

AUTO-DIAGNÓSTICO DA RESPIRAÇÃO VERSUS AMAMENTAÇÃO

AUTO DIAGNOSIS OF RESPIRATION VERSUS NUTRITURE

Roberta Silvestre de Araújo¹

Rose Semiramis Saboya Leitão¹

Sara Grinfeld²

Endereço para correspondência:
Curso de Odontologia UFPE
Av. Prof. Moraes Rego s/n
Cidade Universitária

1 - Cirurgiãs-Dentistas

2 – Profa. Adjunto doutora do Curso de Odontologia da UFPE.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi, através da análise dos prontuários das crianças atendidas no Semi-Internato da Casa da Providência, verificar qual seu auto-diagnóstico quanto ao tipo de respiração, isto é, se nasal ou bucal, e se havia alguma relação com a amamentação no seio materno ou com o uso da alimentação na mamadeira. O universo contou com 66 crianças de ambos os sexos, e a amostra utilizada foi de 63 crianças na faixa etária de 6 a 16 anos. Após os resultados estatísticos foi registrado que das crianças que se auto diagnosticaram como respiradoras nasais, a maioria tinha sido amamentada no peito, e que das crianças que relataram uso de mamadeira o maior número encontrado também foi o de respiradores nasais. Registrou-se ainda um número significativo de crianças com maloclusões e outros aspectos típicos de respiradores bucais.

UNITERMOS: Amamentação. Diagnóstico

ABSTRACT

The approaches of this search was, through a examination of questionnaires of the children was attended in the Semi-Boarding School Providence House's to verify which their autodiagnostic to the kind of the breathing, that is, oral or nasal; and if there was any relationship with the breast feeding or with the use of nursing bottle nutricion. This universe had 66 children of both sex, and the seach make use of 63 children on the ages between 6 to 16 years old. After the results estatistical was registered that of children who autodiagnosics how nasal breathes, the most was breastfeeding and the children that tell nursing bottle use, the nasal breathes was the bigger number was the founded too, still a signifcant number of children was registered with wrong occlusion and others typical aspects of the mouth breathes.

UNITERMS: Nutriture. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

A amamentação é um tema bastante estudado em diversas áreas, e sua importância também deve ser de interesse do Cirurgião-Dentista.

O bebê ao mamar mantém os lábios vedados e executa assim, a respiração nasal promovendo correta expansão da caixa torácica, como também mantendo a tonicidade dos lábios e língua. O ato da sucção ativa de maneira correta os movimentos mandibulares e musculares, desencadeando assim um crescimento facial satisfatório.

Quando a criança faz uso de bicos de mamadeira sua boca se adapta ao bico, que tem o formato pequeno, já com a mama como esta é irregular irá ocupar todo o espaço na boca da criança, o que irá força-la a executar os movimentos de sucção com mais força, induzindo assim a língua a permanecer no local correto.

A respiração bucal pode ocorrer devido a obstruções nasais, neste caso é chamada de respiração bucal de suplência, para suprimir a obstrução da cavidade nasal, a criança tende a abrir a boca em busca do ar, ou pode ser apenas por hábito, isto ocorre quando a criança não possui obstrução mas mesmo assim permanece com a boca aberta.

A criança portadora da síndrome do respirador bucal não irá exercer atividade correta dos músculos faciais, tornando músculos, lábios e língua hipotônicos, os ossos não irão ter desenvolvimento normal, dando à face da criança uma característica bem peculiar relacionados à síndrome.

A criança respiradora bucal também pode apresentar deglutição atípica, provavelmente terá problemas de má oclusão, postura incorreta, palato ogival, ombros caídos, face alongada. Durante o sono, a mesma pode apresentar ronco e apnéia noturna, por isso a prevenção deve ser feita e o tratamento multidisciplinar executado.

A presente pesquisa teve como proposta verificar, através da análise de prontuários, a relação existente entre o auto diagnóstico da respiração bucal ou nasal e a amamentação.

MATERIAIS E MÉTODO

UNIVERSO E AMOSTRA

O universo foi constituído de prontuários de crianças de ambos os sexos, inscritas no serviço de semi-internato da Casa da Providência. A amostra foi constituída de 63 crianças.

RECURSOS FÍSICOS

Ambulatório de Odontologia do Semi-internato da Casa da Providência.

LEITURA DE PRONTUÁRIOS

Foram selecionados prontuários com os registros das crianças que tinham informações pertinentes à pesquisa.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Mães das crianças pré selecionadas que aceitem se submeter a entrevista.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Mães das crianças pré selecionadas que se negaram à participar da pesquisa

PROCEDIMENTOS

As informações necessárias foram registradas dos prontuários das crianças.

METODOLOGIA ESTATÍSTICA

Para a análise dos dados foram obtidas, distribuições absolutas e percentuais, medidas estatísticas (técnicas de estatística descritiva) e utilizados o teste Qui-Quadrado de independência para a verificação da hipótese de associação entre o auto-diagnóstico da forma de respiração com cada uma das variáveis: ocorrência ou não de alimentação no seio, de alimentação na mamadeira. Os resultados são apresentados em formas de tabelas e gráficos incluindo os resultados do teste estatístico. Destaca-se que no caso em que as condições para a utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas foi utilizado o teste Exato de Fisher.

