

doi.org/10.51891/rease.v9i3.9011

A TERAPIA MIOFUNCIONAL OROFACIAL AO PACIENTE RONCADOR

OROFACIAL MYOFUNCTIONAL THERAPY FOR SNORING PATIENTS

Kaliani Thaliny Xavier de Souza Patricio Costa¹

RESUMO: Esse artigo buscou discutir sobre a apneia obstrutiva do sono e uma de suas principais implicações: o ronco, bem como as alterações miofuncionais mais encontradas relacionadas a ele, e os métodos terapêuticos utilizados para seu tratamento tendo como foco a terapia miofuncional orofacial. Por meio da análise da literatura pudemos concluir neste estudo que a Terapia Miofuncional Orofacial resulta em melhora significativa no número de paradas respiratórias, bem como uma diminuição considerável do ronco e da sonolência diurna na percepção do ronco, qualidade de sono e conseqüentemente na qualidade de vida dos indivíduos portadores de apneia obstrutiva do sono.

Palavras-chave: Sono. Apneia Obstrutiva. Terapia miofuncional orofacial.

ABSTRACT: This article sought to discuss obstructive sleep apnea and one of its main keys: snoring, as well as the myofunctional alterations most found related to it, and the therapeutic methods used for its treatment, focusing on orofacial myofunctional therapy. Through the analysis of the literature, we were able to conclude this study that Orofacial Myofunctional Therapy results in a significant improvement in the number of respiratory arrests, as well as a considerable decrease in snoring and daytime sleepiness in the perception of snoring, quality of sleep and, consequently, quality of life of individuals with obstructive sleep apnea.

Keywords: Sleep. Obstructive Apnea. orofacial myofunctional therapy.

INTRODUÇÃO

O sono não é um sistema, mas uma função biológica essencial para a manutenção da vida, é um período de reestruturação física que nos protege do desgaste natural das horas acordadas (GUIMARÃES, 2009). Este, por sua vez, é compreendido em etapas para melhor ser estudado.

¹Graduada em fonoaudiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), especialista em saúde do idoso pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e especialista em motricidade orofacial e disfagia pelo Instituto de Ensino Superior da Paraíba (IESP).

O sono sincronizado, sem movimento ocular rápido (não-REM), conhecido como sono leve, é acompanhado de relaxamento muscular e de predominância do sistema nervoso autônomo parassimpático e sono dessincronizado, com movimento ocular rápido (REM), conhecido como sono profundo. Este último ocorre cerca de 90 minutos após o início do sono, onde há ativação do sistema simpático, causando oscilações da pressão arterial e da frequência cardíaca, com redução do tônus muscular (GUIMARÃES, 2009; PINTO, 2010).

Aproximadamente 70 milhões de pessoas apresentam algum tipo de distúrbio do sono. Entre esses distúrbios, o mais comum é a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), caracterizada por pausas respiratórias durante o sono, devido a múltiplos colapsos e/ou estreitamentos da via aérea superior que ocasionam queda na saturação do oxigênio sanguíneo e, com isso, a fragmentação do sono (VIEGAS, 2006). A apneia obstrutiva caracteriza-se pela parada total do fluxo aéreo por um período maior ou igual a 10 segundos ou hipopneia, em que o fluxo aéreo se encontra somente reduzido (GREGÓRIO E ZONATO, 2003).

Na SAOS, o relaxamento dos músculos da faringe e da língua gera uma obstrução da via aérea superior, que dificulta o fluxo aéreo e causa ruídos (ronco) e pausas respiratórias. O ronco se caracteriza por um barulho causado pela vibração dos tecidos obstruindo a nasofaringe e orofaringe durante o sono (NG e KOH, 2008).

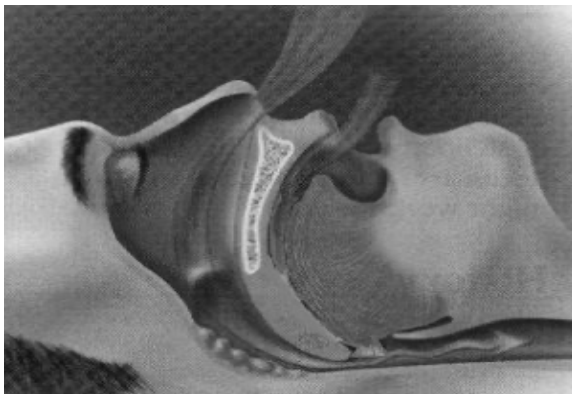


Figura 1. Esquema ilustrativo da apneia. Fonte: www.polisono.com.br

É muito comum na população em geral e está presente em praticamente todas as faixas etárias, com maior incidência com a progressão da idade. Estima-se que 15 a 54% dos adultos de meia-idade roncam (LEE ET AL, 2008; SANTOS-SILVA, 2010).

