

A RELAÇÃO ENTRE ASPECTOS FUNCIONAIS E ESTRUTURAIS COM A RESPIRAÇÃO ORAL

DAIANA MORAES BALINHA¹; JULIANA ZARDO BREDA²; LAURA BATTISTIN SCHIAVONI³; JOSÉ FAIBES LUBIANCA NETO⁴; MARCIA ANGELICA PETER MAAHS⁵; LISIANE DE ROSA BARBOSA⁶

¹UFRGS- daiamoraesb@gmail.com

²UFCSPA- julianabreda@outlook.com

³UFCSPA- laurabasc@gmail.com

⁴UFCSPA- jlubianca@ufcspa.edu.br

⁵UFCSPA- marciama@ufcspa.edu.br

⁶UFCSPA- lisiane@ufcspa.edu.br

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Estomatognático (SE) é formado por estruturas estáticas e dinâmicas que atuam em conjunto, equilibradas e controladas pelo sistema nervoso central realizando as funções estomatognáticas de sucção, respiração, deglutição, mastigação e fala (ANDRADE et al, 2017). Sabe-se que ambos profissionais fonoaudiólogos e cirurgiões-dentistas atuam sobre o SE, sendo que o primeiro responsabiliza-se pela reabilitação das funções do SE, atuando na área de Motricidade Orofacial e o segundo enfoca sua prática na parte estrutural na área de Ortodontia e Ortopedia Facial tratando as más oclusões, tendo a respiração oral (RO) como um exemplo da atuação conjunta (RECH et al, 2015). Visto isso, um exemplo de atuação conjunta entre as duas profissões é em respiradores orais.

Sendo assim, este trabalho teve como objetivo demonstrar através da análise de fichas clínicas de ambulatório interdisciplinar a relação entre os aspectos funcionais e estruturais com a respiração oral.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um estudo de campo, de caráter qualitativo, de perfil descritivo.

Para a realização deste estudo, utilizou-se de um banco de dados de 41 fichas de avaliação clínica ortodôntica do ambulatório de RO, desenvolvidas pelo curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, para estágio. Nestas, contabilizou-se o número de encaminhamentos para atendimento fonoaudiológico, no intuito de verificar o quanto essas duas áreas estão interligadas na prática clínica, por meio da análise aspectos funcionais que influenciam no tratamento e encaminhamentos das duas áreas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo aborda a caracterização de respiradores orais e aspectos funcionais relacionados. Sendo uma temática bastante explorada e discutida na literatura, porém de difícil comprovação da relação direta, devido a RO ter etiologia multifatorial.

A partir do banco de dados, ao analisar a distribuição por sexo, observa-se o predomínio de 51,3% de pacientes do sexo masculino (n= 21), enquanto que 48,7% são pacientes do sexo feminino (n = 20), conforme demonstra o Gráfico 1. A média

de idade é de 8,93 anos, sendo que a faixa-etária mínima é de 11 meses e a máxima é de 17 anos, apresentando um desvio-padrão de 5,21, conforme a Tabela 1.

A associação entre a maior prevalência em crianças e adolescentes respiradores orais e o pertencimento ao sexo masculino encontra amparo, também, em outros estudos (MENEZES; LEAL; PESSOA; PONTES, 2006), (DI FRANCESCO; PASSEROTTI; PAULUCCI; MINITI, 2004). Ambos sendo representados por uma diferença praticamente insignificante.

Gráfico 1. Classificação quanto ao sexo dos formulários do banco de dados.

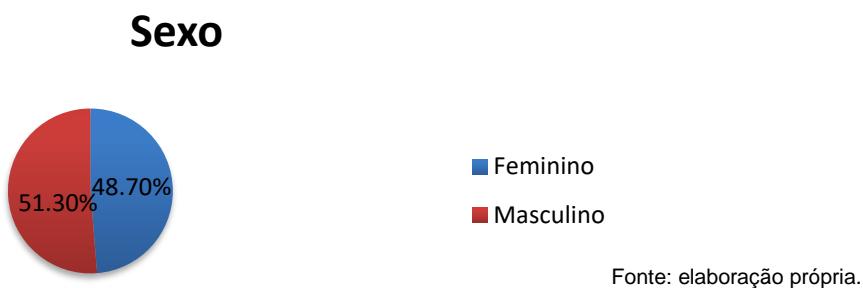


Tabela 1. Classificação por faixa etária dos formulários do banco de dados.

