

# RESPIRAÇÃO BUCAL: O que os pais sabem a respeito?

## *MOUTH BREATHING: What do parents know about it?*

*Flávia Frattesi Bernardes\**

### ■ RESUMO

Este trabalho tem como objetivo pesquisar o nível de conhecimento que os pais têm sobre a respiração bucal.

A respiração bucal traz como sérias conseqüências a deformidade facial. Diante desta deformidade, questionamos o porquê dos pais de crianças respiradoras bucais não tomarem providências a respeito.

Nós acreditamos que a falta de informações é que faz com que estes pais não tomem iniciativa para reestabelecer a respiração nasal de seu filho.

Fizeram parte deste estudo 150 pais de crianças na faixa etária de 6 a 8 anos de uma escola particular de Belo Horizonte. O método escolhido foi o questionário por ser um meio rápido, fácil e fidedigno para obter-se as informações necessárias. Foi montado também, um folheto informativo sobre a respiração bucal, para que os pais possam ter um conhecimento adequado e, se necessário, intervir precocemente.

Concluimos que os pais não sabem todas as conseqüências que podem ocorrer com o respirador bucal, mas sabem que quando a criança está com a boca aberta alguma coisa está “errada”. Em muitos casos são os médicos que deixam dúvidas sobre a melhor conduta a ser tomada, e em outros casos são os próprios pais que não tomam as providências necessárias.

*UNITERMOS:* respiração bucal, pais, deformidade facial, intervenção precoce.

### ■ SUMMARY

The purpose of this work is to know the parents' knowledge about mouth breathing.

Mouth breathing, as we know, has serious consequences as facial deformity. Facing the problem of deformity we asked ourselves why the parents of those children who breathe through the mouth don't take any action to solve the problem.

We believe that it is the lack of information what prevents those parents from taking the right action to restore their children's nasal respiration.

The experimental group was constituted of 150 parents (their children's age ranged from 6 to 8 years old) from private school. The method we have chosen was the questionnaire because it's easy, fast and reliable in getting the necessary data. We have also made an explanatory booklet about mouth breathing, so that the parents could have some slight knowledge concerning the problem and, if necessary, intervene as early as possible.

We have concluded that the parents aren't aware of the consequences their children might have, but they know that when the children keep their mouth open there must be something wrong with them. In several cases the doctors aren't clear enough about what action to be taken and in other cases the parents don't take the necessary action.

*KEY WORDS:* mouth breathing, parents, facial deformity, early intervention.

---

\* Fonoaudióloga Clínica Formada pelas Faculdades Metodistas Integradas Izabela Hendrix; Especialista em Motricidade Oral e Especializanda em Disfagia pelo CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica.

**Orientação:** Profa. Dra. Mirian Goldenberg.

## ■ INTRODUÇÃO

A respiração bucal traz como sérias conseqüências a deformidade facial, confirmada também por MOCELLIN (1986), quando diz que a deformidade facial é uma realidade no respirador bucal. Não podemos esquecer que a face é a única parte do corpo que ninguém pode esconder. Nós podemos cobrir todo o nosso corpo com roupas, mas a face está sempre descoberta. Ela nos denuncia expressando alegria, tristeza, raiva, cansaço e também a solidão. Ela expressa todas as nossas emoções.

Segundo ENLOW (1993), cada face encontrada é reconhecida como um indivíduo distinto. A face de cada pessoa é uma particularidade sua, nunca existiu uma face exatamente igual a outra, nem nunca existirá. Vamos considerar a quantidade relativamente pequena de partes que compõem uma face: mandíbula e queixo, bochechas, lábios e osso maxilar, nariz e órbitas. Além disso, temos a testa e os arcos supra-orbitários — partes da face que pertencem ao neurocrânio.

Uma vez que a face fica tão evidente, começamos a questionar o porquê dos pais de crianças respiradoras bucais não tomarem providências. Começaram a surgir dúvidas.

Eles não enxergavam? Será que não sabiam que a respiração correta é feita pelo nariz? Ou perceberam e acharam que não traria conseqüências para a criança? Ou ainda, enxergaram, levaram ao médico e este disse que não precisariam se preocupar? Ou, mais ainda, enxergaram, obtiveram informação médica e ignoraram-na?

Diante destes questionamentos, tivemos a necessidade de saber quais as informações que os pais têm sobre a respiração bucal.

