



ARTIGO ORIGINAL

Oral breathing and speech disorders in children[☆]

Silvia F. Hitos^{a,*}, Renata Arakaki^b, Dirceu Solé^c, Luc L. M. Weckx^{d,†}

^aDoutoranda e Mestre em Ciências da Saúde, Departamento de Pediatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^bFonoaudióloga clínica, EPM-UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

^cProfessor Titular, Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia, Departamento de Pediatria, EPM-UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

^dProfessor Titular, Departamento de Otorrinolaringologia, Responsável pelo Centro do Respirador Bucal, EPM-UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 23 de julho de 2012; aceito em 5 de dezembro de 2012

KEYWORDS

Joint disorders;
Mouth breathing;
Rhinitis;
Palatine tonsils;
Adenoid

Abstract

Objective: To assess speech alterations in mouth-breathing children, and to correlate them with the respiratory type, etiology, gender, and age.

Method: A total of 439 mouth-breathers were evaluated, aged between 4 and 12 years. The presence of speech alterations in children older than 5 years was considered delayed speech development. The observed alterations were tongue interposition (TI), frontal lisp (FL), articulatory disorders (AD), sound omissions (SO), and lateral lisp (LL). The etiology of mouth breathing, gender, age, respiratory type, and speech disorders were correlated.

Results: Speech alterations were diagnosed in 31.2% of patients, unrelated to the respiratory type: oral or mixed. Increased frequency of articulatory disorders and more than one speech disorder were observed in males. TI was observed in 53.3% patients, followed by AD in 26.3%, and by FL in 21.9%. The co-occurrence of two or more speech alterations was observed in 24.8% of the children.

Conclusion: Mouth breathing can affect speech development, socialization, and school performance. Early detection of mouth breathing is essential to prevent and minimize its negative effects on the overall development of individuals.

© 2013 Sociedade Brasileira de Pediatria. Published by Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2012.12.007>

[☆]Como citar este artigo: Hitos SF, Arakaki R, Solé D, Weckx LL. Oral breathing and speech disorders in children. J Pediatr (Rio J). 2013;89:361-5.

* Autor para correspondência.

E-mail: sihitosfono@hotmail.com (S.F. Hitos).

† In memoriam.

PALAVRAS-CHAVE

Transtornos da articulação;
Respiração bucal;
Rinite;
Amígdala;
Adenoide

Respiração oral e alteração de fala em crianças**Resumo**

Objetivo: Verificar alterações na fala em crianças respiradoras orais e relacioná-las com o tipo respiratório, a etiologia, o gênero e a idade.

Método: Foram avaliados 439 respiradores orais com idade entre quatro e 12 anos. Considerou-se atraso no desenvolvimento de fala a presença de alterações em crianças acima de cinco anos de idade. As alterações observadas foram interposição de língua (IL), ceceo frontal (CF), troca articulatória (TA), omissões (OM) e ceceo lateral (CL). Relacionou-se etiologia da respiração oral, gênero, idade, tipo respiratório e alterações de fala.

Resultados: Alterações de fala foram diagnosticadas em 31,2% dos pacientes sem relação com o tipo respiratório: oral ou misto. Maior frequência de trocas articulatórias e mais de uma alteração de fala ocorreram no gênero masculino. IL foi documentada em 53,3% pacientes, seguida por TA em 26,3% e CF em 21,9%. Concomitância de duas ou mais alterações de fala ocorreu em 24,8% das crianças.

Conclusão: Respirar pela boca pode afetar o desenvolvimento da fala, a socialização e o desempenho escolar. A detecção precoce da respiração oral é essencial para prevenir e minimizar seus efeitos negativos sobre o desenvolvimento global dos indivíduos.

© 2013 Sociedade Brasileira de Pediatria. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

Introdução

A respiração nasal propicia qualidade ao ar inspirado, protege as vias aéreas e favorece o posicionamento correto dos órgãos fonoarticulatórios, garantindo bom desempenho das funções estomatognáticas.^{1,2}

Respirar pela boca, uma condição patológica,³ pode decorrer de obstrução das vias aéreas superiores, flacidez dos músculos faciais ou por hábito,¹ e deve-se considerar respirador oral todo o indivíduo que apresentar este tipo de respiração por um período mínimo de seis meses.⁴

Os fatores genéticos e o tempo de exposição a fatores obstrutivos, independentemente da etiologia, podem determinar prejuízos no desenvolvimento infantil.

Entre as consequências da respiração oral, podemos citar alterações no crescimento crânio-oro-facial, na fala, na alimentação, na postura corporal, na qualidade do sono e no desempenho.¹ De modo geral, o respirador oral apresenta alterações na postura, no tônus e mobilidade de lábios, na língua e bochechas, determinando menor eficiência nas funções estomatognáticas: mastigação, deglutição e fala; flacidez dos músculos elevadores da mandíbula, postura anteriorizada da cabeça, atresia maxilar e alterações de fala.^{5,6}

A fala pode se alterar devido à flacidez da musculatura facial, posicionamento incorreto da língua,⁷ por condições estruturais da cavidade oral impostas pela má oclusão e/ou por deficiências no crescimento e desenvolvimento faciais.^{2,8}

As alterações de fala mais comumente descritas nos respiradores orais são: anteriorização da língua na produção dos fonemas línguodentais,⁹ imprecisão nos fonemas bilabiais /p, b, m/ e fricativos (/f/, /v/, /s/, /z/, /ʃ/, /ʒ/) ceceo anterior (CA) e lateral (CL).¹⁰⁻¹² Também é sabido que crianças respiradoras orais podem apresentar sonolên-

cia diurna,^{13,14} má oxigenação cerebral¹⁵ ou imaturidade nas habilidades do processamento auditivo. Todas estas intercorrências podem acarretar dificuldades escolares.¹⁶

Assim, este estudo teve como objetivo verificar o desenvolvimento da fala, as alterações mais frequentes e relacioná-las com a etiologia da respiração oral.

O conhecimento destes aspectos pode favorecer a atuação dos profissionais da área da saúde a tempo de evitar ou minimizar as consequências decorrentes da respiração oral.

Método

Foram avaliadas crianças respiradoras orais (n=439) com idades entre quatro e 12 anos, matriculadas e regularmente acompanhadas no Centro do Respirador Bucal (CRB) da UNIFESP-EPM, de maio de 2000 a maio de 2011. Foram excluídos os pacientes com síndromes genéticas, malformações orofaciais e deficiência mental.

Os pacientes foram avaliados segundo o padronizado pelo Centro do Respirador Bucal da UNIFESP-EPM. Primeiramente, os pacientes são avaliados pelo otorrinolaringologista e, no passo seguinte, por todas as outras especialidades do Centro: alergia, fisioterapia, odontologia, ortodontia e fonoaudiologia, sempre no mesmo dia.

Foram incluídos os pacientes com histórico de respiração oral há pelo menos seis meses, com obstrução nasal, mucosa nasal pálida ou hiperemiada, com ou sem hipertrofia de adenoides (volume ocupando menos de 70% da passagem aérea) e de amígdalas (graus I ou II), cornetos e desvio de septo nasal não obstrutivos (Brozek *et al.*⁵), condições observadas pelo otorrinolaringologista em exame clínico e nasofibrosopia.

A etiologia alérgica nos pacientes com quadro clínico sugestivo de rinite (coriza, espirros, prurido nasal e/ou

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4154611>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4154611>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)