

**A PERTINÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NA SÍNDROME DO RESPIRADOR
BUCAL: PERSPECTIVAS PARA TRATAMENTO EFETIVO**
THE PERTINENCE OF EARLY DIAGNOSIS IN MOUTH BREATHING SYNDROME:
PERSPECTIVES FOR EFFECTIVE TREATMENT

Brenda Borges Fernandes

Graduada em Odontologia pela Universidade Estácio de Sá.

Lohana da Silva Pires de Oliveira

Graduada em Odontologia pela Universidade Estácio de Sá.

João Marcos Passos dos Santos

Graduado em História e Pedagogia pelas Faculdades Integradas Simonsen. Especialista em História do Brasil, Social e Contemporânea pela faculdade Iguazu; História da Guerra pela FAVENI; Revisão Textual e Normas da ABNT, na IBRA. Integrante dos núcleos de pesquisa Sankofa (UFF) e Lupea (UFRJ). Tutor das Unidades Curriculares de TCC, História e Pedagogia EAD pelo Centro Universitário São José.

Marina de Freitas Garcia

Doutora em Ciências Sociais (PPCIS/UERJ). Docente do curso de Pedagogia pelo Centro Universitário São José.

Claudia Celencina Carvalho de Miranda

Doutora em Educação (UFRRJ). Docente do curso de Pedagogia pelo Centro Universitário São José.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo principal revisar a literatura sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoce da Síndrome do Respirador Bucal. Salientando assim, o seu desenvolvimento, etiologia, consequências, prevalências, diagnóstico e tratamentos. Comtemplando-se que a Síndrome do Respirador Bucal é a respiração total ou parcial pela boca. Tendo a rinite alérgica e o aumento no tamanho das amígdalas e/ou de adenoide, como sua causa mais frequente. Dificultando a passagem do ar pelo nariz e pelas vias aéreas superiores, fazendo com que a criança respire pela boca. É importante ressaltar que no processo de diagnóstico e tratamento este trabalho é feito por diversos profissionais da área da saúde, sendo necessário uma equipe multidisciplinar. Contendo, otorrinos, pediatras, alergistas, fonoaudiólogos e até mesmo os fisioterapeutas. Se diagnosticada precocemente quando ainda criança, inibimos o agravamento de maloclusões e alterações orofaciais, fazendo assim com que o indivíduo tenha um estilo de vida mais saudável e menos traumático.

Palavras-Chave: Respirador Bucal, Multidisciplinar, Ortodontia, Odontopediatria, Diagnóstico Precoce.

ABSTRACT

The main objective of this work is to review the literature on the importance of early diagnosis and treatment of Mouth Breathing Syndrome. Thus, highlighting its development, etiology, consequences, prevalence, diagnosis and treatments. It is contemplated that Mouth Breathing Syndrome is total or partial breathing through the mouth. Having allergic rhinitis and the increase in the size of the tonsils and/or adenoid, as its most frequent cause. Making it difficult for air to pass through the nose and upper airways, causing the child to breathe through the mouth. It is important to emphasize that in the process of diagnosis and treatment, this work is done by several health professionals, requiring a multidisciplinary team. Containing, ENTs, pediatricians, allergists, speech therapists and even physiotherapists. If diagnosed early when still a child, we inhibit the worsening of malocclusions and orofacial alterations, thus making the individual have a healthier and less traumatic lifestyle.

Keywords: Mouth Breather, Multidisciplinary, Orthodontics, Pediatric Dentistry, Early Diagnosis.

INTRODUÇÃO

A respiração é uma das funções vitais do organismo, que ocorre fisiologicamente através do nariz, estando associada a funções normais de mastigação, deglutição, postura da língua e lábios, além de proporcionar ação muscular correta que estimulam adequado crescimento facial, dentário e influencia no desenvolvimento ósseo.

Os dentes ocupam uma posição de equilíbrio, correspondente ao local onde forças opostas, provenientes da musculatura intrabucal (língua) e extrabucal (bochechas e lábios), neutralizam-se. Diante de obstáculos presentes ao longo das vias aéreas, que as obstruem ou resistem à passagem do ar, a respiração bucal passa a ser um via alternativa, onde a morfologia da região dentoalveolar é modificada e uma má oclusão pode ser determinada.