RESULTADOS

Dos 66 estudantes pesquisados, 29 (43,9%) eram do gênero masculino e 37 (56,1%) do gênero feminino.

Na Tabela 1 apresenta-se a distribuição das crianças segundo a faixa etária escolar onde é possível destacar que aproximadamente metade (48,5%) era composta de escolares e o restante subdividido igualmente entre pré-adolescentes e adolescentes.

Tabela 1 – Distribuição dos pesquisados segundo a faixa etária escolar

Faixa etária	N	%
Escolar		
Pré-adolescente	32	48,5
Adolescente	17	25,8
TOTAL	66	100,0

A idade dos pesquisados variou de 6 a 16 anos, teve média de 9,92 anos, desvio padrão de 2,59 anos e coeficiente de variação de 26,12%, indicando uma variabilidade reduzida para esta característica. Na Tabela 2 apresenta-se a distribuição por faixa etária onde é possível destacar que cada uma das faixas de 6 a 8 anos e de 9 a 12 anos contribuíram com percentuais iguais a 39,4% e que a faixa etária de 13 a 16 contribuiu com o menor percentual (21,2%).

Tabela 2 – Distribuição dos pesquisados segundo a idade (em anos).

Idade (em anos)	N	%
6 a 8	26	39,4
9 a 12	26	39,4
13 a 16	14	21,2
TOTAL	66	100,0

Entre 63 crianças com resposta sobre amamentação materna, registrou-se que 51 (81,0%) tinham sido amamentados desta forma e 12 (19,0%)

não tinham recebido este tipo de amamentação. Destaca-se que para três pesquisados não se dispõe da resposta desta questão.

Em relação ao uso da mamadeira, registrou-se que 55 (87,3%) crianças do grupo tinha sido amamentada com mamadeira e 8 (12,7%) não tinham sido alimentadas desta forma. Para três pesquisados não se dispõe da resposta desta questão.

Na Tabela 3 registra-se a ocorrência de hábitos deletérios. Desta tabela é possível destacar que a maioria dos pesquisados tinha hábitos: de sucção de chupeta (67,2%); de roer unha (60,0%); de colocar objetos na boca (50,8%).

- Percentual elevado (41,3%) tinha hábito de chupar dedo;
- Percentuais reduzidos babavam (22,6%), roncavam (14,5%) e rangiam os dentes (14,3%).

Tabela 3 – Relação de hábitos

Hábitos	N	%
Chupeta		
Sim	43	67,2
Não	21	32,8
TOTAL⁽¹⁾	64	100,0
1 – Para dois pesquisados não se dispõe desta informação		
Dedo		
Sim	26	41,3
Não	37	58,7
TOTAL⁽¹⁾	63	100,0
1 – Para três pesquisados não se dispõe desta informação		
Unha		
Sim	39	60,0
Não	26	40,0
TOTAL⁽¹⁾	65	100,0
1 – Para um pesquisado não se dispõe desta informação		
Baba		
Sim	14	22,6
Não	48	77,4
TOTAL⁽¹⁾	62	100,0
1 – Para quatro pesquisados não se dispõe desta informação		
Ronca		
Sim	8	14,5
Não	47	85,5
TOTAL⁽¹⁾	55	100,0
1 – Para 11 pesquisados não se dispõe desta informação		
Range (bruxismo)		
Sim	7	14,3
Não	42	85,7
TOTAL⁽¹⁾	49	100,0
1 – Para 17 pesquisados não se dispõe desta informação		
Objeto na boca		
Sim	31	50,8
Não	30	49,2
TOTAL⁽¹⁾	61	100,0
1 – Para cinco pesquisados não se dispõe desta informação		

Questionados sobre a qualidade do sono, apurou-se que a maioria (76,9%) das crianças apresentava um

bom sono noturno (Tabela 4). Desta tabela é possível deduzir que a soma das crianças com sono regular ou ruim totalizava 23,1% da amostra.

Tabela 4 – Distribuição dos pesquisados segundo a avaliação do sono noturno

Avaliação do sono noturno	N	%
Bom	50	76,9
Regular	7	10,8
Ruim	8	12,3
TOTAL⁽¹⁾	65	100,0

1 – Para um pesquisado não se dispõe desta informação

A ocorrência de alergia foi registrada para 27 (42,9%) crianças e não ausente para 36 (57,1%). Para um pesquisado não se dispõe desta informação.

A ocorrência de coriza foi registrada para a maioria (62,3%) das crianças com resposta. Problema de garganta e de febre foram registrados respectivamente para 34,0% e 24,5% da amostra.

Menos da metade (40,9%) das crianças apresentavam a arcada normal e os 59,1% restante tinham uma ou mais anomalias nesta região.