Os pais estão em contato com a criança o tempo todo e, se estivessem cientes dos prejuízos da respiração bucal, ficariam atentos a este aspecto e, conseqüentemente, levariam esta criança mais cedo ao médico, possibilitando, assim, uma intervenção precoce.

Acreditamos que a falta de conhecimento é que faz com que estes pais não tomem iniciativa para restabelecer a respiração nasal de seu filho.

Existem diversos fatores que levam a criança a respirar pela boca. Os pais devem saber que a respiração normal é feita pelo nariz desde o nascimento da criança. MARCHESAN (1993) diz que, caso não existam interferências negativas como rinites, bronquites, hipertrofias de amígdalas e adenóides, a respiração nasal deverá continuar até o final da vida. O nariz serve para respirar, e ao fazer este ato, consegue limpar, umidificar e moldar as vias aéreas superiores, criando um equilíbrio dessa face.

Existem casos em que a respiração bucal é apenas um hábito; as vias aéreas superiores estão desobstruídas, mas a criança continua com a respiração viciosa.

MOCELLIN (1986) afirma que todo paciente com obstrução nasal crônica pode tornar-se um respirador bucal o que, normalmente, leva a alterações no crescimento craniofacial. Diz também que as causas da obstrução nasal são muitas, mas a hipertrofia das vegetações adenóides é sempre descrita como a grande causadora desta patologia, formando a chamada face adenóide que, na verdade, freqüentemente tem outras causas, tais como: rinite alérgica, desvio de septo, hipertrofia das amígdalas palatinas e pólipos nasais.

Preocupa-se, também, quando as crianças são rotuladas como adenóideanas, apresentando grandes deformidades faciais, e nada é feito para corrigi-las, algumas vezes por falta de conhecimento dos pais ou por culpa dos médicos e odontologistas que não alertam para o problema.

O respirador bucal tem características marcantes na face, constatadas na nossa prática clínica e que são, também, confirmadas por diversos autores, em especial MARCHESAN (1993) que as relata: crescimento craniofacial predominantemente vertical; face longa; narinas estreitas e inclinadas; lábio superior retraído ou curto e inferior invertido ou interposto entre os dentes; lábios secos ou rachados com alteração de cor; palato ogival levando a uma arcada dentária estreita; mordida aberta anterior; lábios, língua e bochechas hipotônicas; trocas articulatórias; alterações das funções orais; alterações corporais.

Levando em conta todas essas alterações que podem ocorrer com o respirador bucal, pesquisamos quais os esclarecimentos necessários para que os pais possam intervir precocemente proporcionando um equilíbrio facial adequado.

Esse trabalho deve ocorrer conjuntamente com o pediatra, otorrinolaringologista, ortodontista e fonoaudiólogo.

O pediatra e o otorrinolaringologista muitas vezes têm acesso a essa criança mais rápido do que o fonoaudiólogo. Por isso, nossa responsabilidade cresce, pois muitas vezes um tratamento isolado não resolve todo o problema. Na maioria dos casos, a abordagem do fonoaudiólogo com o otorrinolaringologista, o ortodontista e o pediatra é o único caminho para a resolução total do problema do paciente.

## ■ MATERIAL E MÉTODO

Fizeram parte deste estudo 150 pais de crianças, na faixa etária de 6 a 8 anos de uma escola particular de Belo Horizonte.

Essa faixa etária foi escolhida porque nesta idade a criança, que é respiradora bucal tem alterações faciais evidentes e ainda está em fase de crescimento, ou seja, o trabalho

preventivo ainda pode ser realizado. SUBTELNY (1975) comprova este fato quando diz que o desenvolvimento da face tem seu pico máximo de crescimento entre 9 e 10 anos.

O método escolhido foi o questionário por ser um meio rápido, fácil e fidedigno para obter as informações necessárias.

Como resume ALTMANN (1993), a base do atendimento precoce é a orientação aos pais. Para não perder esse tempo optimal de desenvolvimento da criança e para alcançar o objetivo de intervir precocemente, montamos um folheto informativo sobre a respiração bucal: o que é, causas e conseqüências.

