

# *Respirador bucal*

---

## *Mesa Redonda*

Moderador: ***Antonio Carlos Cedin***

Participantes: ***Gabriela D. Carvalho, Lilian Krakauer,***

***Nelson A. Rosário Filho e Presciliana de Araújo***

**Antonio Carlos Cedin.** *Esta Mesa Redonda congrega colegas de áreas distintas como pediatria, otorrinolaringologia, ortodontia, fonoaudiologia e fisioterapia. Gostaria de ressaltar que esse tema envolve a abordagem multidisciplinar da criança respiradora bucal, o qual gera algumas controvérsias dos profissionais envolvidos no seu atendimento. Esta discussão vem mesmo a contribuir para que haja uma atitude sincrônica dos especialistas de modo a oferecer o melhor tratamento para esses casos. Contamos com a presença do Nelson que é pediatra alergista, da Lilian que é fonoaudióloga, da Gabriela, ortodontista e da Presciliana que é fisioterapeuta.*

*O primeiro profissional a diagnosticar a respiração bucal vem a ser o pediatra. O pediatra é que dará o primeiro atendimento à criança na sala do parto e berçário.*

*Em primeiro lugar vamos colocar uma pergunta para o Nelson: aquele recém nascido que chega ao consultório cuja mãe é a primeira a ficar preocupada com alguma dificuldade respiratória. Nelson como é sua a primeira abordagem? Qual é sua avaliação? Como voce vê esse problema e qual é sua conduta?*

**Nelson A. Rosário Filho.** Uma das queixas que a mãe traz ao consultório do pediatra e, muitas vezes ao especialista, é a criança que tem uma respiração ruidosa. O lactente que tem o nariz em forma de sela, bem achatado e que faz um ruído quando respira, parece roncar. Isto preocupa a mãe, que pensa que a criança tem dificuldade respiratória. É uma criança que mama adequadamente, que não interrompe as mamadas, que não tem dificuldade com o sono, mas tem um ruído respiratório. Isto, muitas vezes, leva a mãe a utilizar medicamentos tópicos nasais, incluindo medicamentos vasoconstritores, achando que a criança tem obstrução. Este é um problema absolutamente simples e transitório. Às vezes torna-se um problema de ordem médica com utilização de gotas nasais com soro fisiológico e antissépticos (bacteriostáticos) e então passa a representar um problema. A primeira coisa é esclarecer o que é doença e o que não é doença, e penso que esse é o papel importante do pediatra. A partir disso, é importante a investigação de outras causas de obstrução nasal, como por exemplo: malformações congênicas, problemas decorrentes do nascimento via canal de parto, ou surgimento de doenças alérgicas no lactente.

**Antonio Carlos Cedin.** *Lilian, você que é Fonoaudióloga: para essas crianças*

*que estão sendo amamentadas no peito ou com mamadeira você tem alguma orientação quanto ao cuidado deste bebê? Há vantagem de uma com relação à outra (peito ou mamadeira)? Recomenda algum tipo especial de bico de mamadeira?*

**Lilian Krakauer.** Na verdade a amamentação natural, a amamentação no peito, é a mais indicada, visto que a mesma proporciona o exercício muscular, fazendo com que haja o crescimento mais adequado da face. Para que haja uma harmonia na face, proporcionando toda a conseqüência do crescimento mais adequado. O ideal é o uso da amamentação natural. A Gabriela é a pessoa que trabalha mais com essa área.

**Antonio Carlos Cedin.** *A insistência, sem dúvida, é para amamentação natural (aleitamento materno). Numa alternativa, que seria a mamadeira, a Gabriela, que é ortodontista, poderá comentar alguma coisa sobre isso. Com relação às repercussões, à medida que você tem uma amamentação não natural, o que irá acarretar em termos ortodônticos em termos de crescimento facial? A Gabriela pode mencionar algo com bastante propriedade, pois ela escreveu um livro, bastante interessante, sobre este assunto.*