Os respiradores bucais sofrem um desequilíbrio muscular, ósseo e tegumentar da face, que se pode vir a refletir na morfologia crânio-facial, devido às medidas de adaptação sofridas. Deste modo, as estruturas dentofaciais têm um desenvolvimento alterado, sendo necessária especial atenção às mesmas, antes que sejam irreversíveis (Faria et al., 2002; Ferraz et al., 2007).

A Síndrome do Respirador Bucal (SRB) consiste em uma influência não genética, proveniente do modo de vida, determinante das más oclusões na primeira década de vida. Onde, os cirurgiões-dentistas estão entre os primeiros profissionais da área de saúde a entrar em contato com essa população. Sob esse aspecto, tornam-se peças-chaves para o diagnóstico de disfunções que possam afetar o desenvolvimento destes pacientes.

Quando o paciente não respira adequadamente pelo nariz e apresenta respiração bucal, ocorre ruptura do equilíbrio fisiológico, pela alteração da arquitetura dento-maxilo-facial, causando desenvolvimento assimétrico dos músculos, como dos ossos do nariz, maxila e mandíbula, e uma desorganização das funções exercidas pelos lábios, bochechas e língua. (Imbaud et al., 2006).

É importante o diagnóstico precoce do respirador bucal, já logo na fase infantil, pois 80% do crescimento facial ocorre até os 6 anos de idade (Freitas et al., 2002; Snodell; Nanda; Currier, 1993).

O diagnóstico desta patologia é essencialmente clínico. Consiste numa anamnese pormenorizada que engloba informações sobre as manifestações clínicas para o diagnóstico precoce e o tratamento mais adequado. Em seguida é efetuado o exame físico das cavidades nasais no qual se observa a coloração da mucosa nasal, o tamanho das conchas nasais inferiores e/ou médias e a presença ou não de secreções. É realizada uma exame completa da cavidade oral, do tamanho das amígdalas palatinas e também da anatomia do palato, que apresenta normalmente uma forma ogival (Li e Lee, 2009).

Para uma definição mais precisa das intervenções a realizar é necessário efetuar exames complementares após a anamnese e o exame físico. Estes são a radiografia de rinofaringe, a endoscopia nasal, avaliação alergológica, eletromiografia, telerradiografia de perfil e a polissonografia (Li e Lee, 2009).

O desenvolvimento ósseo tem também uma estreita ligação com a função respiratória, pois quando esta se encontra alterada, o equilíbrio entre os dois será modificado o que irá provocar deformações ao nível do desenvolvimento facial e do posicionamento dentário. Neste contexto, os respiradores bucais apresentam faces longas uma vez que, o tipo de respiração influencia o seu crescimento facial.

A síndrome da face longa inclui não só um crescimento excessivo da face, mas também incompetência labial,

estreitamento das narinas, protrusão dos incisivos superiores, rotação posterior da mandíbula e mordida cruzada posterior (Cintra et al.,2000).

São também notáveis as alterações da postura dos maxilares, da língua e da cabeça. Estas vão dar origem a um padrão respiratório alterado, com modificações no equilíbrio das pressões que atuam sobre os maxilares e os dentes, influenciando o crescimento de ambos e causando modificações morfofuncionais em todo o organismo, (Fieramosca et al.,2007).

A presença da respiração oral afetará não só o desenvolvimento normal do esqueleto facial, mas também a saúde geral do indivíduo. É de extrema importância a atuação de uma equipa multidisciplinar para obtenção de um diagnóstico precoce e tratamento adequado (Filho et al.,2006).