A Tabela 6 mostra que a minoria do grupo foi afetada por cada uma das variáveis, sendo dor de cabeça a mais freqüente (39,1%) e a presença de secreção a menos freqüente (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos pesquisados segundo as variáveis dor de cabeça, dor de ouvido e secreção constante

Variável	N	%
• Dor de cabeça		
Sim	25	39,1
Não	39	60,9
TOTAL⁽¹⁾	64	100,0
1 – Para dois pesquisados não se dispõe desta informação		
• Dor de ouvido		
Sim	20	30,8
Não	45	69,2
TOTAL⁽¹⁾	65	100,0
1 – Para um pesquisado não se dispõe desta informação		
• Secreção constante		
Sim	6	9,7
Não	56	90,3
TOTAL⁽¹⁾	62	100,0
1 – Para quatro pesquisados não se dispõe desta informação		

Dentre os 39 pacientes que apresentavam anomalias, as duas mais freqüentes foram: prognatismo maxilar e mordida aberta anterior com percentuais de 46,1% e 38,5% respectivamente (Tabela 6).

Tabela 6 – Frequência dos pesquisados segundo o tipo de arcada

Tipo de anomalia	N	%
Mordida cruzada anterior	5	12,8
Mordida cruzada posterior	9	23,1
Mordida aberta anterior	15	38,5
Prognatismo maxilar	18	46,1
BASE ⁽¹⁾	39	-

1 – Considerando-se que um mesmo pesquisado poderia apresentar mais de uma anomalia, registra-se apenas a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

O estudo da cavidade oral mostrou que o palato ogival foi a variável mais freqüente, sendo registrada para 22,7% das crianças e em segundo lugar, com 16,7%, a hipertrofia gengival. A presença de tecido gengival seco foi observada para um (1,5%) paciente (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos pesquisados segundo as variáveis tecido gengival seco, hipertrofia gengival e palato ogival.

Variável	N	%
• Tecido gengival seco		
Sim	1	1,5
Não	65	98,5
TOTAL	66	100,0
• Hipertrofia gengival		
Sim	11	16,7
Não	55	83,3
TOTAL	66	100,0
• Palato ogival		
Sim	15	22,7
Não	51	77,3
TOTAL	66	100,0

A maioria (77,3%) do grupo pesquisado apresentava a língua normal e em segundo lugar com 18,2% a língua hipotônica. Outras condições observadas foram em ordem decrescente de freqüências: lábio inferior hipotônico com 27,3%, lábios secos com 21,2% e lábio superior curto cada um com 18,2%.

A Tabela 8 mostra que o percentual de crianças que se auto diagnosticam com respiração nasal foi mais elevada entre as crianças amamentadas no peito, do que as que não receberam este tipo de amamentação

(70,6% versus 41,7%) e o contrário ocorreu com as crianças com auto diagnóstico da respiração bucal que foi mais elevado entre as que não receberam a amamentação no peito, entretanto ao nível de significância considerado, não chega a comprovar-se associação significativa entre amamentação no peito e o auto diagnóstico sobre a forma de respiração, conforme resultado do teste Exato de Fisher.

Tabela 8 – Distribuição dos pesquisados segundo o fato de ter ou não mamado no peito e o auto-diagnóstico

Amamentação no peito	Auto-diagnóstico Nasal		Bucal		TOTAL		Estatística e valor P
	N	%	N	%	N	%	
Sim	36	70,6	15	29,4	51	100,0	P ⁽¹⁾ = 0,079
Não	5	41,7	7	58,3	12	100,0	
TOTAL	41	65,1	22	34,9	63	100,0	

1 – Através do teste Exato de Fisher.

A Tabela 9 mostra que enquanto 40,0% dos pacientes que tinham sido alimentados com mamadeira se auto diagnosticaram com respiração bucal entre os 8 que não foram alimentados com mamadeira, nenhum fez este tipo de diagnóstico e a associação entre as duas variáveis é significativa ao nível de significância considerado.

Tabela 9 – Distribuição dos pesquisados segundo o fato de ter ou não sido amamentado na mamadeira e o auto-diagnóstico sobre a forma de respiração

Amamentado na mamadeira	Auto-diagnóstico Nasal		Bucal		TOTAL		Estatística e valor P
	N	%	N	%	N	%	
Sim	33	60,0	22	40,0	55	100,0	P ⁽¹⁾ = 0,042*
Não	8	100,0	-	-	8	100,0	
TOTAL	41	65,1	22	34,9	63	100,0	

* - Associação significativa ao nível de 5,0%.

1 – Através do teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

A amamentação é um ato inerente aos mamíferos. Logo após o nascimento o recém nascido é nutrido afetivamente com o aconchego materno; assim como o leite materno propicia a sobrevivência do recém nascido. É sabido, que o leite materno tem características nutritivas, imunológicas dentre outras. Através da amamentação, esse leite é sugado, proporcionando satisfação e bem estar físico e

psicológico. O ato da amamentação é de primordial importância na educação da respiração do recém nascido. Os lábios cerrados contra o peito oferecem condições para que o ar entre nas narinas e a criança possa respirar de forma natural.

