam também alterações comportamentais, o diagnóstico precoce da respiração bucal, objetivam, além de evitar ou minimizar as alterações bucodentais, reduzir o comprometimento do ajuste psicossocial.

É fundamental que cada especialidade profissional tenha conhecimento das diversas áreas atuantes na reabilitação do respirador bucal e dos objetivos em comum no tratamento, procurando falar a mesma linguagem e realizar a prevenção conjuntamente, não trabalhando isoladamente com foco restrito em sua área de atuação. Terapias isoladas dificilmente possibilitarão a normalização morfofuncional da face, com recuperação da saúde e função (IANNI FILHO; BERTOLINI; LOPES, 2006).

5 APRESENTAÇÃO DO FOLDER ILUSTRATIVO

Com o intuito de disseminar as informações sobre as alterações provocadas pela respiração bucal, criamos um folder ilustrativo com ilustrações sobre as características do respirador bucal e consequências deste hábito deletério.

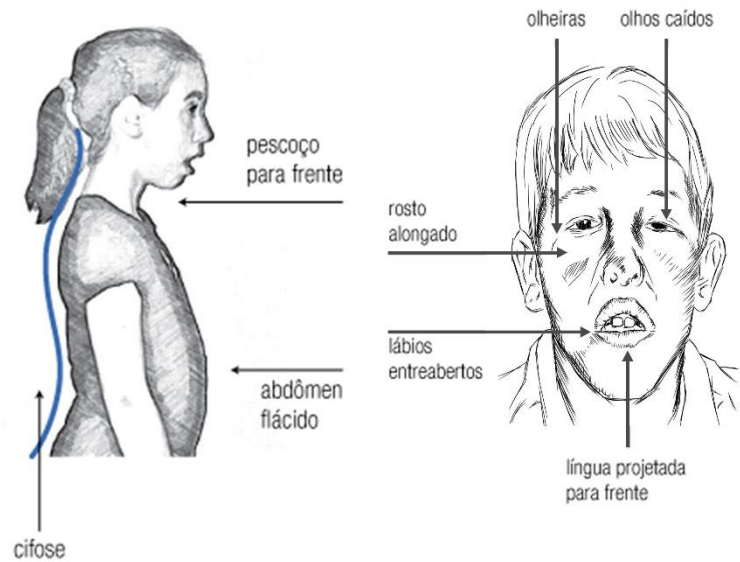
A criação do folder ilustrativo tem como objetivo alertar e esclarecer para pais e responsáveis, educadores e pessoas leigas a importância do diagnóstico precoce procurando evitar o estabelecimento de maiores consequências desta parafunção.

Figura 3 – Folder ilustrativo



A RESPIRAÇÃO BUCAL PODE OCASIONAR:

- Cansaço físico;
- Sono agitado;
- Irritabilidade;
- Dificuldade de concentração;
- Queda no rendimento escolar;
- Baixa aptidão esportiva;
- Alterações posturais;
- Alterações intrabucais;
- Alterações respiratórias (ronco, baba noturna);
- Cáries e gengiva avermelhada

Fonte: Elaboração da autora (2018).

6 DISCUSSÃO

A respiração bucal é uma alteração respiratória frequente na infância e Piva et al. (2014) relatam uma prevalência entre 53 a 55% de respiradores bucais em crianças em idade escolar. Vieira (2005), diagnosticou que em torno de 85% de todas as crianças examinadas apresentaram algum grau de insuficiência nasal e quase 20% respiravam habitualmente pela boca. Já Guimarães (2013), diagnosticou apenas 11% das crianças como respiradoras bucais, entretanto, destas crianças com este padrão respiratório alterado, 78,7% já apresentavam algum tipo de maloclusão.

Segundo Lopes, Moura e Lima (2014) é considerado como respirador bucal aquele indivíduo que apresenta algum tipo de alteração do padrão de respiração nasal normal, sendo substituída por respiração totalmente bucal ou mista. Lusvarghi (1999), cita que as causas da respiração bucal podem ser, obstrução das vias aéreas superiores, desvios do septo, inflamação da membrana basal, cornetos inflamados e adenoides aumentadas. Mocellin (1992) e Ferreira (2004) relatam que além disso, fatores ambientais, como o uso de mamadeiras, chupetas, onicofagia, sucção de dedos também podem ocasionar a respiração bucal. Cunha, Silva e Silva (2011), acrescentam que o desmame precoce, pela má postura de lábios que ocasiona, também facilita a instalação de respiração bucal na criança.

