

POSTURA HABITUAL DOS LÁBIOS MAIS ENCONTRADA EM CRIANÇAS*

The most found habitual posture of lips in children

Luciana Cidin Borghi ⁽¹⁾
 Fabiana Tomazzini Ferreira Roldão ⁽¹⁾
 Marisa Mariotto ⁽¹⁾

RESUMO

Objetivo: observar em crianças de diferentes faixas etárias a postura de lábios em repouso. **Métodos:** foram avaliadas 432 crianças entre 7 e 10 anos. Foi observada a postura dos lábios em repouso durante atividade escolar. As crianças que permaneceram com os lábios entreabertos foram avaliadas com o espelho de Glatzel para verificar se existia obstrução nasal. **Resultados:** a maioria, sem diferença significativa de idade, apresentou lábios ocluídos. Uma minoria foi encontrada com os lábios entreabertos e destas, uma porcentagem muito pequena apresentou respiração oral. **Conclusão:** o padrão encontrado em crianças de 7 a 10 anos de idade foi o de lábios ocluídos. As que mantiveram os lábios entreabertos, merecem atenção especial no sentido de buscar causas para este fato.

DESCRIPTORIOS: Respiração bucal; Lábio; Língua; Obstrução nasal; Fonoterapia; Criança

INTRODUÇÃO

Os lábios devem estar ocluídos quando não estivermos falando, cantando, colocando alimento na boca, quando o organismo estiver necessitando de muito oxigênio como, por exemplo, numa corrida. A ausência de contato labial poderá levar a um desequilíbrio neuromuscular afetando várias funções como a deglutição, fonação, respiração e crescimento desarmônico da face. Um dos reflexos mais definidos no feto é o reflexo oral que consiste em movimentos labiais. No neonato a percepção tátil na região labial é fundamental para um bom desenvolvimento estomatognático ⁽¹⁾.

Para deglutir o lactente deve criar um fechamento anterior que ajude a conduzir o alimento até o interior da cavidade oral, para isto a língua se apóia na superfície lingual dos lábios, estes por sua vez fazem a força contrária ⁽²⁻³⁾. A manutenção da boca fechada através da postura correta dos lábios em contato, é o maior indicativo de que a respiração está sendo realizada pelo nariz o que favorece o crescimento harmônico da face ⁽¹⁾. O bebê não respira pela boca porque a língua ocupa toda a cavidade oral. Ao longo do crescimento a criança percebe que a boca também é um canal para respirar quando a respiração nasal não for possível ⁽⁴⁾.

O vedamento labial e o repouso adequado da língua são muito importantes para a harmonia do crescimento e conseqüentemente um bom padrão oclusal. Os lábios ocluídos promovem o equilíbrio da musculatura facial, os músculos orbicular da boca, bucinadores e faríngeos atuam como uma cinta muscular que orienta o crescimento dos maxilares. Quando os lábios permanecem entreabertos não existe a ação desta cinta muscular, os músculos ficam com o tônus diminuído não sendo possível o modelamento do crescimento dos maxilares e das arcadas dentárias ⁽²⁾.

Para que ocorra a respiração nasal é necessário o fechamento da boca em algum ponto, geralmente através do selamento labial, porém pode ocorrer na porção média com o dorso da língua em contato com o palato duro ou mais posteriormente pela base da língua com o palato mole. Se não houver nenhum destes selamentos existirá respiração oral ou mista ⁽⁵⁻⁶⁾.

A posição de repouso de lábios e língua desempenha um importante papel no estabelecimento e manutenção da posição dos dentes e dos arcos dentários. Alterações de tônus e de funções labiais são comuns e muitas vezes associados ao padrão de respiração bucal, mas alguns casos são observados dificuldade no vedamento labial devido a alterações nas posições dos dentes incisivos superiores e/ou inferiores. A posição de repouso dos lábios superior e inferior pode ser influenciada pela posição

*Instituição de Origem: Pontifícia Universidade Católica de CAMPINAS - PUC/CAMPINAS

¹Especialização em Motricidade Oral pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC)

ântero-posterior dos incisivos superiores e inferiores, assim se estes estiverem alinhados e colocados corretamente neste sentido, possibilitará também a correta postura de lábios⁽⁷⁾. A postura em repouso da boca quando está adequada e correta traz benefícios anatômicos, dentários, psicológicos, médicos e estéticos⁽⁸⁾.

Fatores anatômicos poderão estar dificultando ou impedindo o selamento labial tais como nariz com ângulo obtuso, freio labial superior curto, pré-maxila avançada ou o indivíduo ser classe II de Angle⁽⁹⁾.