Para PONTE *in* HALBE (1995), as mamas são órgãos glandulares destinados a secretar o leite, que propicia ao recém nascido o alimento indispensável nos primeiros meses de vida. LAWRENCE (1989) descreve que a mama fica localizada na fáscia superficial entre a segunda costela e a sexta cartilagem intercostal, medindo de 10 a 12 cm de diâmetro e é superficial ao músculo peitoral maior.

MATHIAS; LEÃO; NOBILE *in* MONTORO (1984), SERVA *in* FIGUEIRA; FERREIRA; ALVES (1996) concordam que a mama é constituída de tecido gorduroso, ductos e alvéolos, sendo os alvéolos o local onde ocorre a produção do leite materno.

GARCIA; ELIAS (1998), LUKE (1981), RICCO *in* WOISKI (1983), SOUZA; HEGG *in* HALBE (1995) relatam que com a gestação ocorrem mudanças com o tecido mamário, principalmente devido aos hormônios originários da placenta, do ovário e da glândula pituitária – progesterona, estrogênio, prolactina, ocitossina, TSH, ACTH, cortisol, insulina, somatotropina coriônica, entre outros – há um aumento da mama, com mudanças no mamilo, zonas cutâneas vizinhas, e alterações glandulares.

Para ANOIS; FIORINI (2001) e CARVALHO; BRANDÃO; VINHA (2002), a sucção tem um papel importante no desenvolvimento ósseo-muscular e, portanto no equilíbrio do posicionamento das arcadas e que através dos movimentos peristálticos da condução do leite dentro do mamilo até a ponta que dará tonicidade a língua. GARCIA; ELIAS (1998) completam dizendo que a língua atua como válvula controladora e consegue um fechamento hermético, fazendo com que o bebê respire pelo nariz.

LUKE (1981), MOUTINHO; ROAZZI; GOUVEIA (2001), SILVA (1999), UNICEF (1978) relatam que o leite humano é rico em substâncias como água, vitaminas, sais minerais dentre outras que fortalecem o sistema imunológico do bebê, protegendo contra vírus, bactérias, infecções e alergias, diminuindo ainda os riscos de anemias, e preenchendo todas as necessidades nutricionais da criança em seus primeiros meses de vida.

Sabe-se que o leite materno possui imunoglobulinas, mas que caso essa amamentação não tenha tido tempo adequado, podemos sugerir também a possibilidade da criança ser portadora de alergias, justificada pela tabela 5 onde das 53 crianças examinadas, portadoras ou não de respiração bucal, 62,3% relataram ocorrência de coriza, além de 34,0% gripe, e 24,% com febre e na tabela 6 muito poucos apresentaram secreção nasal constante 9,7%. Esses resultados, em conjunto deixam o questionamento da possibilidade de ocorrer processos alérgicos, tão frequentes em populações.

Segundo BINDI (2002) o leite humano se divide em colostro, leite de transição e leite maduro, enquanto MARTINS (1987) denomina leite anterior aquele mais

diluído, com menos gordura e leite posterior aquele produzido durante a sucção este último se mistura com o anterior e é um dos responsáveis pelo sinal de saciedade do bebê.

COUTINHO *in* SILVA *et al* (1996), VITOLO (1994) concordam que a composição do leite humano é heterogênea e sofre influências de inúmeras outras condições ambientais maternas e/ou gestacionais.

SERVA *in* FIGUEIRA; FERREIRA; ALVES (1996) citam que o colostro difere do leite maduro por possuir maior quantidade de proteína, IgA secretora, fatores de crescimento, vitamina A, sódio, zinco além de menos gordura e lactose.

MATHIAS; LEÃO; NOBILE *in* MONTORO (1984) e BINDI (2002) concordam que as orientações sobre o aleitamento materno devem proceder-se já nas consultas de pré-natal, tentando-se minimizar as angústias maternas que podem interferir na produção láctea. A mãe deverá ter uma boa higienização corporal além de cuidados especiais com a mama.

ARONIS; FIORINO (2001), ALEITAMENTO (2002), CARVALHO; BRANDÃO; VINHA (2002) concordam que para o êxito da amamentação é imprescindível uma posição correta que deve ser confortável para mãe e bebê. O bebê bem posicionado e com uma boa pega, inclina levemente o pescoço para trás, empurra o queixo contra o peito e mantém as narinas livres. AMABILE (2000) ressalta que após as mamadas deve-se limpar a boca do bebê com gaze estéril umedecida em água filtrada e após a erupção dos dentes escová-los com escova.

GARCIA; ELIAS (1998), LUKE (1981), MOUTINHO; ROAZZI; GOUVEIA (2001), ORNELLAS e ORNELLAS (1983) relatam a importância do aleitamento materno sobre os aspectos emocionais do bebê e da mãe; nutricional do leite e imunológico, além de sua importância no desenvolvimento orofacial do bebê e na fisiologia da fala, deglutição e respiração. MORAES (2001) ainda descreve a grande importância do aleitamento para a saúde bucal do bebê.