Uma das principais características faciais dos respiradores bucais, é a face adenoideana: olhar triste e desatento, dificuldade de concentração com repercussão na aprendizagem, olheiras profundas, lábios hipotônicos e ressecados, alterações posturais cefálico-corporais e orofaciais e boca aberta (IANNI FILHO; BERTOLINI; LOPES, 2006). Reis e Quagli (2005) acrescentam que, além da face alongada e estreita, protrusão da maxila e retrusão da mandíbula, olhar embaçado, boca aberta, narinas estreitadas, aparência “abobalhada, distraída e ausente” também caracterizam o respirador bucal.

As alterações intra-bucais frequentemente ocasionadas pela respiração bucal são: mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, apinhamento dentário, língua hipotônica, língua baixa, palato ogival. (REIS; QUAGLI, 2005). Marchezan (1994), cita alterações como mastigação ineficiente, levando a engasgos, fala imprecisa, excesso de saliva, voz rouca e anasalada e diminuição na capacidade de concentração.

Calvet e Pereira (2000), Lascala e Moussalli (1983) afirmam que a perda de umidade da gengiva pode aumentar o acúmulo de placa e por sua vez diminuir a ação de proteção da saliva, aumentando o potencial patogênico de placa e fator cariogênico. Entretanto, ERNESTO FILHO et al. (2003) avaliando o índice de gengivite em pacientes respiradores

nasais e respiradores bucais, não conseguiram neste estudo, estabelecer diferença estatisticamente significativa entre a gengivite e a lesão de cárie em pacientes respiradores nasais e bucais.

Motonaga, Berte e Anselmo-Lima (2000), alertam para o fato de que esses indivíduos podem apresentar alterações posturais, pois, para respirar melhor, o paciente respirador bucal faz compensações posturais que afetam o equilíbrio do corpo, fletindo o pescoço para frente e comprometendo toda a postura do indivíduo. Felcar et al. (2010), descrevem que estes indivíduos apresentam frequentemente tórax e omoplatas elevadas e deprimidas e relaxamento do abdômen. Conti et al. (2011), complementam que as crianças respiradoras bucais possuem lordose cervical com protrusão da mandíbula e da cabeça de forma a permitir a passagem de ar pela faringe.

Com relação a alterações comportamentais, Menezes et al. (2011), descrevem que se observa nestes indivíduos maior cansaço físico, apneia noturna, deglutição indesejada de ar, infecções do aparelho respiratório, má oxigenação cerebral, dificuldade de atenção e concentração, baixo rendimento escolar e intelectual e alterações do sono. Luvarghi et al. (1999), acrescenta ainda que com frequência os respiradores bucais apresentam irritação, mau humor, sonolência, inquietude, desconcentração, agitação, ansiedade, medo, depressão, desconfiança, impulsividade e dificuldades de aprendizagem.

A respiração bucal é um problema multifatorial e para o êxito do seu tratamento, há necessidade de um diagnóstico precoce e da interação e atuação de profissionais especializados em diversas áreas, dando assim um caráter multidisciplinar. (BARBIERO; VANDERLEI; NASCIMENTO, 2012; IANNI FILHO; BERTOLINI; LOPES, 2006). Os principais profissionais envolvidos no tratamento são: médico pediatra, alergista, otorrinolaringologista, ortodontista e fonoaudiólogo e fisioterapeuta e a atuação multidisciplinar neste paciente tem como objetivo avaliar as possíveis causas da parafunção e minimizar os riscos de alteração do desenvolvimento facial, normalização do tônus da musculatura orofacial e da postura dos indivíduos. (BERVIAN; RODRIGUES, 2010; IANNI FILHO; BERTOLINI; LOPES, 2006).

7 CONCLUSÃO

A respiração bucal é um problema de saúde pública, que pode ocasionar diversas alterações no sistema estomatognático do indivíduo, como alterações faciais, bucais, posturais e comportamentais.

Tendo como alterações faciais: uma face de característica adenoideana, como face alongada e estreita, olhos caídos, olheiras profundas, lábios entreabertos, língua projetada para frente e entre outros. E como alterações posturais, podemos citar: pescoço projetado para frente, abdômen flácido, alterações na coluna, e pés planos.