A respiração bucal é um problema multifatorial, por isso deve ser tratada por uma equipa multidisciplinar com a participação de profissionais especializados em diversas áreas, proporcionando um tratamento que compreenda pediatria, ortodontista, fonoaudiólogo, alergista, otorrinolaringologista, fisioterapeuta, e quando necessário psicólogos. Quando as alterações são diagnosticadas precocemente, a interdisciplinaridade permite diagnósticos mais precisos, possibilitando tratamentos eficazes, com medidas preventivas e interceptativas. Quanto mais rápido for o diagnóstico e a identificação dos fatores etiológicos, melhor será a elaboração do plano de tratamento, dispensando tratamentos longos e com recidivas, chegando a resultados mais precisos. O exame clínico satisfatório é obrigatório e deve ser feito de modo a analisar a saúde intra oral dos tecidos moles e duros, as condições dentofaciais, a estética facial, além da função das estruturas orofaciais (Marchesan, 1998).

O sucesso do tratamento do respirador bucal está diretamente ligado a um diagnóstico preciso, avaliando os fatores etiológicos e possíveis hábitos deletérios envolvidos, e um tratamento multidisciplinar, pois este proporciona melhores resultados com menor possibilidade de recidiva. (Rubin,1983).

DESENVOLVIMENTO

Etiologia da respiração bucal

Como função vital e inata do ser humano, a respiração deve ser realizada de modo fisiologicamente correto para proteger as vias aéreas superiores e propiciar o desenvolvimento satisfatório do complexo craniofacial. Uma vez alterada a forma da respiração, o organismo sofre uma série de modificações para se adaptar à nova situação imposta. As alterações ocorrem em vários segmentos e sistemas do organismo e podem trazer sérias consequências se não tratadas precocemente, pois, costumeiramente, acometem crianças no período de desenvolvimento (menezes et al., 2011).

Das causas etiológicas da respiração bucal está relacionada com hábitos cronicamente adquiridos e mantidos, como o uso prolongado de chupeta e mamadeira com bico inadequado e falta de aleitamento materno. A postura errada da mamadeira poderá dificultar a respiração pelo nariz, acarretando a respiração pela boca. A posição do bebê no berço pode ser também uma das causas da respiração bucal, pois se ele estiver mal posicionado não conseguirá respirar pelo nariz.

Existe ainda o hábito de respirar pela boca, apesar da possibilidade de respirar pelo nariz, que atualmente é denominada disfunção, isto é, o paciente não respira pelo nariz devido aos anos de obstrução real que o impediram de usar sua musculatura facial de maneira correta, seus lábios adquiriram uma posição incorreta, ocasionada pela hipotonia labial. Com isso, mesmo não havendo nada que o impeça de respirar pelo nariz ele não consegue respirar pela boca.

Das mais variadas causas das maloclusões, a respiração bucal é a mais potente, constante e variada em seus resultados, causando por esse motivo desenvolvimento assimétrico dos músculos, como dos ossos do nariz, maxila e mandíbula, é uma desorganização das funções exercidas pelos lábios, bochechas, e língua. É possível constatar que os efeitos da respiração bucal são sempre manifestados na face. O nariz é pequeno, curto, com asas retas; as bochechas ficam pálidas e baixas; a boca fica constantemente aberta; o lábio superior é curto; a mandíbula fica posicionada para trás e tem falta de desenvolvimento, sendo geralmente menor que o normal em seu comprimento, provavelmente devido a pressões não equilibradas dos músculos.

Hábitos deletérios em geral, os hábitos resultam da repetição de um ato que em sua essência primordial tem determinado fim. Assim, por exemplo, a sucção é realizada principalmente para obter alimento. Quando realizada sem fins nutritivos pela prática repetitiva pode condicionar a instalação de um hábito. Existem os bons hábitos e os hábitos indesejáveis que podem traduzir perversões funcionais. A respiração é automática e quando normal é realizada pelo nariz. Por várias razões poderá sofrer alteração e passar a ser realizada pela boca.

Diz-se que existem diversas etiologias para explicar o respirador predominantemente bucal, mas temos que ter conhecimento de uma etiologia multifatorial. Como etiologia da respiração predominantemente bucal, Sousa, 1999 cit. In Brito, 2011 refere a hipotonia da musculatura elevatória da mandíbula, postura viciosa e inflamação da membrana nasal.