Este folheto foi entregue para os pais pesquisados e para as turmas mais novas da escola, possibilitando assim um trabalho preventivo de orientação aos pais o que permitirá um desenvolvimento do indivíduo quanto aos aspectos social, emocional e físico. (Anexo)

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A criança, desde que nasce, encontra-se em pleno desenvolvimento e crescimento, o que depende, em grande parte, das condições favoráveis para que isto ocorra da melhor forma possível. Estas condições favoráveis englobam desde o ambiente em que vive até a forma como se relaciona com este. Assim, o que a criança vive é de extrema importância para a sua construção física, emocional e funcional.

É nesta fase inicial de aquisição que a criança vai desenvolver e instalar a respiração nasal, promovendo um equilíbrio de toda a sua musculatura facial que estimula os ossos de modo correto. Se existe respiração bucal, essa estimulação pode se dar de um modo inadequado, favorecendo um crescimento e desenvolvimento desarmônico.

“Cortar o mal pela raiz é o melhor caminho?” Muitos pais (95%) usaram esse ditado popular quando lhes foi perguntado em que idade eles achariam ideal corrigir o problema do seu filho. Isso mostra que os pais têm consciência de que a melhor época para tratar é na infância.

Outros diziam sem justificar: “Quanto mais cedo melhor”; “Quanto mais nova a criança, mais rápido e mais fácil é o tratamento.”

A minoria (5%) afirmava: “É melhor tratar quando a criança estiver mais velha, porque assim, suas feições já estariam definidas”, o que contraria todas as teorias que dizem que a fase ideal de tratamento é quando a criança está em crescimento até mais ou menos 13 anos.

Alguns pais citaram que o atraso dessa intervenção precoce é a falta de entrosamento entre médicos, ortodontistas e fonoaudiólogos que, muitas vezes, deixam dúvidas sobre as providências a serem tomadas.

O médico é o primeiro profissional a ter contato com o paciente, e os pais o vêem como o solucionador de problemas, deixando sob seus cuidados toda a decisão a ser tomada. O que, muitas vezes, não é o melhor caminho.

Por isso, a responsabilidade de um profissional é muito grande, como diz GRAY (1975), quando afirma que nem sempre apenas o tratamento otorrinolaringológico é suficiente, sendo necessárias, em muitos casos, a correção ortodôntica e uma reeducação fonoaudiológica.

Dos 150 questionários analisados, metade dos pais (56%) enfocaram que receberam informações através dos médicos, mostrando a importância que este profissional tem no futuro de uma criança. Por isso eles devem saber orientar de uma forma simples e objetiva para que os pais se conscientizem e não deixem ultrapassar o período optimal de crescimento de seus filhos.

Achamos que as medidas extremas são sempre prejudiciais e que, se agirmos com moderação, estaremos diagnosticando e tratando de forma correta as crianças de hoje e os adultos de amanhã (MOCELLIN, 1986).

Mais uma vez, este mesmo autor diz que, para se tratar deformidades faciais causadas por obstrução nasal, o ideal é que se corrija a patologia básica nos primeiros anos de vida para se prevenir e evitar a deformidade. Assim, uma vez estabelecida a deformidade dentofacial, é necessário um tratamento mais complexo, envolvendo otorrinolaringologia, ortodontia e fonoaudiologia.

Ao otorrinolaringologista caberá a pesquisa e resolução da causa da respiração bucal. Ao ortodontista caberá, após a eliminação da causa básica já citada, a correção com aparelhos. Ao fonoaudiólogo caberá a reeducação da forma da respiração, nos casos em que, corrigida a obstrução, o paciente ainda persista com a respiração bucal.

Será que os pais levariam sua criança ao médico se esta apresentasse nariz entupido e babasse à noite?

A grande maioria dos pais (97%) leva a criança ao médico neste caso. Afirmam que este não é um comportamento normal da mesma e que, por isso, seria necessário ir ao médico. Relatam, também, que o nariz entupido sufoca a criança. Este aspecto é muito interessante porque nos leva a pensar que sendo a respiração uma função vital, a alteração fica evidente, fazendo com que estes pais se assustem e a própria criança fique muito incomodada.