Apresentando ainda alterações intrabucais, como gengivite e lesões de cárie, palato ogival, lábios hipotônicos e ressecados, mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior. E por fim, as alterações comportamentais como: irritabilidade, sono agitado, pouca aptidão esportiva e dificuldade de concentração.

O propósito do folder ilustrativo é difundir as informações sobre as características de um paciente respirador bucal, buscando ampliar a visão das pessoas sobre o biotipo deste paciente e alertar para as possíveis consequências danosas da mesma.

O diagnóstico precoce da respiração bucal permite que seja encaminhado para uma avaliação integral, permitindo um tratamento em equipe que pode englobar o ortodontista, o pediatra, o alergista, o otorrinolaringologista, o fonoaudiólogo e o fisioterapeuta, o que permite identificar as possíveis causas da parafunção, visando interceptá-las e minimizar os danos de suas repercussões, proporcionando melhora da saúde e função desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- BARBIERO, E. F.; VANDERLEI, L. C. M.; NASCIMENTO, P. C. A síndrome do respirador bucal: uma revisão para a fisioterapia. **Iniciação Científica Cesumar.**, v. 4, n. 2, p. 125-130, 2002. Disponível em: < http://www2.fct.unesp.br/docentes/fisio/lcmvanderlei/Artigos/Ano_2002/Artigo01_2002.pdf> . Acesso em: 15 out. 2018.
- BERVIAN, J.; RODRIGUES, R. O conhecimento dos ortodontistas sobre a atuação fonoaudiológica em respiradores bucais. **RFO**, Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 293-297, 2010. Disponível em: < <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v15n3/14.pdf> >. Acesso em: 15 out. 2018.
- CALVET, C. O.; PEREIRA, A. F. V. The Periodontal Effects that Appears in the Oral Cavity of Mouthbreathers. **Revista Faculdade de Odontologia**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 2124, 2000.
- CONTI, P. et al. Assessment of the Body Posture of Mouth-Breathing Children and Adolescents. **J Pediat.**, v. 87, n. 4, p. 357-363, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n4/en_v87n04a14.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.
- CUNHA, D. A.; SILVA, G. A. P.; SILVA, H. J. Effects of Oral Breathing on the Nutritional Status: Why does it Happen? **Arq. Int. Otorrinolaringol**, v. 15, n. 2, p. 223-230, 2011. Disponível em: < http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=768>. Acesso em: 25 set. 2018.
- DOMINGUES, A. M. S. A importância da participação do ortodontista/ortopedista na equipe interdisciplinar que atende as inadequações morfofuncionais e patológicas da síndrome do respirador bucal. Campo Belo, 2000. 48 f. Monografia (Especialização em Ortodontia) - Associação Brasileira de Odontologia, Regional de Campo Belo, Minas Gerais, 2000.
- FERREIRA, F. V. **Ortodontia**: diagnóstico e planejamento clínico. 6. ed. São Paulo: Artes Médicas. 2004.
- FELCAR, J. M. et al. Prevalence of Mouth Breathing in Children from na elementary school. **Ciêñ Saúde Colet.**, v. 15, n. 2, p. 437- 444, 2010.
- IANNI FILHO, D.; BERTOLINI, M. M.; LOPES, M. L. Contribuição multidisciplinar do diagnóstico e no tratamento das obstruções da nasofaringe e da respiração bucal. R. **Clin Orton Dental Press**, v.4, n. 6, p. 90-102, 2006. Disponível em: < <http://milenebertolini.com/artigos/tratamento.pdf> > Acesso em: 30 set. 2018.
- ERNESTO FILHO, N. et al. A respiração bucal é fator de risco para cárie e gengivite?. **Rev. Bras. Alerg. Imonopatol.** v. 26, n. 6, p. 243-249, 2003. Disponível em: < <http://www.sbai.org.br/revistas/Vol266/Aresp.pdf>> Acesso em: 30 set. 2018.
- FREITAS, P. Z. et al. Epidemiologia de má oclusão na dentadura decídua. **Ortodontia**, v. 32, n.1, p. 22-33, 2002.

GUIMARÃES, S. P. A. **Prevalência da respiração bucal e má oclusão em escolares e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal: estudo clínico epidemiológico da cidade de Diamantina-MG.** 2013. 162 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <

http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-9EGPAQ/tese_finalsoraia___c_pia.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 set. 2018.