Consequências da respiração bucal

Como causa principal da respiração bucal temos a obstrução nasal, que está vinculada a uma série de anomalias na morfologia facial, maxilar e dentária. Denominando-se por isso "síndrome da face longa". Quando o tratamento é precoce evita o agravamento da doença, afetando a arcada dentária, alterando a fonação, o esqueleto facial, a aparência do indivíduo e a sua qualidade de vida melhoram, pois o paciente com obstrução das vias aéreas superiores está constantemente doente, sentindo-se cansado devido à diminuição da qualidade do sono, chegando às vezes a ter problemas de insônia.

Estas alterações no modo respiratório interferem de maneira direta no desenvolvimento infantil, com alterações no crescimento do crânio e orofacial, na fala, na alimentação, na postura corporal, na qualidade do sono e no desempenho escolar (Branco; Ferrari; eber, 2007).

Com frequência, os respiradores bucais apresentam alterações comportamentais como: irritação, mau humor, sonolência, inquietude, desconcentração, agitação, ansiedade, medo, depressão, desconfiança, impulsividade e dificuldades de aprendizagem (menezes et al., 2011).

Alterações bucais do respirador bucal, a respiração bucal obriga o paciente a manter a boca aberta, para suprir a deficiência de ar respirado. Com isso o equilíbrio vestibulolingual é removido, alterando o equilíbrio da musculatura

facial. As alterações mais frequentes encontradas nos respiradores bucais são: Mordida cruzada devido ao estreitamento encontrado na maxila, Mordida aberta anterior, devido à falta de pressão do lábio superior sobre os incisivos e os dentes entreabertos para facilitar a respiração, isto causa o rompimento do equilíbrio de forças mantenedoras da oclusão. Palato ogival, pois a pressão negativa do ar entrando pela cavidade bucal, ao invés de entrar pelo nariz, faz com que o palato cresça para cima, provocando desarmonias oclusais e apinhamento devido a atresiado arco. Mento retraído. Gengivite crônica, devido ao ressecamento da mucosa oral e a um acúmulo de placa bacteriana, em consequência do excesso de muco aderido aos dentes. Alto índice de cárie.

As alterações e características do respirador bucal como a queda da mandíbula, musculatura labial, língua apoiada no assoalho bucal e as outras anteriormente citadas, alteram a microbiota bucal elevando a quantidade de microorganismos cariogênicos em consequência aumenta a suscetibilidade de cárie. A cárie é uma doença multifatorial que depende da interação de três fatores principais: o hospedeiro, representado pela saliva e pelos dentes; a microbiota e a dieta consumida. O respirador bucal tem o fluxo salivar diminuído pelo ressecamento ocorrido pela respiração bucal, diminuindo sua resistência aos microorganismos cariogênicos.

Segundo Luvarghi et al. (1999), durante a anamnese do cirurgião dentista, são comuns relatos onde a criança come de boca aberta, tem preferência por alimentos pastosos, costuma babar no travesseiro ao dormir, apresenta alterações de comportamento como sono agitado, irritabilidade e dificuldade de concentração, podendo ser acompanhado de queda do rendimento escolar e baixa aptidão esportiva.

Prevalências dos respiradores bucais

Segundo Vieira (2005), a respiração bucal é, dentre outros hábitos deletérios, o que mais comumente atua sobre a face e talvez o que produza nesta as consequências mais severas, e estima que 85% de todas as crianças apresentam algum grau de insuficiência nasal e quase 20% respiram habitualmente pela boca.

Piva et al. (2014) relata que a respiração bucal crônica é um sintoma frequente na infância e sua alta prevalência tem sido demonstrada em diferentes estudos, variando entre 53,3% a 55%, nas crianças em idade escolar.

Menezes et al. (2006) realizaram um estudo na Universidade de Pernambuco sobre a prevalência da respiração bucal, com 236 crianças entre 8 e 10 anos aplicando um questionário para identificação de alterações comportamentais das crianças, outro acerca de alterações faciais observadas ao exame visual e ainda testes respiratórios e verificaram que a maioria das crianças pesquisadas (53,3%) foi considerada como portador de respiração bucal.