Um aspecto que nos chama atenção é a freqüência com que encontramos lábios numa postura inadequada quando em repouso: separados ou não totalmente abertos. Nos casos de hipotonia o lábio superior geralmente está retraído, estirado e encurtado devido a falta de funcionamento adequado o que pode levar até a uma retroversão, o mesmo pode acontecer com o lábio inferior, mas em menor grau⁽⁴⁾.

Alguns pacientes mesmo mantendo os lábios entreabertos, estão recorrendo a uma respiração pelo nariz, onde a língua está bem posicionada, obstruindo a passagem do ar pela boca, mas na maior parte das vezes a respiração é mista⁽¹⁰⁾.

O objetivo deste trabalho é observar a postura de lábios de crianças em diferentes faixas etárias.

MÉTODOS

Foram avaliadas 432 crianças, de ambos os sexos, com idade entre sete e dez anos no período de outubro a novembro de 2002, durante atividades escolares na sala de aula de escolas públicas, nas cidades de Araraquara e Votuporanga, ambas do estado de São Paulo (sudeste do Brasil), onde as fonoaudiólogas permaneceram dentro da sala de aula mediante autorização, termo de consentimento livre e esclarecido e questionário com objetivo de excluir as crianças que apresentaram alguma alteração assinalada no questionário onde foram excluídas 137 crianças.

Foi observada a postura dos lábios destas crianças e as que permaneceram com os lábios entreabertos foram avaliadas através do espelho de Glatzel (sob o nariz), constatando se existia obstrução nasal que impedisse a respiração pelo nariz. A reutilização do espelho foi feita após a limpeza com uma toalha embebida em álcool 70%.

A observação foi realizada em dois períodos com intervalo de um mês, sendo mensurados numa planta de sala de aula onde constaram carteiras, porta e mesa do professor. Em cada carteira foi escrito o nome, idade e postura dos lábios de cada criança.

Ética: essa pesquisa foi avaliada e aprovada com o n° 126/02 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Especialização de Fonoaudiologia Clínica (CEFAC) e considerada como sem risco e com necessidade do consentimento livre e esclarecido.

Estatística: foi utilizada a estatística descritiva.

RESULTADOS

Foram avaliadas 432 crianças, divididas por idade em quatro grupos (sete anos, oito anos, nove anos e dez anos), destas foram excluídas 137. No primeiro grupo, foram avaliadas 84 crianças de sete anos onde na primeira avaliação 88,10% (74 de 84) apresentaram os lábios fechados e 11,9% (10 de 84) permaneceram com os lábios entreabertos; destas, duas de 10 apresentaram respiração oral e oito de 10 apresentaram a respiração nasal. Na segunda avaliação 91,67% (77 de 84) apresentaram os lábios fechados e 8,33% (sete de 84) apresentaram lábios entreabertos, onde uma de sete apresentaram respiração oral e seis de sete apresentaram respiração nasal. Das 57 crianças de oito anos que foram avaliadas apresentaram na primeira avaliação 94,74% (54 de 57) de lábios ocluídos e 5,26% (três de 57) lábios entreabertos, todas (três de três) apresentaram respiração nasal; na segunda avaliação 96,49% (55 de 57) apresentaram lábios ocluídos e 3,51% (dois de 57) lábios entreabertos sendo ambos (dois de dois) respiradores nasais. Das 75 crianças de nove anos avaliadas, 90,67% (68 de 75) apresentaram lábios fechados e 9,33% (sete de 75) apresentaram lábios entreabertos, destes seis de sete apresentaram respiração nasal e uma de sete respiração oral. Já na Segunda avaliação 92% (69 de 75) apresentaram lábios ocluídos e 8% (6 de 75) apresentaram lábios entreabertos, destes cinco de seis apresentaram respiração nasal e uma de seis apresentaram respiração oral. Das crianças de 10 anos avaliadas 94,94% (75 de 79) apresentaram lábios ocluídos e 5,06% (quatro de 79) apresentaram lábios entreabertos, onde todas (quatro de quatro) com respiração nasal na primeira avaliação. Já na segunda avaliação 96,20% (76 de 79) apresentaram os lábios ocluídos e 3,80% (três de 79) permaneceram com os lábios entreabertos e novamente todas (três de três) apresentaram respiração nasal (tabelas 1, 2, 3 e 4).