As crianças respiradoras bucais geralmente roncam e babam à noite, muitas vezes acordando com a boca seca, ficam irritadas por noites mal dormidas sendo, por isso, extremamente hiperativas, dificultando a aprendizagem escolar ou, às vezes, muito sonolentas, dormindo assim que sentam, não gostam de brincadeiras como andar de bicicleta, jogar bola ou correr, pois isto causa grande esforço físico, e cansam-se com muita facilidade. Possuem gen-

givas hiperatrofiadas e/ou com cor alterada, olheiras, lábios hipotônicos, língua muito flácida e anteriorizada, deglutição atípica, nariz sempre entupido, assimetrias faciais, ombros jogados para frente, cabeça mal posicionada, falta de apetite, asas do nariz hipodesenvolvidas. Crianças magras ou obesas e sem cor, respiração ruidosa, mastigação ruidosa, de boca aberta ou de um lado só, mordidas cruzadas unilaterais.

Essas alterações causam grande incômodo para o paciente, alterando seu desenvolvimento físico, interferindo em seu emocional e até prejudicando seu envolvimento social.

E é por isso, que dos 43% de crianças pesquisadas com alterações respiratórias, a grande maioria já está em tratamento e, apenas 8% não estão. Dessas que não estão em tratamento, algumas o médico pediu para aguardar, e outras, apesar do diagnóstico fechado, os pais não tomaram providências a respeito; mesmo sendo a respiração tão vital.

Os problemas mais citados foram rinite alérgica, hipertrofia de adenóides, bronquite, sinusite, o que é confirmado também por MOCELLIN (1986), que ao analisar os dados de sua pesquisa, encontrou em 65% dos casos, como as patologias mais frequentes hipertrofia das vegetações adenóides e a rinite alérgica.

LOPES FILHO (1989) afirma que, com relação à respiração e distúrbios respiratórios em crianças, as grandes hipertrofias de amígdalas palatinas e vegetações adenóides causam sérios problemas de obstrução nasal. No entender do autor, as crianças portadoras dessas hipertrofias exibem intensa dificuldade respiratória e tendem a mostrar predominância da respiração bucal sobre a nasal, que seria eminentemente fisiológica. Apresentam um aspecto facial típico denominado face adenóide, e costumam ter como conseqüências: tórax pequeno, com afundamento externo e tendência a aumento abdominal; ato de dormir de boca aberta, babando no travesseiro e apresentando disposição física diurna, com falta de atenção e concentração para os estudos; inapetência e desenvolvimento estatural pequeno. Outras complicações decorrentes são as otites médias de repetição, que acabam comprometendo ainda mais o já prejudicado estado da criança. Para o autor, a obstrução nasal na infância determina sérias alterações de crescimento da face, especialmente em sua dimensão vertical, devendo o quadro ser tratado e corrigido de forma precoce a fim de evitar futuras deformidades faciais.

As duas pesquisas que citarei a seguir foram de fundamental importância para entendermos e quantificarmos todas essas deformidades faciais em crianças.

BRESOLIN (1983) avaliou 45 crianças entre 6 e 12 anos de idade através de exames clínicos e cefalométricos. Tais crianças apresentavam respiração bucal alérgica ou crônica

e foram comparadas com um grupo de 15 respiradores nasais não-alérgicos. Os resultados demonstraram que os respiradores bucais apresentavam aumento na altura ântero-superior da face (face alongada), tendência a uma divergência no padrão de crescimento, retrusão maxilar e mandibular sobre mordida acentuada, palato profundo, alta prevalência de mordidas cruzadas posteriores e atresia maxilar.

WENETIKIDOU (1993) estudou 32 crianças asmáticas e comparou a outras 32 crianças selecionadas aleatoriamente para compor o grupo controle. Os dois grupos foram igualmente balanceados de acordo com idade, sexo e raça. O objetivo do trabalho foi avaliar se o comprometimento das vias aéreas em crianças asmáticas afetam as características oclusais e faciais, através dos exames intra e extra-oral. O estudo constatou uma alta prevalência de respiradores bucais no grupo de crianças asmáticas (63,8%), uma alta correlação entre as incidências de mordidas cruzadas posteriores e respiração bucal: tendência a apresentar face alongada e atresia maxilar.

Esses autores confirmaram, através destas pesquisas, a relação de respiração bucal trazendo como conseqüência alteração de arcada dentária.