IMBAUD, T. et al. Respiração bucal em pacientes com rinite alérgica: fatores associados e complicações. **Rev Bras Alerg Imunopatol.** v. 29, n. 4, p. 183-187, 2006. Disponível em: <
http://www.asbai.org.br/revistas/vol294/respiracao_bucal.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

KOGA-ITO, C. Y. et al. Caries risk tests and salivary levels of immunoglobulins to *Streptococcus mutans* and *Candida albicans* in mouthbreathing syndrome patients. **Caries Res**, v. 37, n. 1, p. 38-43, 2003.

LASCALA, N. T.; MOUSSALLI, N. H. **Periodontia clínica.** São Paulo: Artes Médicas, 1983.

LIMA, J. G. **Síndrome do respirador bucal: abordagem fisioterapêutica.** 2003. 78 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2003.

LOPES, T. S. P.; MOURA, L. F. A. D.; LIMA, M. C. M. P Association between breastfeeding and breathing pattern in children: a sectional study. **J pediatr.**, v. 90, n. 4, p. 396-402, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n4/0021-7557-jped-90-04-00396.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

LUSVARGHI, L. Identificando o respirador bucal. **Rev Assoc Paul Cir Dent.**, v. 53, n. 4, p. 265-274, 1999.

MARCHEZAN, I. Q. **Tópicos em Fonoaudiologia.** São Paulo: Lovise, 1994.

MENEZES, V. A. et al. Prevalência e fatores associados à respiração oral em escolares participantes do projeto Santo Amaro-Recife, 2005. **Rev Bras Otorrinolaringol.**, v.72, n. 3, p. 394-399, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v72n3/a17v72n3.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2018.

MENEZES, V. A. et al. Respiração Bucal no contexto multidisciplinar: percepção de ortodontistas da cidade do Recife. **Dental Press J Orthod.** v. 16, n. 6, p. 84-92, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v16n6/a14v16n6.pdf> >. Acesso em: 10 set. 2018.

MOCELLIN, M. Respirador bucal. In: PETRELLI, E. **Ortodontia para fonoaudiologia.** São Paulo: Lovise, 1992. p. 131-134.

MUSTAFÁ, A. M. M. et al. Síndrome do respirador bucal e suas implicações na cavidade oral com foco na gengivite e cáries: uma revisão de literatura. **J odontol. Facit.**, v. 2, n. 1, p. 15-21, 2015. Disponível em: <
<http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JOFI/article/view/50> >. Acesso em: 15 set. 2018.

MOTONAGA, S. M.; BERTE, L. C.; ANSELMO-LIMA, W. T. Respiração Bucal: causas e alterações no sistema estomatognático. **Rev Braz Otorrinolaringol.**, v. 66, n. 4, p. 373-379, 2000. Disponível em: < <http://oldfiles.bjorl.org/conteudo/acervo/acervo.asp?id=2482> >. Acesso em: 10 out. 2018.

OLIVEIRA, L. R. et al. Prevalência de cárie, presença de biofilme e inflamação gengival em pacientes com síndrome de respiração bucal. **R. Periodontia.**, v. 19, n. 2, p. 118-123, 2009. Disponível em: < http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/junho_2009/artigo15.pdf >. Acesso em: 30 set. 2018.

PIVA, F. et al. Avaliação da associação entre os indivíduos de saúde bucal, os aspectos socioeconômicos e crianças com sinais clínicos orofaciais indicativos de respiração oral crônica. **Audiol Commun Res.** v. 19, n. 3, p. 236-242, 2014.

REIS, T. C.; QUAGLIA, C. O. Adolescente respirador bucal. **Adolescência & Saúde**, v. 2, n. 3, p. 30-32, 2005. Disponível em: < http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=165>. Acesso em: 25 set. 2018.

SNODELL, S. F.; NANDA, R. S.; CURRIER, G. F. Longitudinal cephalometric study of transverse and vertical craniofacial growth. **Am J Orthodontic Dentofacial Orthop.** v. 104, n. 5, p. 472-483, 1993.

VIEIRA, S.W. Estudo da função muscular peribucal, do grau de inclinação vestibulo-lingual e das discrepâncias de modelo dos incisivos inferiores permanentes em crianças respiradoras nasais e buscais com oclusão normal e má oclusão de Classe I. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial.**, v. 10, n. 1, p.108-16, 2005.