Tabela 1. Primeira avaliação das crianças com lábio fechado ou entreaberto

Idade	Avaliação 1		Total
	Fechados	Entreabertos	
7	74 (88,1%)	10 (11,9%)	84
8	54 (94,74%)	3 (5,26%)	57
9	68 (90,67%)	7 (9,33%)	75
10	75 (94,94%)	4 (5,06%)	79

Foi realizado um *Teste de Tukey* para verificar se existe diferença significativa entre as crianças de diferentes idades, onde a hipótese nula era de que todas as crianças têm o mesmo comportamento independente da idade. Para a primeira avaliação obteve-se um *p*-valor de 0.3412, portanto não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há diferença significativa entre as

Tabela 2. Segunda avaliação das crianças com lábio fechado ou entreaberto

Idade	Avaliação 2		Total
	Fechados	Entreabertos	
7	77 (91,67%)	7 (8,33%)	84
8	55 (96,49%)	2 (3,51%)	57
9	69 (92,0%)	6 (8,0%)	75
10	76 (96,20%)	3 (3,8%)	79

Tabela 3: Observação da respiração das crianças com lábios entreabertos na primeira avaliação

Idade	Avaliação 1		Total
	Oral	Nasal	
7	2	8	10
8	0	3	3
9	1	6	7
10	0	4	4

Tabela 4: Observação da respiração das crianças com lábios entreabertos na segunda avaliação

Idade	Avaliação 2		Total
	Oral	Nasal	
7	1	6	7
8	0	2	2
9	1	5	6
10	0	3	3

crianças. Para a segunda avaliação o *p_valor* obtido foi de 0.4604, o que indica que novamente não podemos rejeitar a hipótese nula, sendo assim, as crianças não apresentam diferença significativa.

Para confirmar esse resultado realizou-se também o *Teste Exato de Fisher*, pois os valores esperados são menores que 5 e para a primeira avaliação o *p_valor* obtido foi 0.3656 e para a segunda avaliação o *p_valor* obtido foi 0.4983, o que confirma os resultados obtidos pelo *Teste de Tukey*.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa não houve diferença significativa entre as crianças de cada idade, em todas as faixas etárias a respiração nasal associada a uma oclusão de lábios foi encontrada com

maior frequência, o que favorece a estimulação correta dos ossos, pois o nariz é um órgão altamente especializado que realiza a filtragem, purificação, aquecimento e umidificação do ar^(2,9,11). A mudança do modo respiratório para oral ou misto altera essas funções⁽²⁾. Quando a respiração é nasal há estímulo de crescimento e desenvolvimento facial pela ação muscular que induz o crescimento correto dos ossos⁽⁴⁾.

As crianças que apresentaram os lábios entreabertos são minoria. Destas a maioria eram respiradoras nasais e em menor número orais. As crianças que apresentaram lábios entreabertos e que na avaliação com o espelho de Glatzel apresentaram respiração nasal, podem estar fazendo o fechamento da boca pela porção média com o dorso da língua em contato com o palato duro ou ainda mais posteriormente pela base da língua com o palato mole⁽⁵⁻⁶⁾, podem ainda estar mantendo os lábios entreabertos devido a tipologia facial, onde devemos lembrar que pacientes "faces longas" mantêm os lábios abertos por dificuldade no selamento labial e, nestes casos, nem sempre encontramos problemas respiratórios de ordem médica⁽¹⁰⁾, estando muitas vezes o lábio superior em hipofunção devido ao excesso ósseo vertical⁽⁷⁾, na pesquisa não foi avaliada a tipologia facial das crianças.

Dentro dos problemas respiratórios encontramos o respirador oral, que é o indivíduo que substitui a via de entrada de ar, que fisiologicamente deve ocorrer pelo nariz, pela boca ou a associação de ambas as vias (mista). As causas mais comuns dessa mudança no modo respiratório podem ser obstruções nasais (desvio de septo, hiperplasia de mucosa, corpo estranho, tumores, pólipos, atresias e fraturas), obstruções faríngeas (hiperplasia das tonsilas faríngea ou palatina) ou o simples hábito^(5-6,12-13). A rinite e sinusite também são causas frequentes⁽³⁾. A obstrução nasal crônica na infância pode levar a alterações no desenvolvimento do sistema estomatognático, ocasionando efeitos miofuncionais orais, destacando postura de lábios entreabertos, hipofunção da musculatura levantadora da mandíbula, língua sem contato com o palato e possivelmente anteriorizada no repouso, mastigação e deglutição sem vedamento labial⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Assim foram excluídas da pesquisa as crianças que assinalaram no questionário algumas das alterações como rinite, asma, bronquite e trauma facial, levando-nos a pensar que as crianças que mantiveram os lábios entreabertos e que na avaliação com o espelho de Glatzel apresentaram respiração oral poderão apresentar alterações no desenvolvimento do sistema estomatognático, ocasionando prejuízos a estas crianças como: assimetrias faciais, problemas posturais e as alterações oclusais⁽⁶⁾.