Os dados encontrados mostram que houve uma procura maior dos pais para com os médicos nos casos de alterações respiratórias do que nos casos de alterações ortodônticas, pois, quando foi perguntado aos pais sobre problemas de arcada dentária, 25% dos pais sabem que o filho apresenta problema, mas não fizeram nada a respeito, e existe ainda 17% que foram orientados a aguardar, o que não é muito bom, pelos motivos citados acima. Será que esse “não fazer nada” não está relacionado ao fato de que a criança não corre risco de vida? Como o que acontece quando esta mesma criança está com problemas respiratórios, como exemplifica o relato deste pai:

“Ainda não fiz o que deveria fazer, que é colocar o aparelho”.

E sobre as conseqüências da respiração bucal, os pais têm informações? Praticamente todos os pais (99%) sabem que a respiração bucal traz problemas e, apesar deles não saberem enunciar todas as conseqüências, citaram pelo menos uma. Entre as alterações mais encontradas estão: alterações de fala, alterações na arcada dentária, problemas respiratórios, problemas escolares.

Quanto aos problemas escolares como conseqüência da respiração bucal, 69% dos pais sabem justificar porque a respiração bucal traz problemas na escola, o que é confirmado por diversos autores quando dizem que a respiração bucal, através de diversos fatores, atinge a oxigenação, gerando hipoxemia. As dificuldades escolares podem ser conseqüência direta da própria hipoxemia, que leva ao can-

saço mental e diminuição do rendimento escolar, ou resultado das alterações no sono, que levam à sonolência diurna e a dificuldades de atenção e concentração necessárias para a aprendizagem.

E o peso? Será que o fato de uma criança ser magra demais ou obesa é consequência da respiração bucal?

Já citamos as modificações que a respiração bucal causa aos órgãos fonoarticulatórios, o que, conseqüentemente, traz também alterações nas funções orais. Sendo assim, a mastigação é ineficiente, o que pode estar relacionado, principalmente, com as alterações dos músculos elevadores da mandíbula e com a necessidade de mastigar e respirar pela boca. A deglutição caracteriza-se por projeção anterior de língua, contração exagerada de orbicular e movimentos compensatórios de cabeça. Por conseguinte, há redução de apetite, alterações gástricas e engasgos. Há também casos de obesidade.

Como a criança respira pela boca, ela tem que comer rápido e pouco, para voltar a respirar, ou seja, a criança se cansa e não come nada, ou, às vezes, come muito e muito rápido, ou come diversas vezes ao dia, já que come pouco durante as refeições, ficando, assim, obesas.

Como esse era um raciocínio que exigia mais informações teóricas, só 32% dos pais acreditam que a respiração bucal possa trazer perdas de peso ou ganho excessivo deste.

Por que a respiração deve ser feita pelo nariz?

HUNGRIA (1991) afirma, sobre a fisiologia nasal, que as formas nasais desempenham papel relevante na fisiologia respiratória, o que reforça a idéia de que a respiração bucal é prejudicial, pois foge da fisiologia. O nariz está longe de se portar como um simples ducto passivo, pois possui funções como: umidificação, aquecimento, purificação e olfação.

Apenas 28% dos pais souberam dar esta explicação. A grande maioria dizia: “por que deve ser sempre pelo nariz”, “por que a respiração se faz pelo nariz”. Eles apenas repetiram a pergunta e não explicaram os benefícios que a respiração nasal oferece.

Quase todos os pais (99%) consideram errado a criança apresentar uma postura de boca aberta, coincidindo com o resultado anterior em que todos os pais acreditam que a respiração normal deve ser feita pelo nariz. Quando foram explicar esse dado, metade dos pais associaram a boca aberta a síndromes e pessoas abobadas. A outra metade justificou que a respiração só é feita pela boca quando a criança está com alguma obstrução nasal e que este não é o modo correto.

“Boca fechada não entra mosquito”. Este foi outro ditado popular mencionado por alguns pais, podendo esclarecer, assim, que tais ditados ajuda-os a entender que certas

coisas estão erradas, mesmo que eles não saibam justificá-las.

Finalmente respondemos aos nossos questionamentos. Os pais enxergam o problema de seu filho. Sabem que se a criança apresentar a postura de boca aberta, “alguma coisa” estará errada, apesar deles não terem conhecimento de todas as conseqüências. Em muitos casos, são os médicos que deixam dúvidas sobre a melhor conduta a ser tomada, e em outros casos são os próprios pais que não tomam as providências necessárias.