AMABILE (2000), CARVALHO (1998), FERREIRA (1997) concordam que ao sugar o seio materno a criança adquire um adequado vedamento labial estabelecendo assim o padrão correto de respiração nasal e postura correta da língua, importantes para o desenvolvimento das arcadas dentárias e da linguagem.

Conforme a tabela 9, foi encontrado o padrão de língua normal em 77,3% das crianças, hipotônica em 18,2% e hipertônica em apenas 4,5%

FARIA *et al* (1999), ROBLES *et al* (1999), QUELUZ; GIMENEZ (2000), SERRA NEGRA *et al* (1997) e SERRA NEGRA; PORDEUS; ROCHA JR.(1997) constataram que crianças amamentadas no peito tem menores chances de adquirir hábitos bucais como sucção de dedo ou chupeta, deglutição atípica, respiração bucal, entre outros. GIUGLIANI (2000) ainda relata que as crianças amamentadas tinham escores de desenvolvimento cognitivos significativamente maiores que os das crianças com alimentação artificial.

No presente trabalho, foram colhidos os dados sobre a criança amamentada ou não, mas não ocorreu o registro de tempo de amamentação. O universo da amostra constou de 66 crianças, e a amostra constou de 63 crianças. Procurou-se relacionar até que ponto a amamentação materna influencia no ato da criança ser portadora de uma respiração bucal, conforme a tabela 11, 51 crianças foram amamentadas no peito podendo após ter feito uso da mamadeira e 55 através da mamadeira podendo antes ter mamado no peito (esse registro foi feito em apenas 60 crianças, visto que não havia registro de 3 crianças da amostra pretendida), segundo as tabelas 11 e 12.

A proposição dessa pesquisa foi de relacionar as crianças auto-dagnosticadas como respiradoras bucais ou nasais com a amamentação feita através do peito. Do total da amostra (63 crianças), 34,9% das crianças foram registradas como respiradoras bucais, mesmo tendo mamado no peito (Tab.11). Isso significa que estatisticamente não houve comprovação de associação significativa, mas clinicamente pode-se sugerir que uma quantidade razoável na amostra se auto diagnosticou como respiradores bucais, e que sendo portadores desse hábito deletério existe possibilidades de serem desenvolvidos alterações orofaciais. Pode-se sugerir através desses dados que possivelmente o desmame aconteceu precocemente apesar da amamentação no peito ter sido registrada com maior percentual.

Segunda a tabela 11, no que se refere ao aleitamento através de mamadeiras 40% das crianças se auto diagnosticaram com respiração bucal. Esse resultado também tem sua interpretação clínica obedecendo o pensamento anterior, das possíveis conseqüências que as mesmas podem ter, frente a possíveis alterações orofaciais. O universo da amostra foi de 66 crianças e a amostra relacionada ao aleitamento foi de 63 crianças, mas devido à riqueza de informações do universo da amostra, serão registrados outros dados para serem refletidos.

Segundo ALVES (2001) desmame é a introdução de qualquer outro tipo além do leite materno, deve ser gradual tanto do ponto de vista da quantidade e qualidade dos alimentos quanto da consistência. BINDI (2002), GIUGLIANI (2000), RICCO *in* WOISKI (1983) concordam que a amamentação deve ser exclusiva até no mínimo os seis meses de vida.

Para o hábito de sucção de chupeta, das 64 crianças registradas 67% tiveram afirmativa positiva. Para o hábito de sucção digital das 63 crianças registradas 41,3% tiveram afirmativa positiva, já quanto a sucção digital 41,3% disseram que mantinham tal hábito, quanto a onicofagia 60% das crianças disseram que roíam as unhas; 50,8% das crianças mantinham objetos na boca e 13,3% rangiam os dentes durante a noite enquanto 22,6% babavam ao dormir. (Tabela 3).

O tempo de amamentação, não só propicia a nutrição da criança, mas também exercita a respiração nasal. Porém, muito freqüentemente, por diferentes razões (paciência, tempo, estímulos), o desmame ocorre precocemente. GAÍVA *et al* (2000) e

GIUGLIANI (2000) relatam que ainda é grande o número de desmame precoce, já que a maioria das mães suspendem a amamentação antes dos seis meses de vida do bebê.

ARONIS; FIORINI (2001) relata que a introdução de alimentos sólidos requer muita paciência dos pais porque, em geral, no início os bebês engasgam, cospem, viram o rosto e fazem cara feia

FULLER (2000) afirma que o nariz externo é formado por duas estruturas cartilaginosas em forma de "U" chamadas de asas. Já para MCMINN; HUTCHINGS; LOGAN (1995) o nariz consiste de uma parte externa (na face) e da cavidade nasal, esta cavidade está subdividida em duas pela presença do septo nasal e cada metade contém partes olfatórias, vestibular e respiratória.