Fatores como consumo de álcool, tabagismo e obesidade estão associados à presença do ronco (NAGAYOSHI ET AL, 2011).

O ronco, mesmo em indivíduos sem SAOS, denominado ronco primário, pode por si só causar muitos transtornos como, por exemplo, afetar diretamente a qualidade de sono e de vida do parceiro, gerando insônia, dor de cabeça, fadiga e sonolência excessiva (BENINATE, 1999).

O ronco primário é um ruído inspiratório de igual amplitude para cada ciclo (40-60 ciclos/s), suave e contínuo, e sem nenhum risco à saúde. Já o secundário, é pesado e cíclico, chega a atingir 85dB (1000 a 3000 ciclos/s) e pode desencadear hipopneia e apneia do sono, apresentando predisposição à isquemia cardíaca e cerebral. A vibração constante nos músculos das Vias Aéreas Superiores (VAS) abaixa o tônus muscular, mudando o tamanho, a largura e a espessura desses (TESSITORE, 2012).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, da produção científica no período de 2007 a 2022, indexadas nas bases de dados Pubmed, LILACS e SciELO. O cruzamento utilizado para busca foi “ronco AND terapia miofuncional orofacial”.

1778

A coleta de dados foi realizada primeiramente pela leitura do título e resumo, e, posteriormente, a leitura do texto completo até alcançar o número final de artigos incluídos. Foram excluídos da pesquisa os artigos repetidos e que não estavam relacionados ao tema.

RESULTADOS

Foram localizados 8 artigos no total, dos quais foram selecionados 6 após serem retirados os repetidos e que não condiziam com a temática.

DISCUSSÃO

Para o tratamento da SAOS, o primeiro passo é o diagnóstico. Para isso, é utilizado principalmente o exame da polissonografia, que verifica o número de episódios de apneia e hipopneia que o indivíduo apresenta em uma noite de sono e a avaliação do estado físico das vias aéreas superiores (VAS) (PINTO, 2010; BITTENCOUR ET AL, 2009).

A classificação de Malampati é a mais utilizada na investigação do estado físico das VAS. Nesta, é observado o comportamento da região de VAS durante a vigília, a capacidade de abertura da boca, o tamanho da língua, do palato mole, entre outros aspectos (CATTONI, 2006).

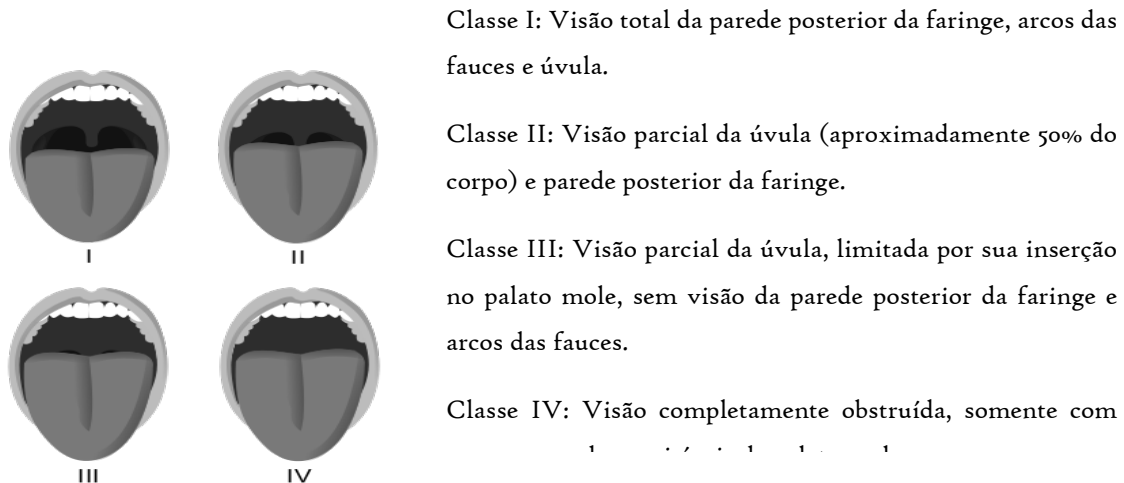


Figura 2. Escala de Malampati, Fonte: *Google imagens*.