## ■ CONCLUSÃO

“As deformidades da face existem de maneira notória. A face da criança muda com o crescimento, porém, esta mudança deve ser natural e não por fatores de extradesenvolvimento”, diz STOOL (1983).

A elaboração deste trabalho ocorreu como resposta a uma certa insatisfação da nossa atuação enquanto indivíduo e profissional, e como uma forma de solucionar alguns dos problemas com os quais nos deparamos durante o percurso profissional.

A respiração bucal é uma dessas “barreiras”, mas não só ela isoladamente, mas também o fato de existirem crianças respiradoras bucais com alterações já evidentes na face e seus pais não fazerem nada a respeito.

A princípio imaginava-se que seria falta de conhecimento dos pais. Esta era a hipótese inicial e, contada como vitória, era quase certo que encontraria este resultado.

Depois de analisar os 150 questionários, concluímos que não existe um único fator interferindo na decisão dos pais em tomarem uma atitude para correção do problema.

Os pais têm um nível de informação razoável, ou seja, eles sabem que a respiração deve ser feita pelo nariz, e que, quando esta respiração ocorre pela boca, traz conseqüências ruins para a criança.

É lógico que faltaram dados teóricos para explicar porque a respiração nasal é importante e para citar todas as conseqüências que ocorrem quando a criança respira pela boca, mas os pais têm informações básicas, não sendo somente este o problema que atrasa a intervenção precoce.

O primeiro fator de interesse a ser comentado é que muitos pais associaram a postura de boca aberta a crianças síndromicas e abobadas. Cabe aqui destacar que como a face está sempre visível, essa postura de boca aberta incomoda as pessoas e faz com que percebam que está acontecendo alguma coisa errada. Isso, associado ao fato da respiração ser uma função vital para o indivíduo, foi responsável para que os pais tomassem a iniciativa de verificar o que estava acontecendo. Primeiro porque qualquer postura que saia do padrão físico (boca fechada) chama a atenção, e segundo, pelo fato de o filho estar correndo risco de vida. E

foi por este motivo que posso falar que os pais se preocuparam mais em tratar as alterações respiratórias do que crianças que mostraram alterações ortodônticas. Essa era uma preocupação natural pois, como dizem na pesquisa: “eu não consigo dormir quando meu filho dorme, fico com medo dele morrer!”

Outro fator que interferiu foi a falta de entrosamento entre os profissionais da mesma área (médicos, otorrinos, pediatras, fonoaudiólogos e ortodontistas). Os profissionais, hoje em dia, têm que procurar um conhecimento não só anatômico, fisiológico, mas também emocional e social para que se possa caminhar no sentido de orientar os pais da melhor maneira possível, não os deixando confusos e possibilitando, assim, a intervenção precoce.

Não devemos esquecer que, de acordo com as idéias de pesquisadores que estudam a face humana durante seu período de crescimento, é preciso que os especialistas que se dedicam à atividade clínica da diagnose e terapêutica das anormalidades morfofuncionais da face tenham uma compreensão ampla da multifatoriedade que atua nessa área, considerada como “a mais dinâmica de todo o corpo humano” para que possam sistematizar condutas terapêuticas que sejam cada vez mais efetivas — e aplicadas com a precocidade necessária — quanto à normalização das inadequações funcionais que estejam presentes e sejam de caráter perturbador da normalidade.

Nós, fonoaudiólogos, devemos lembrar que a fonoaudiologia é um campo recente e que merece investimento dos profissionais. Seria interessante estar orientando não só os pais, mas outros profissionais das áreas afins. Mostrar a eles como fazemos quando recebemos um paciente respirador bucal e porque o nosso trabalho é importante. Devemos mostrar resultados e, dessa forma, conquistar, cada vez mais, nosso espaço dentro de uma equipe multidisciplinar.

Foi constatado que o médico é o primeiro profissional a receber o paciente e, por isso, deveria ser capaz de dar informações corretas aos pais dessas crianças. Deveria direcionar o tratamento pensando um pouco mais nos pais, em orientá-los e fazê-los se sentirem seguros, dando a eles condições de escolherem a melhor opção. Não deve se limitar somente à idéia de que a medicina é uma ciência organicista e mecanicista.

Por que e qual é a informação que os médicos devem passar aos pais?