Para BECKER; NAWMANN; PFALTZ (1999) a inspiração pelo nariz, seguida pela inspiração pela boca, leva rapidamente ao ressecamento da mucosa nasal. LUSVARGHI (1999) ainda acrescenta que somente as cavidades nasais possuem as condições perfeitas para filtrar partículas de microorganismos e aquecer o ar inspirado.

Precocemente, por algum motivo, a criança cria o hábito de respirar pela boca, e levá-lo no percurso de sua vida. Nem sempre ocorre por uma síndrome da respiração bucal, mas sim, com foi referido, por algum processo. Segundo GUEDES-PINTO (2000) a respiração é automática e, quando normal, realizada pelo nariz, embora poderá sofrer perversão e passar a ser realizada pela boca. Já LUSVARGHI (1999) afirma que apesar de a respiração bucal ser considerada um desvio, pode funcionar, às vezes, como um padrão de respiração complementar e muitas vezes normal, e que uma pessoa nunca é exclusivamente respiradora bucal: o que existe é a respiração predominantemente bucal ou mista.

De acordo com BREUER (1989) obstruções na via aérea superior levam o indivíduo a uma respiração bucal de suplência. Essa respiração bucal de suplência segundo HUNGRIA (1999) e CORDEIRO; EMERSON; RIOS (1994) é devido a obstruções nasais, que podem ser causadas por vários motivos como: rinite alérgica, hipertrofia das adenóides, hábitos perniciosos, entre outros. CALVET; PEREIRA (2000) explicam que na verdade a respiração bucal é causada por toda infecção capaz de alterar o calibre ou a configuração interna das fossas nasais. LANGLADE (1995) ainda cita as possíveis causas da respiração bucal como sendo: cavidade nasal estreita, traumatismo nasal, deformação nasal congênita, adenóides volumosas e cornetos inferiores inflamados.

PROFFIT; FIELDS JR. (1995) relatam que um padrão de respiração alterado, tal como a respiração pela boca em vez de pelo nariz poderá mudar a postura da cabeça, maxilares ou língua.

CHRISTENSEN; FIELDS JR. *in* PINKHAM (1996) descrevem que é normal que crianças entre os três e seis anos de idade apresente uma leve incompetência labial e que outras crianças são denominadas respiradoras bucais por possuírem obstrução nasal.

GONZÁLEZ; LOPES (1988), MOTONAGA; BERTI; LIMA (2000) concordam que uma criança respiradora bucal pode ser diagnosticada por características faciais típicas como lábios entreabertos, ausência da corrente de ar nasal, língua baixa, lábio superior curto, lábio inferior volumoso e evertido, face estreita, orifícios nasais pequenos e mal desenvolvidos, protrusão dos incisivos superiores com estreitamento de maxila, palato ogival, relação entre maxila e mandíbula alterados. CORDEIRO; EMERSON; RIOS (1994) acrescentam alterações posturais e torácicas, abdômen proeminente e musculatura abdominal flácida, sono agitado e entrecortado. PETERSON; SCHNEIDER (1991) confirmam que os respiradores bucais tem uma associação com a mordida aberta anterior.

Segundo a tabela 7, das 63 crianças haviam 39 crianças com registros de ocorrência de alterações dos maxilares, 46% possuíam prognatismo do maxilar superior. Na tabela 8 das 66 crianças registradas, 22,7% tinham palato ogival. Já na tabela 9 das 66 crianças registradas, 18,2% o lábio superior curto e 27,3% o lábio inferior hipotônico.

LUSVARGHI (1989) relata que é comum o paciente com respiração bucal desenvolver ronco e apnéia.

Os dados colhidos na pesquisa das tabelas 3 mostrou que das 55 crianças pesquisadas, 14,5% roncavam enquanto que 85,5% não roncavam. Ainda observamos na tabela 4 que das 65 crianças pesquisadas, 76,9% apresentaram bom sono noturno, 10,8% sono regular e 12,3% sono ruim.

CALVET; PEREIRA (2000), DUARTE; LOTUFO in LASCALA (1997) concordam que a respiração bucal além das alterações faciais e das arcadas dentárias, uma irritação dos tecidos gengivais. A fibrose gengival típica pode ser resultado de reação inflamatória crônica devido à placa bacteriana e ao ressecamento produzido sobre os tecidos gengivais.

VANARSDALL in GRABER; VANARSDALL JR. (1996) ainda completa que o respirador bucal geralmente apresentará lábios secos e quebradiços. Entretanto na nossa pesquisa apenas 21,2% do universo das crianças pesquisadas mostrou lábios secos conforme mostra a tabela 9.