Idade	N	%
11 meses	1	2,4
2 anos	2	4,8
3 anos	8	19,5
4 anos	2	4,8
5 anos	4	9,7
6 anos	5	12,1
7 anos	5	12,1
8 anos	2	4,8
9 anos	1	2,4
11 anos	4	9,7
12 anos	1	2,4
13 anos	1	2,4
14 anos	2	4,8
15 anos	1	2,4
16 anos	1	2,4
17 anos	1	2,4
Total	41	100
Média	8,93	
Desvio-Padrão	5,21	

Quanto à análise dos hábitos orais deletérios, verificou-se a prevalência do uso de chupeta, acometendo 53% dos indivíduos, seguido pelos hábitos de onicofagia (21,95%) e chupar o dedo (19,51%), como pode ser visto no Gráfico 2. Ainda, 48,7% dos pacientes relataram sofrer de bruxismo. Salienta-se que alguns indivíduos apresentaram mais de um hábito oral deletério e que a RO faz parte deste quadro, mas neste estudo esta foi considerada separadamente.

A parte mais abrangente de dados literários em relação a este trabalho está concentrada no aspecto de hábitos orais deletérios adquiridos, sendo estes

conceituados como padrões neuromusculares atípicos aprendidos, os quais podem desencadear alterações no Sistema Estomatognático de acordo com a sua frequência, intensidade, duração e objetos utilizados. Assim, dessa forma, podem contribuir para o desenvolvimento da respiração oral (ALMEIDA; SILVA; SERPA, 2009), (MORESCA; FERES, 1994). Dentre esses hábitos, neste estudo, destaca-se o uso de chupeta, a prática do bruxismo e a sucção de dedo e a onicofagia.

Gráfico 2. Prevalência dos hábitos orais descritos nos formulários do banco de dados.



Fonte: elaboração própria.

Quanto à posição habitual dos lábios e língua, verificou-se que 60,9% dos pacientes possuem vedamento forçado e 26,8% possuem a língua flácida, enquanto que 21,95% possuem a língua grande, os quais são fatores extremamente relevantes para a análise da respiração do indivíduo. Observou-se que 46,3% são respiradores orais, seguidos pela respiração nasal (29,2%) e pela respiração mista (24,3%), conforme apresenta a Tabela 2.

Além disso, observou-se a prevalência de respiradores orais em relação a respiradores nasais e mistos, dado esse que se contrapõe à literatura. De acordo com alguns autores (PAIVA, 1999), (FOUMIOL, 1998), a respiração é mais comumente caracterizada por um padrão misto.

Tabela 2. Respiração oral e hábitos orais.

Hábitos Orais	Respiração			Total
	Nasal	Oral	Mista	
Chupeta	3	10	9	22
Dedo	-	2	4	6
Onicofagia	3	3	5	11
Outros	-	-	3	3
Total	6	15	21	42

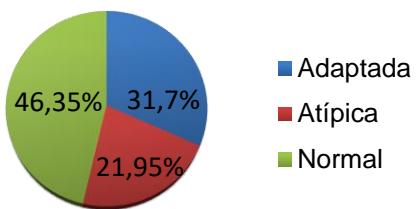
Fonte: elaboração própria.

O Gráfico 3 apresenta os dados sobre a deglutição dos pacientes: 31,7% apresentaram a deglutição adaptada e 21,95% apresentaram a deglutição atípica. Conforme MARCHESAN (1999), nesses indivíduos, a deglutição está prevalentemente em um padrão adaptado, diferindo do achado na pesquisa.