Segundo KÖHLER (1993), a terapia miofuncional da face (TMF), quando prescrita a um paciente em crescimento, age nas matrizes funcionais faciais, especialmente naquelas intimamente relacionadas aos sistemas respiratório

e estomatognático. Diz, ainda, que a época desse crescimento acaba nos 13 a 14 anos de idade.

Os pais estão cada vez mais cientes de que não podem deixar ultrapassar esse período optimal de crescimento da criança e sabem que eles são responsáveis por essa intervenção precoce, como dizem na pesquisa quando afirmam: “Nós temos consciência da nossa responsabilidade.”

E nós, como profissionais da área de saúde, sabemos que está havendo um entrosamento no sentido de possibilitarmos a essa criança um equilíbrio físico, emocional e funcional. Agindo assim, estaremos atuando de forma cada vez mais eficaz, eficiente e segura, a fim de propiciar e manter a saúde e bem estar de nossos pacientes.

Não podemos esquecer que ainda há muito trabalho pela frente, pois esta pesquisa foi realizada em uma escola particular de classe média alta, o que, com certeza, contribuiu para que o índice de informações fosse alto, mas temos ainda, dentro deste grupo, 32% dos entrevistados que nunca receberam informações a respeito.

As escolas, jornais e revistas são importantes meios de informação que devem ser mais explorados pelos profissionais de saúde, para que estes possam passar seus conhecimentos, pesquisas e atualidades para a sociedade.

O folheto informativo (ANEXO) foi de grande importância, pois muitos pais, depois de responderem ao questionário, pediram mais esclarecimentos sobre o assunto e relataram as dificuldades que eles enfrentaram diante do problema do filho.

Os ditados populares, a preocupação natural que os pais têm com seu filho, já que envolve a respiração, que é uma função vital, e a informação que eles receberam, seja através dos médicos, jornais ou revistas, foram fatores preponderantes para que estes tomassem iniciativa de solucionar o problema, o mais cedo possível.

Mesmo não tendo como objetivo saber quais os principais fatores causadores da obstrução nasal e, conseqüentemente, da respiração bucal, esta pesquisa confirmou os achados dos autores citados: 1) hipertrofia das vegetações adenóides; 2) rinite alérgica; 3) bronquites; 4) sinusites.

As investigações e pesquisas sobre este tema, com certeza, trarão modificações no diagnóstico e na forma de atuar dos profissionais de saúde, fazendo com que estes tenham uma visão mais apurada e eficiente das alterações encontradas, podendo agir diretamente e no momento mais propício para obter um resultado efetivo.

Esperamos que este trabalho seja fonte para novos questionamentos e propostas de orientação, tanto para os pais quanto para os outros integrantes da equipe multidisciplinar.

## ANEXO

## OBSTRUÇÃO NASAL: A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO AOS PAIS PARA QUE HAJA A INTERVENÇÃO PRECOCE NA RESPIRAÇÃO BUCAL

### ✓ O QUE CAUSA A OBSTRUÇÃO NASAL?

São inúmeras as causas que poderão variar de acordo com a faixa etária. Nas crianças, as mais freqüentes são: hipertrofia das vegetações adenóides, hipertrofia das amígdalas e rinite alérgica com suas conseqüências.

Já no indivíduo adulto, a obstrução nasal existe com maior freqüência devido a desvios do septo nasal e hipertrofia dos cornetos nasais.

### ✓ QUAL A ÉPOCA IDEAL PARA SOLUCIONARMOS O PROBLEMA?

O ideal é a intervenção precoce, pois a cabeça do recém-nascido corresponde a um quarto do tamanho do corpo, chegando à puberdade a um oitavo do corpo.

Isto mostra que partes do nosso organismo crescem em diferentes velocidades, nas várias fases da vida. Como a face faz parte da cabeça e sua maior velocidade de crescimento ocorre nos primeiros anos de vida, devemos cuidar para que, principalmente nesta fase, não ocorra a obstrução nasal, havendo assim um desenvolvimento craniofacial harmônico.

### ✓ QUAL O PROFISSIONAL INDICADO PARA AVALIAR UM PACIENTE PORTADOR DE OBSTRUÇÃO NASAL?

O médico otorrinolaringologista é o profissional indicado para corrigir a patologia básica que causa a obstrução nasal. A partir daí, caberá ao odontopedista ou ao ortodontista corrigir as más formações dentofaciais, caso existam, e ao fonoaudiólogo caberá a reeducação da forma respiratória, caso o paciente não tenha mais obstrução nasal, mas persista com respiração bucal.