Além da escala de Malampati outros marcadores como a medida da circunferência cervical, a medida da circunferência abdominal, a escala de sonolência de Epworth, o questionário de qualidade de vida/sono de Pitisburg, o questionário de Berlim para o ronco e o protocolo da avaliação fonoaudiológica para SAOS de Guimarães (2009) podem ser utilizados como referência no diagnóstico e tratamento (TESSITORE, 2012).

Geralmente, na SAOS, o terço inferior da face, assim como a circunferência cervical encontram-se aumentados de tamanho devido à hipotonicidade. Não há uma medida padrão para os terços da face, porém a média para o terço inferior da face nos homens adultos é de 72 mm e nas mulheres, 66 mm (GUIMARÃES ET AL, 2009; KRONBAUER ET AL, 2013).

As alterações fonoaudiológicas mais encontradas são: respiração mista (tipo e modo); boca seca diurna e noturnamente; sensação de obstrução nasal e de “bolo” na garganta; dificuldade em deglutir; padrão mastigatório rápido por esmagamento lingual; aumento da altura do dorso da língua; alongamento de palato mole; dor na região da articulação temporomandibular (ATM); flacidez da parede lateral faríngea e do músculo bucinador, pouca mobilidade nos órgãos fonoarticulatórios (OFAs);

flacidez na musculatura supra-hioidea; diminuição do espaço aéreo; úvula flácida e longa; e “rouquidão” (TESSITORE, 2012).

Realizado o diagnóstico e identificado o tipo e o grau da SAOS, realiza-se o planejamento terapêutico de acordo com a necessidade de cada paciente. Entre os métodos terapêuticos mais comuns estão a cirurgia de vias aéreas superiores, a perda de peso, a placa de avanço mandibular e o uso do CPAP, além da terapia fonoaudiológica. (SOARES ET AL, 2010; KRONBAUER ET AL, 2013).

A intervenção fonoaudiológica deve ser voltada para a organização da musculatura comprometida e a adequação das funções estomatognáticas, existindo um raciocínio diante de toda cadeia muscular que envolve a respiração e o ronco (TESSITORE, 2012).

A terapia miofuncional constitui-se, inicialmente, da conscientização do problema e da necessidade de sua correção, da melhora da postura corporal e da realização dos exercícios básicos. Ela vem demonstrando resultados satisfatórios, melhorando significativamente os sintomas iniciais e proporcionando uma qualidade de vida melhor num curto espaço de tempo (PITTA, 2005). Em pacientes portadores de SAOS, nota-se uma melhora de 40% a 50% no número de paradas respiratórias, bem como uma diminuição considerável do ronco e da sonolência diurna após tratamento fonoaudiológico (PITTA ET AL, 2007; SILVA, AURELIANO, MOTTA, 2007).

O objetivo da fonoterapia tem como base fisiológica ampliar o diâmetro da via superior e diminuir a resistência do fluxo de ar, focada na adequação e fortalecimento das musculaturas de orofaringe e hipofaringe ou da laringofaringe. É necessária uma análise da cadeia muscular que envolve a respiração e o ronco. A orofaringe e a musculatura da língua são as principais a serem observadas, bem como a musculatura mandibular e de pescoço. (TESSITORE, 2012).

O esfíncter velofaríngeo divide a rinofaringe da orofaringe, e é composto pelo m. tensor do véu palatino, m. levantador do véu palatino, m. constrictor da faringe, m. palato faríngeo e m. da úvula.

Já a língua, se divide nos grupos musculares extrínsecos e intrínsecos. Os extrínsecos atuam nos movimentos de protusão, retração, lateralização e elevação. Os intrínsecos são responsáveis por modificar a forma da língua como afilar, alongar,

canolar, são eles o m. longitudinal superior e inferior, m. transverso da língua e o m. vertical ao lado do septo lingual.