Por fim, após análise dos formulários do ambulatório, verificou-se que 39% dos pacientes foram encaminhados a um profissional fonoaudiólogo para avaliação e 26,8% a um profissional ortodontista para tratamento, conforme indica o Gráfico 4. Cabe ressaltar que uma mesma criança pode ter sido encaminhada para os dois profissionais no fim da análise clínica.

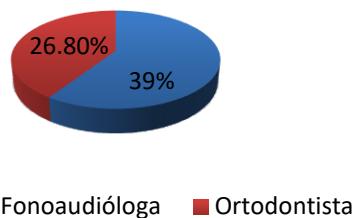
Gráfico 3. Análise quanto à deglutição. **Gráfico 4.** Relação de encaminhamentos.

Deglutição



Fonte: elaboração própria.

Encaminhamentos



Fonte: elaboração própria.

4. CONCLUSÃO

Mediante análise dos dados do presente estudo, observou-se a importância do trabalho conjunto da fonoaudiologia e da odontologia no tratamento de respiradores orais. Entretanto, mais estudos com amostras maiores e análises estatísticas acuradas são necessários para verificar a relação direta entre os mesmos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE RA, CUNHA MD, Reis AMCS. Análise morfológica do sistema estomatognático em usuários de prótese total convencional do Centro Integrado de Saúde – CIS. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.19, n. 5, p. 712-725, 2017.
2. RECH, RS et al. Interfaces entre fonoaudiologia e odontologia: em que situações essas ciências se encontram? **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 111-125, 2015.
3. NASCIMENTO, S.G et al. Relação entre respiração bucal e desenvolvimento de más oclusões. **Braz. J. Surg. Clin. Res.** V.27,n.3,pp.105-107, 2019.
4. AMARAL, E.C et al. Inter-relação entre a odontologia e a fonoaudiologia na motricidade orofacial. **RFO UPF**, Passo Fundo, vol.15 no.3, 2010.
5. SILVA, T.R e CANTO, G. L. Integração odontologia-fonoaudiologia: a importância da formação de equipes interdisciplinares. **Rev. CEFAC**, v. 16, v .2, p.598-603. 2014.
6. MENEZES VA, Leal RB, Pessoa RS, Pontes RMES. Prevalência e fatores associados à respiração oral em escolares participantes do projeto Santo Amaro-Recife, 2005. **Rev Bras Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 394-399, 2006.
7. DI FRANCESCO RC, Passerotti G, Paulucci B, Miniti A. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. **Rev Bras Otorrinolaringologia**, São Paulo; v. 70, n. 5, p.665-670, 2004.
8. PAIVA JB. Identificando o respirador bucal. (entrevista). **Revista da APCD**, São Paulo, v. 53, n. 4, p.265-74, 1999.
9. FOURNIOL FILHO, A. Pacientes Especiais e a Odontologia. São Paulo: Santos; p. 455-459, 1998.
10. MORESCA CA, Feres MA. Hábitos viciosos bucais. In: Petrelli E. Ortodontia para fonoaudiologia, São Paulo: Lovise, p. 174, 1994.
11. ALMEIDA, F.L.; SILVA, A.M.T; SERPA, E.O. Relação entre má oclusão e hábitos em respiradores orais. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 11, n. 1, p. 86-93, 2009.
12. CARVALHO, G.D. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. **Revista Secretários da Saúde**, p. 12-13, 1995.
13. NEIVA, F.C.B.; CATTONI, D.M.; RAMOS, J.L.A.; ISLER, H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **J Pediatr**, p. 7-12, 2003.
14. TRAWITZKI, L.V. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 71, n. 6, p. 747-751, 2005.
15. MENEZES, V.A. Prevalência e fatores associados à respiração oral em escolares participantes do projeto Santo Amaro-Recife, 2005. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 72, n. 3, p. 394-399, 2006.
16. FELCAR, J. M. et al. Prevalência de respiradores bucais em crianças de idade escolar. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n.2, p.437-444, 2010.