### ✓ QUAIS SÃO AS DIFERENÇAS BÁSICAS ENTRE AS RESPIRAÇÕES BUCAL E NASAL?

O ar que passa pelo nariz é filtrado, aquecido e umidificado, chegando aos pulmões, basicamente, com um mesmo padrão. Além disso, a respiração nasal molda as vias aéreas superiores criando um crescimento equilibrado da face.

Já a respiração pela boca pode levar a diversas alterações, tanto no adulto quanto na criança, pois o ar inspirado é frio, seco e cheio de impurezas.

Desta forma, o organismo poderá ficar sujeito ao aparecimento de alguma patologia como amigdalites, faringi-

tes, bronquites, além de outros sintomas como boca seca, mau hálito e, principalmente, deformidades craniofaciais.

### ✓ QUAIS SÃO AS CARACTERÍSTICAS MARCANTES DA FACE DE UM PACIENTE PORTADOR DE OBSTRUÇÃO NASAL?

O crescimento craniofacial é predominantemente vertical, ficando a face mais alongada, narinas estreitas e inclinadas, lábios secos com protusão do lábio inferior, palato (céu da boca) ogival levando a uma arcada dentária estreita e malformada.

### ✓ COMO PODEMOS AFIRMAR QUE UMA CRIANÇA É PORTADORA DE OBSTRUÇÃO NASAL

Normalmente estes pacientes apresentam alterações comportamentais que surgem isoladas ou associadas. Dentre elas o sono geralmente é agitado e ruidoso (roncos), além de freqüentemente babarem à noite. Adultos e crianças apresentam-se irritadiços, hiperativos ou sonolentos durante o dia, por noites mal dormidas, levando a uma dificuldade de aprendizagem escolar e a um difícil convívio social.

Finalmente, poderá ocorrer falta de apetite com diminuição de peso, alteração de voz, olheiras e, principalmente, a boca aberta para respiração oral de suplência.

## ■ BIBLIOGRAFIA

- ALTMANN, E.B.C. — **Fissuras labiopalatinas**. Carapicuíba, Pró Fono, 1993.
- BRESOLIN, D. et al. — Mouth breathing in allergic children: its relationship to dentofacial development. **Am. J. Orthod.**, **83** (4):334-40, Apr. 1983.
- ENLOW, D.H. — **Crescimento facial**. 3.ed. São Paulo, Artes Médicas, 1993, 553 pp.
- GRAY, L.P. — Results of 310 cases of rapid maxillary expansion selected for medical reason. **J. Laryngol. Otol.**, **89**:601-14, 1975.
- HUNGRIA, H. — **Anatomia, fisiologia e propedêutica das fossas nasais: otorrinolaringologia**. 6. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.
- KOHLER, N.R.W. — Terapia miofuncional da face. **Siso Abo**, **3** (13):8-7, 1993.
- LOPES, F.O. — Respiração e distúrbios respiratórios na criança. In: AVELAR, J.M. **Cirurgia plástica na infância**. São Paulo, Hipócrates, 1989. pp. 23-5.

MARCHESAN, I.Q. — **Motricidade oral: visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades.** São Paulo, Pancast, 1993.

MOCELLIN, M. — **Estudo de alterações do esqueleto facial em respiradores bucais.** São Paulo, 1986. [Tese — Doutorado — Escola Paulista de Medicina]

PETRELLI, E. — **Ortodontia para fonoaudiologia.** S.l., Lovise, 1992.

STOOL, S.E. — Postnatal crânio facial growth and development. In: BRUESTONE, C.D.; STOOL, S.E. — **Pediatric otolaryngology.** Philadelphia, Saunders, 1983. V.1. pp. 18-31.

SUBTELNY, J.D. — Effect of diseases of tonsils and adenoids on dent facial morphology. **An. Otol. Rhinol. Laryngol.**, 1975.

WENETIKIDOU, E. — **Rev. Odontopediatria**, jan./mar. 1993.

**Endereço:**

Av. Contorno, 9.155, ap. 401-B

Prado - Belo Horizonte - MG

30110-130

Tel./Fax: (31) 275-2233