**Gabriela D. de Carvalho.** Trabalho no atendimento interdisciplinar do respirador bucal e sou especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, mas há mais de 20 anos atendendo exclusivamente respiradores bucais em todas as idades. É claro que isso significa um trabalho conjunto com médicos pediatras, otorrinos, com fonoaudiólogos, com fisioterapeutas, muitas vezes com nutricionistas e acho que esta é uma maravilhosa oportunidade de repensarmos interdisciplinarmente sobre o assunto. Dificilmente se obtém uma solução com atendimento isolado. Sempre precisamos, pelo menos da avaliação de outros profissionais que, em parceria nos ajudarão a reduzir o tempo do atendimento, e a evolução mais rápida significa menor sofrimento para o paciente. Tenho o benefício de receber esses pacientes que já passaram pelo pediatra, pelo otorrino e sei que já foram afastados todos os obstáculos patológicos que dificultam a respiração, e sobrou para o meu trabalho remover os obstáculos mecânicos dos tecidos duros, ossos e dentes. Desta forma, não pensando na estética dos dentes, e isso é uma coisa difícil para nós dentistas que somos referenciados por oclusão e estética, nos preocuparmos com o espaço interno da boca, com o espaço necessário para que a fonoaudióloga possa adequar a postura da língua, geralmente hipotônica e com uma postura inadequada, de dar esse espaço de tal forma que possamos aumentar a base nasal, quando já foram removidas as causas patológicas, mas houve interferência no crescimento e no desenvolvimento das estruturas faciais. A base nasal está estreita, não é o suficiente para a passagem do ar, então mantém até de uma forma recidivante a respiração bucal.

O meu intuito de defender a amamentação é exatamente porque eu não entendia como tínhamos tantos respiradores bucais, e nas estatísticas percebeu-se que há um aumento crescente do uso de mamadeiras e de chupetas. Sabemos que existe o equilíbrio fisiológico de Hotz que significa que o sistema de contenção interna que é representado pela língua deve estar equilibrado com a contenção externa representada pela bochecha, pelos músculos bucinadores e pela musculatura

perioral. Essa musculatura deve estar equilibrada para se manter não só a oclusão, mas manter de forma fisiológica o desenvolvimento de toda a face.

Mas isso não acontece, porque é introduzida a mamadeira, o leite é extraído por pressão negativa, ele é sugado, e quando a criança está no peito da mãe ele é ordenhado, não existe um trabalho específico para os músculos bucinadores na remoção do leite do peito da mãe, ele é ordenhado. Na ordenha o leite materno é conduzido pela onda peristáltica, que passando pela língua, conduz o leite dentro do mamilo (que aumenta três vezes o seu tamanho dentro da boca do bebê). Então essa seria a primeira prevenção, esse seria o primeiro cuidado de todos os setores da área da saúde para prevenção da síndrome do respirador bucal, e sobra para nós a remoção então dos fatores ósseos, dos dentes e do osso. Nós fazemos a disjunção da maxila, fazemos disjunção em crianças muito pequenas, crianças com dois anos e meio, três anos, porque nós precisamos de algum apoio para o nosso aparelho, basta um primeiro molar para conseguirmos colocar um disjuntor. Um aparelho colado em alguns dentes e que possibilita o aumento do diâmetro transversal da maxila. Nós sabemos que essa estrutura nasce consolidada mas não tem dor, e um pouco de pressão faz com que separe esse osso e possamos aumentar a base nasal, em um curto espaço de tempo.

Por outro lado há uma dificuldade dentro da odontologia porque nós, no nosso curso de formação, somos levados a um raciocínio sempre muito mecânico: nós removemos cáries de uma forma mecânica, nós restauramos dentes de uma forma mecânica, nós corrigimos dentes de uma forma mecânica e muitas vezes processos periodontais com raspagem de tártaro e de bolsas também de uma forma mecânica. Assim, segundo Dr. Ricketts, é difícil pensar em biologia, em função... e para o atendimento do respirador bucal é imprescindível pensar na função respiração.