A musculatura mandibular é composta pelos músculos mastigatórios e pelos supra-hioideos, estes vão se relacionar com a musculatura do pescoço, que se divide em anterior, lateral e posterior. A musculatura cervical absorve e neutraliza as tensões provenientes das partes superior e inferior do corpo.

O planejamento terapêutico se dará após a avaliação específica do paciente. No entanto, a terapia miofuncional deverá envolver: Adequação da respiração nasal diafragmática; mudança do padrão de mastigação e deglutição; observar o afilamento lingual (altura/largura); observar a retropulsão lingual (região posterior); observar o palato mole: vibração, elevação e força; observar a face: funcionalidade muscular; adequação dos músculos laterais orofaríngeo e adequação da musculatura supra-hioidea (GUIMARÃES ET AL, 2009).

A terapia divide-se em exercícios de relaxamento e respiração, exercícios específicos para estimular e adequar as funções do sistema estomatognático e exercícios orofaciais e articulatorios. A atuação será distribuída em clínica e atuação domiciliar, a clínica será a terapia propriamente dita e domiciliar são os exercícios que serão propostos para o seu fortalecimento (PITTA ET AL, 2007; MARCHESAN 1999; SILVA, AURELIANO, MOTTA 2007; TESSITORES, 2012; DÍAS 2019).

Durante o tratamento são utilizados alongamentos em região cervical, visando conscientização e percepção postural, e relaxamento muscular. Também é orientada a limpeza diária da cavidade nasal com soro fisiológico para desobstrução e lavagem nasal (PITTA ET AL, 2007; BACHA E RÍSPOLI 2001).

Emprega-se exercícios isométricos e isocinéticos para fortalecimento e coordenação dos músculos da língua, bucinador, masseter, temporal, pterigoideos, palato mole, úvula e faringe (JUNQUEIRA ET AL 2005).

Os exercícios devem ser realizados em no mínimo 30 segundos e no máximo três minutos, variando o tempo de acordo com a habilidade do paciente. (TESSITORE 2010,2012; IETO 2014) Podendo ser eles:

- Estalar a língua;
- Varredura no céu da boca;
- Acoplamento de língua no palato, inicialmente realizar estalos de língua, com contração isotônica, depois grudar a língua contra o palato duro

e manter o acoplamento lingual com contração isométrica durante 5 segundos.

- Dedo na bochecha, com contra-resistência, o dedo alonga por dentro do vestibulo e o paciente faz força com a bochecha para fechar e o dedo resiste;
- Elevação do palato mole e úvula concomitante ao abaixamento do dorso da língua;
- Inspirar, inflar a bochecha, segurar por quatro segundos, soltar as bochechas sem abrir os lábios e soltar o ar pelo nariz.

Os exercícios isométricos são indicados para fortalecimento dos lábios, bochechas e para uma melhor tensão da língua, já os isocinéticos são indicados para o relaxamento e coordenação específicos para a musculatura do assoalho da cavidade oral, língua, bucinador, masseter, pterigóideo lateral e medial, digástrico, palato mole e úvula, músculos supra e infra-hióideos e musculatura faríngea (JUNQUEIRA ET AL 2005).

Orienta-se também a mastigação bilateral alternada para reorganização do padrão facial, buscando uma harmonia muscular já que os músculos orofaciais possuem uma interrelação e interdependência funcional (MARCHESAN 1999). E por fim, de um período de reforço visando a manutenção dos novos padrões alcançados nas etapas anteriores (PITTA ET AL, 2007; SILVA, AURELIANO, MOTTA 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi verificado através do levantamento científico realizado para este trabalho que a Terapia Miofuncional Orofacial resulta em melhora significativa na percepção do ronco, qualidade de sono e conseqüentemente na qualidade de vida, para tanto se faz necessário que mais estudos sejam realizados com maiores números de sujeitos e maior tempo de duração de terapia, visto que a fonoaudiologia, na área de motricidade orofacial tem como objeto de estudo as estruturas envolvidas nos distúrbios respiratórios como ronco e apnéia obstrutiva do sono, portanto tem muito a acrescentar no estudo da medicina do sono.

REFERÊNCIAS

1. BACHA, S. M. C; RÍSPOLI, C. F. M. Terapia miofuncional com limitação: uma proposta sistematizada. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2001; 6:65-8.
2. BENINATI, W. et al. The effect of snoring and obstructive sleep apnea on the sleep quality of bed partners. Mayo Clinic Proceedings. 1999;74(10):955-8.