CONCLUSÕES

Concluiu-se que:

- Das crianças pesquisadas, a maioria que recebeu tanto amamentação no peito quanto na mamadeira teve como auto-diagnóstico a respiração nasal;
- Observou-se o grande número de crianças com maloclusões dentárias, com maior incidência para prognatismo maxilar e mordida aberta anterior;
- Os hábitos deletérios encontrados com maior frequência foi sucção de chupeta e onicofagia;
- A maioria das crianças apresentou bom sono noturno;
- Nos processos de gripe, a sintomatologia mais encontrada foi a coriza;

- Tecido gengival seco, hipertrofia gengival, palato ogival, lábio superior curto, lábio inferior hipotônico e lábios secos foram encontrados com pouca frequência;
- Houve prevalência na postura normal da língua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, A. K. L. A Importância da Amamentação, Nutriweb. 2001. Disponível em: <http://www.epub.org.br/nutriweb/n0101/amament.htm>.
2. ALTMAN, D.G. Practical Statistics for Medical Research. Chapman and Hall, Great Britain, 1991, 611 p.
3. AMABILE, L. F. Aleitamento e Saúde Bucal. 2001. Disponível em: http://www.sosdoutor.com.br/sosamaentação/aleitam_bucal.htm.
4. ARONIS, E. A.; FIORINI, M.D.C. Aleitamento Materno e Alimentação na Primeira Infância sob Enfoque Fonoaudiológico, 2001. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/odonto4.htm>.
5. BECKER, W.; NAUMANN, H. H.; PFALTZ. Otorrinolaringologia Prática: Diagnóstico e Tratamento. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. 572 p.
6. BINDI, M. S. Amamentação. 2002. Disponível em: http://www.geocities.com/pediatria_br/der002.html,2002.
7. BREUER, J. El paciente respirador bucal. Rev. de la assoc. Odont. Arg. 77: 102-06, 1989.
8. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Referências Bibliográficas NBR 6023. Informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro: 2000. 22p.
9. CALVET, C. O.; PEREIRA, A. F. V. Alterações Periodontais em Respiradores Bucalis. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 21-24, dez. 2000.
10. CARVALHO, G. D. de A. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. Ceaodontofono, São Paulo, fev. 1998. Disponível em: www.ceaodontofono.com.br.
11. CARVALHO, G. D. ; BRANDÃO, G. ; VINHA, P. P. Amamentação é prevenção da Síndrome do Respirador Bucal. Ceaodontofono, 2002. Disponível em: <http://www.ceaodontofono.com.br/publicações/fev02.html>.
12. CHRISTENSEN, J. R.; FIELDS JR, H. W. Hábitos bucais. In: PINCKHAM, J. R. Odontopediatria: da infância à adolescência. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996, 661p.
13. Como e por quê amamentar. Aleitamento. 4p, 2002. Disponível em: www.aleitamento.org.br/pega.htm.
14. CONOVER, W. J. "Practical Nonparametric Statistics". Second Edition. Editora John Wiley & Sons - New York Texas Tech University, 1980, 495 pg.
15. CORDEIRO, N.; EMERSON, F; RIOS, J. B. M. Respiração Bucal em Alergia. Pediatria Moderna v. XXX, n. 3, junho, 1994.
16. COUTINHO, S.B. Aleitamento materno. In: SILVA, A.S. et al. Temas de neonatologia. 1 ed., Recife: Universitária UFPE, 1996. P. 128-131.
17. DUARTE, C. A.; LOTUFO, R. F. M. Etiopatogenia da doença periodontal e cárie- importância da placa bacteriana. In: LASCALA, N. T. Prevenção na clínica odontológica: Promoção de saúde bucal. cap. 4. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 291p.
18. FARIA, A. R. et al. Associação entre Aleitamento Materno e hábitos de sucção não-nutritivos. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, v. 53, n. 2, p.151-155, 1999.
19. FERREIRA, B. Prevenção Vem Antes dos Dentes. Revista ABO Nacional, v. 5, n. 3, p. 73-75, abr/mai. 1997.