**Antonio Carlos Cedin.** *Nelson, uma criança que chega ao consultório já com três ou quatro anos de idade com dificuldade respiratória, qual seria sua abordagem inicial?*

**Nelson A. Rosário Filho.** Basicamente quando se analisa o respirador bucal, uma criança com obstrução nasal, já entra em consideração um diagnóstico diferencial de causas anatômicas que possam estar promovendo a dificuldade respiratória. A hipertrofia da adenóide, desvio de septo nasal por exemplo, têm como diagnóstico diferencial, a rinite obstrutiva de natureza alérgica. O alérgico tem sintomas que caracterizam facilmente esse diagnóstico do ponto de vista clínico, espirros, coriza, o prurido nasal, a “fungação”, são características do paciente alérgico. O paciente que tem rinite alérgica é classificado de modo simplista, como obstruído, pois predomina a congestão nasal e aquele que tem espirros e coriza como manifestações clínicas principais. Então, nos interessa aquele que tem o predomínio da obstrução nasal como parte importante desse processo de alergia. A primeira abordagem que se faz é afastar um problema de ordem anatômica, desvio do septo ou outra causa, para, depois disto, partir para a pesquisa de uma rinite alérgica.

**Antonio Carlos Cedin.** *Uma vez então diagnosticada a alergia, você vai tratá-la deste problema adequadamente. Quando houver uma distonia facial, um vício de posicionamento de língua, você irá encaminhá-la para a reabilitação fonoterápica. Gostaria de saber sobre a abordagem da fonoterapeuta nestes*

casos.

**Lilian Krakauer.** Acho importante levar em consideração a respiração oral, pois ela acaba desequilibrando todas as funções orofaciais. Para se respirar pela boca há de haver mudança na posição da língua para que o ar possa entrar pela boca. Essa mudança de posição da língua vai acabar mudando a posição da mandíbula e conseqüentemente vai acabar gerando um desequilíbrio na musculatura orofacial, podendo levar a flacidez na musculatura elevadora de mandíbula, causando um desequilíbrio na mastigação. Sabe-se que a mastigação é uma das funções mais importantes para o crescimento simétrico da face. Portanto, quanto antes conseguirmos trabalhar essas crianças menos problemas iremos encontrar.

**Antonio Carlos Cedin.** *Com que idade você já começa a trabalhar?*

**Lilian Krakauer.** Trabalho com crianças a partir de três anos, três anos e meio. Quando falo de trabalho, não é necessariamente de terapia semanal, como seria um trabalho fonoaudiológico regular. É um acompanhamento com a família e com os outros profissionais que seguem essa criança.

**Antonio Carlos Cedin.** *Em relação à alteração postural global, gostaria que a Prisciliana como fisioterapeuta pudesse nos ajudar dizendo qual seria a idade para se começar atuar; pensar em orientar e eventualmente manipular essa criança ?*

**Prisciliana de Araújo.** Crianças pequenas, entre 2-3 anos, que apresentam uma leve retração de cabeça, mostram-se resistentes à manipulação da região da cervical, que é uma zona sensível; só mais tarde, passam a colaborar e permitem procedimentos que organizam a posição da cabeça. Entretanto, nesse intervalo, os vícios posturais se estabelecem tornando mais difícil a correção.

É importante lembrar que a posição da cabeça é fundamental para vários aspectos do desenvolvimento motor e da coordenação motora, e o equilíbrio entre massas cefálicas, torácicas e pélvicas, ou seja, o bom alinhamento corporal é imprescindível para uma respiração eficiente.

**Antonio Carlos Cedin.** *Como a Gabriela mencionou, a idade que se pode abordar a criança que já tenha problema ortopédico, alteração do crescimento facial, está em torno dos três anos. Apesar de nesta idade ainda não haver dentição definitiva pode se fazer uso de expansores para que essa criança acomode a língua na boca e conseqüentemente ela possa ter uma respiração nasal.*

*O sucesso do tratamento do respirador bucal depende do diagnóstico correto do problema e da integração dos diferentes profissionais que estão envolvidos na sua resolução. Devemos conhecer a área de atuação de cada um dos profissionais para que possamos orientar corretamente o tratamento.*

*O atendimento deve ser feito em conjunto desde o diagnóstico, não importando a idade do paciente.*

*Então a mensagem que devemos deixar é: primeiro, um diagnóstico correto de todos os profissionais e segundo, atuação conjunta. O pediatra é, muitas vezes, o primeiro a atuar. É o especialista ao qual os pais entregam o filho para que a partir daí ele oriente o encaminhamento a outros profissionais que venham a ser necessários à condução correta dos problemas. O diagnóstico precoce e a atuação em tempo hábil destes especialistas envolvidos proporcionam eficácia ao tratamento do respirador bucal.*