3. BITTENCOURT, L. R. A. et al. Abordagem geral do paciente com síndrome da apneia obstrutiva do sono. *Rev Bras Hipertensão*. 2009; 3:158-63.
4. CATTONI, D. M. O uso do paquímetro na avaliação da morfologia orofacial. *Rev Soc Bras Fonoaudiologia*. 2006; 11(1):52-8.
5. DÍAZ, S. M. et al. Tratamiento del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño con terapia miofuncional orofaríngea: experiencia en hospital público de Chile. *Rev. otorrinolaringol. cir. cabeza cuello* ; 79(4): 395-403, dic. 2019.
6. GREGÓRIO, L. C.; ZONATO, A. I. Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono. In: FUKUDA Y. *Otorrinolaringologia: guias de medicina ambulatorial e hospitalar*. São Paulo: Manole; 2003.
7. GUIMARÃES, K. C. et al. Effects of oropharyngeal exercises on patients with moderate Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009; 179:962-6.
8. IETO, V. Efeitos da terapia miofuncional orofacial sobre o ronco e a qualidade de sono em pacientes com ronco primário e apneia obstrutiva do sono leve a moderada. Tese de doutorado, 2014.
9. JUNQUEIRA, P. ET.AL. Conduta fonoaudiológica para pacientes com diagnóstico de rinite alérgica: relato de caso. *Rev. CEFAC*. 2005; 7(3):336-9.
10. KRONBAUER, K. F.; TREZZA, P. M.; GOMES, C. F. Propostas fonoaudiológicas ao paciente roncador. *Distúrb Comun, São Paulo*, 25(1): 119-127, abril, 2013.
11. LEE, S. A. et al. Heavy snoring as a cause of carotid artery atherosclerosis. *Sleep*. 2008;31(9):1207-13.
12. MARCHESAN, I. Q. Motricidade oral: visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades. 2.ed São Paulo: Pancast; 1999. P. 24-81
13. NAGAYOSHI, M. et al. Risk factors for snoring among japanese men and women: A community-based cross-sectional study. *Sleep and breathing*. 2011;15(1):63-9.
14. NG, A. K.; KOH, T. S. Using psychoacoustics of snoring sounds to screen for obstructive sleep apnea. *Conference proceedings: Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society IEEE Engineering in Medicine and Biology Society Conference*. 2008; 2008:1647-50.
15. PINTO, J. A. Ronco e apneia do sono/ estudo abrangente. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.
16. PITTA, D. B. S. Avaliação da eficácia da intervenção fonoaudiológica – terapia miofuncional – em pacientes roncadores com e sem síndrome da apnéia obstrutiva do sono. [dissertação] Brasília (DF): Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília; 2005. p.120.

17. PITTA, D. B. S. et al. Terapia miofuncional oral aplicada a dois casos de síndrome da apnéia obstrutiva do sono grave. *Arq. Int. Otorrinolaringol.* 2007; 11(3):350-4.
18. SANTOS-SILVA, R.; et al. Increasing trends of sleep complaints in the city of sao paulo, brazil. *Sleep Med.* 2010;11(6):520-4.
19. SILVA, L. M. P.; AURELIANO, F. T. S.; MOTTA, A. R. Atuação fonoaudiológica na síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono: relato de caso: relato de caso. *Rev. CEFAC.* 2007; 9(4):490-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462007000400009>.
20. SOARES, E. B. et al. Fonoaudiologia x ronco/apneia do sono. *Rev. CEFAC.* 2010; 12(2):317-25.
21. TESSITORE, A. Terapia fonoaudiológica em ronco. In: MARCHESAN, I.; SILVA, H. J.; BERRETIN-FELIX, G. *Terapia fonoaudiológica em motricidade orofacial.* Editora pulso, São Paulo, p 111-122, 2012.
22. TESSITORE, A.; MAGNA, L. A. PASCHOAL, J. R. Angular measurement for determining muscle tone in facial paralysis. *Pró-fono Revista de atualização científica.* 2010 abr-jun:22(2):119-24.
23. VIEGAS, C. A. A.; OLIVEIRA, H. W. Prevalência de fatores de risco para a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono em motoristas de ônibus interestadual. *J Bras Pneumol.* 2006; 32(2):144-9.