O objetivo deste trabalho não foi pesquisar os respiradores orais, porém, não podemos deixar de citar que estas crianças merecem atenção pois as alterações causam grande incômodo para o paciente, alterando o desenvolvimento físico, emocional e até mesmo social⁽¹⁶⁾.

As crianças que apresentaram alterações ortodônticas fo-

ram excluídas, pois padrão oclusal classe II de Angle pode apresentar lábio superior em hipofunção e classe III pode apresentar lábio superior hipotônico¹⁷⁾.

Assim, não apenas devemos constatar as alterações, se é normal ou não a criança permanecer de boca aberta, mas sim delimitar a melhor época para o tratamento fonoaudiológico e suas possíveis limitações relacionando-as com patologias e crescimento da criança. Também não podemos esquecer que de-

vemos levar ao paciente o equilíbrio físico, emocional e funcional, muitas vezes atuando em conjunto com outros profissionais, a fim de dar aos pacientes o bem estar e a saúde¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

No presente trabalho o padrão encontrado em crianças de 7 a 10 anos de idade é o de lábios ocluídos durante a posição de repouso.

ABSTRACT

Purpose: to observe children's lips posture in different age groups. **Methods:** 432 children between 7 and 10 years old were evaluated. It was observed the posture of lips during school activity. The children who had remained with open lips were evaluated with the Glatzel's mirror to verify if they had any nasal obstruction. **Results:** the majority, without significant difference of age, presented closed lips. A minority was found with the open lips, and from these, a very small group presented oral breathing. **Conclusion:** the pattern found in children from 7 to 10 years old was closed lips. The ones with open lips deserve special attention to find causes for oral breathing.

KEYWORDS: Mouth breathing; Lip; Tongue; Nasal obstruction; Speech therapy; Child

REFERÊNCIAS

1. Camargo MCF, Azevedo Jr O, Briso MLG. Dispositivo indutor de vedamento labial. In: Marchesan IQ, Zorzi JL. Tópicos em fonoaudiologia 2002/2003. São Paulo: Revinter; 2002. p.233-43.
2. Gonzalez NZT, Lopes LD. Fonoaudiologia e ortopedia maxilar na reabilitação orofacial- tratamento precoce e preventivo- terapia miofuncional. São Paulo: Santos; 2000.
3. Braga GC, Machado CP. Deglutição atípica. In: Petrelli E. Ortodontia para Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise; 1994. p.146-62.
4. Marchesan IQ, Krakauer LH. A importância do trabalho respiratório na terapia miofuncional. In: Marchesan IQ, Bolaffi C, Gomes ICD, Zorzi JL. Tópicos em fonoaudiologia 1995. São Paulo: Lovise; 1995. p.155-60.
5. Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia- aspectos clínicos aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
6. Marchesan IQ. Avaliação e terapia dos problemas da respiração. [on line] 2002 [citado 2002 Jun 23]. Disponível em: <http://www.respiremelhor.com.br/fono09.html>
7. Bianchini EMG. A cefalometria nas alterações miofuncionais: diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. Carapicuíba: Pró-fono; 1998.
8. Junqueira P. A postura em repouso dos órgãos fonoarticulatórios frente aos limites anatômicos do paciente na terapia miofuncional. Pró-fono 1997;9:59-61.
9. Marchesan IQ. Motricidade oral- visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades. São Paulo: Pancast; 1993.
10. Marchesan IQ. Distúrbios miofuncionais orofaciais na infância. [on line] 2002 [citado 2002 Jun 23]. Disponível em URL: <http://www.cefac.br/artigos.php>
11. Schering Plough. A Schering Plough está jogando uma luz sobre o respirador bucal [citado 2003 Jun 19]. Disponível em URL: <http://www.portaldootorrino.com.br>
12. Vinha PP. Síndrome do respirador bucal.[on line] 2002 [citado 2002 Jun 23]. Disponível em: <http://www.bocaesaude.com.br/respbuc.html>.
13. Marchesan IQ. Avaliando e tratando o sistema estomatognático. In: Lopes Filho OC. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 1997. p.763-80.
14. Canongia MB, Cohen FF, Régner GMC. Prevendo os distúrbios oromiofuncionais. Rio de Janeiro: Rio Medi; 1990.
15. Felício CM. Fonoaudiologia nas desordens temporomandibulares. São Paulo: Pancast; 1994.
16. Bernardes FF. Respiração bucal: o que os pais sabem a respeito?. Rev CEFAC 1999;1:18-25.

RECEBIDO EM: 10/01/03

ACEITO EM: 22/4/03

Endereço para correspondência:

Rua Maria Monteiro 608 13025-151 Campinas - SP

Fone: (19) 32557048 Fax: (19) 32313755 E-mail: luborghi@bol.com.br