20. FERREIRA, M. I. D.T.; TOLEDO, O. A. Relação entre Tempo de Aleitamento Materno e Hábitos Bucais. Revista ABO Nacional, v. 5, n. 6, p. 317-320, out/nov. 1997.
21. FULLER, J. R. Tecnologia Cirúrgica: Princípios e Práticas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 623 p.
22. GAÍVA, M. A. M. et al. Aleitamento Materno em Recém-nascidos Internados em UTI Neonatal de um Hospital Universitário de Cuiabá-MT. *Pediatria Moderna*, v. XXXVI, n. 3, p. 119-130, mar. 2000.
23. GARCIA, J; ELIAS, R. Aleitamento Materno: Aspecto de Interesse bucal. *Odontologia Ciência*. outubro, 1998. Disponível: [www.terravista.pt/bilene/2104/leite.htm](http://www.terraviva.pt/bilene/2104/leite.htm)
24. GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática odontológica. *J Pediatric*. Rio de Janeiro, n 76, supl. 3: S238-252, 2000
25. GONZÁLEZ, N. Z. T.; LOPES, L. D. – Fonoaudiologia e ortopedia maxilar na reabilitação orofacial – Tratamento precoce e preventivo terapia miofuncional. São Paulo, Santos, 2000, 121p.
26. GUEDES-PINTO, A. C. Fatores extrínsecos determinantes de maloclusão. *Odontopediatria*. 6 ed. São Paulo: Santos, cap. 41, 2000. 943p
27. HUNGRIA, H. Nariz e Seios Paranasais. *In*: PORTO, C. C. *Semiologia Médica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 1442 p.
28. LANGLADE, M. Diagnóstico etiopatogênico. Diagnóstico ortodôntico. São Paulo: Livraria e editora Santos. cap. 4, 1995. 742p.
29. LAWRENCE, R. A. Breast feeding: a Guide for the Medical Profession. 3 ed. New York: The C. V. Mosby. Cap.2. 1989, p. 28-47.
30. LUKE, B. Dieta e lactação. *Nutrição materna*. 1 ed. São Paulo: Livraria Rocca, cap. 13, 1981, 226p.
31. LUSVARGHI, L. Identificando o Respirador Bucal. *Revista da APCD*, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 265-274, jul/ago. 1999.
32. MATHIAS, L.; LEÃO, E.; NOBILE L. Fisiopatologia da mama no ciclo gravídico – puerperal. *In*: MONTORO, A. F. *Mastologia*. 1 ed., São Paulo: Sarvier. cap. 14, 1984, 192p.
33. MARTINS, J. Composição e características do leite humano e do colostro, comparação com outros leites: vaca, cabra e soja. Como e porque amamentar. 2 ed. São Paulo: Savier, cap. 2, 1987, p. 23-36
34. MCMINN, R. M. H; HUTCHINGS, R. T; LOGAN, B. M. *Atlas Colorido de Anatomia da Cabeça e Pescoço*. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1995.
35. MONTONAGA, S. M.; BERTI, L. C.; LIMA, W. T. A. Respiração Bucal: Causas e alterações no sistema estomatognático. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 66 (4) parte 1. Julho/agosto 2000, p. 373-379
36. MORAES, E. M. F. Aleitamento materno e saúde bucal. *Medcenter*. São Paulo, jun., 2001. Disponível: www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=39.
37. MOUTINHO, K.; ROAZZI, A.; GOUVEIA, E. L. Amamentação e desmame precoce. *Pediatria moderna*. v. XXXVII, n. 8, p.394-398, agosto, 2001.
38. ORNELLAS, A.; ORNELLAS, L. H. Alimentação da criança: nutrição aplicada. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1983. p. 243-255
39. PETERSON JR., J. E.; SCHNEIDER, P. E. Oral habits a behavioral approach. *Pediatric Clin north Am*, v. 38, n.1, p. 1289-3007, oct.1991
40. PONTE, J. G. Anatomia clínico-cirúrgica em ginecologia. *In*: HALBE, H. W. *Tratado de ginecologia*. 2 ed. São Paulo: Rocca, v.1, bl. 5, cap. 34, 1995, 998p.
41. PROFFIT, W. R.; FIELDS JR, H. W. *Ortodontia Contemporânea: a etiologia dos problemas ortodônticos*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995
42. Tendências na Amamentação e seu Impacto na Saúde da Criança. UNICEF, Brasil, 1978.
43. QUELUZ, D. P.; GIMENEZ, C. M. M. Aleitamento e hábitos deletéricos relacionados à oclusão. *Revista Paulista de Odontologia*, n. 6, ano XXII, nov./ dez. 2000, p. 16-20
44. RICCO, R. G. Aleitamento natural. *In*: WOISKI, J. R. *Dietética Pediátrica*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1983. Cap. 5, p.39-70
45. ROBLES, F. R. P. *et al.* A influência do período de amamentação nos hábitos de sucção persistentes e a ocorrência de maloclusões em crianças com dentição decídua completa. *Revista paulista de odontologia*, São Paulo, ano XXI, n. 3, p. 4-9, maio/junho, 1999.
46. SERRA-NEGRA, J. M. C. *et al.* Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusão. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*, v. 11, n. 2, p. 79-86, 1997
47. SERRA-NEGRA, J. M. C.; PORDEUS, I. A.; ROCHA JR, J. F. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. *Revista de odontologia da universidade de São Paulo*, v.11, n. 2, p.79-86, abril/junho, 1997.
48. SERVA, V. M. S. B. D. Aleitamento materno. *In*: FIGUEIRA, F.; FERREIRA, O.S.; ALVES, J. G.B. *Pediatria*. 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996. Cap. 3, p. 77-86.
49. SILVA, A. C. C. Por que devo amamentar meu filho?. *Ceaodontofono*. São Paulo, Junho/ 1999. Disponível em: www.ceaodontofono.com.br
50. SOUZA, A. Z.; HEGG, R. Fisiologia da lactação. *In*: HALBE, H. W. *Tratado de ginecologia*. 2 ed. São Paulo: Rocca.v.1, bl. 5, cap. 37, 1995, 998p.
51. VANASDALL, R. L. Inter-relacionamento Ortodontia/Periodontia. *In*: GRABER, T. M.; VANASDALL JR, R. L. *Ortodontia: Princípios e técnicas atuais*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. Cap. 13, p 680-683
52. VITOLO, M. R. Fatores que interferem na composição do leite materno. *Pediatria Moderna*. Vol. XXX, n. 3, junho, 1994, p. 388-390.