Guimarães (2013) avaliou a prevalência da respiração bucal e maloclusão em 390 escolares de 8 a 10 anos de idade em estudo populacional transversal na cidade de Diamantina-MG, e observou que 11,8% das crianças eram respiradoras bucais e destas, 78,7% já apresentavam alguma maloclusão.

Sinais e sintomas pesquisados, tais como roncar, obstrução nasal diária, dificuldade de respiração noturna, fácies adenoideana e falta de selamento labial mostraram-se altamente associados a respiração bucal neste estudo e as alterações orofaciais relacionadas à respiração bucal também se mostraram fortemente associadas.

A prevalência elevada de respiração bucal encontrada em diversos estudos implica na necessidade de melhor

observação dos sinais e sintomas, pelo dentista, médico e pelo fonoaudiólogo, entre outros profissionais, pois a falta de diagnóstico precoce pode levar à piora das sequelas e até à redução na qualidade de vida da criança (Piva et al., 2014).

A face constitui unidade morfofuncional complexa, relacionada com as funções vitais, com a comunicação e, conseqüentemente, com a socialização. Por isso, deve ser examinada no seu todo e tratada em sua integridade estrutural e funcional. Os estudos pressupõem observações interdisciplinares que relacionam forma-postura-função com o crescimento e desenvolvimento craniofaciais, cujos resultados repercutem no diagnóstico, no tratamento e na prevenção de eventuais alterações. Quando as alterações são diagnosticadas precocemente, a interdisciplinaridade permite diagnósticos mais precisos, possibilitando tratamentos eficazes, com medidas preventivas e interceptativas (Ianni Filho; Bertolini; Lopes, 2006).

O DIAGNÓSTICO DO PACIENTE RESPIRADOR BUCAL

O paciente deve ser avaliado integralmente, com enfoque nas características da respiração bucal, que analisadas em conjunto e não isoladamente fecham um diagnóstico, permitindo um tratamento em equipe. Esse tratamento geralmente engloba pediatra, alergista, otorrinolaringologista, ortodontista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta (Ianni Filho; Bertolini; Lopes, 2006).

O diagnóstico do respirador bucal precoce é de extrema relevância pois pode possibilitar intervenções mais precisas e eficazes (Hitos et al., 2009).

Para Krakauer 2003 e Silva 2011, a anamnese e o exame clínico devem ser feitos em conjunto, pois a respiração bucal tem implicações biológicas, fisiológicas e ortopédicas.

Enquanto levamos a história do paciente já estamos a observar sinais importantes apresentados por ele que indiquem problemas respiratórios. Os sinais mais comuns assim como as queixas principais, como já foram mencionados anteriormente são olheiras, cara triste, olhar perdido ou sem brilho, salivação excessiva ao falar, halitose, diminuição do olfato ou paladar, queixas de dor de ouvido frequentes dor nas costas, ronco e baba noturna, sono agitado, sonolência durante o dia, boca seca ao acordar, alterações vocais e menor rendimento físico e ou escolar.

O menor rendimento escolar no respirador bucal, não é por problemas intelectuais, mas sim porque o sono não tendo sido reparador, faz com que a atenção e concentração diurna fiquem menores, dificultando assim a pessoa que está a aprender o menor rendimento físico. Contudo isso ocorre porque o respirador bucal tem uma oxigenação diminuída preferindo, portanto, atividades que não exijam grandes esforços.

Segundo Marchesan et al., 1998, devem ser verificados alguns pontos no exame clínico. Então, o primeiro momento é sempre para avaliar a postura corporal como um todo, quando se vai buscar um paciente à sala de espera ou quando o mesmo entra no nosso consultório, devemos observar atentamente como é a postura do corpo e da cabeça em relação aos ombros. Depois solicitaremos que ele fique em pé de frente, de costas e de perfil, para que possamos fazer anotações mais precisas. Deveríamos dividir o exame avaliando o paciente anatomicamente e funcionalmente. Anatomicamente vamos examinar a face interna e externamente vamos observar sempre a simetria ou assimetria, o tônus e a postura das estruturas examinadas. Externamente podemos observar: Olhos, Nariz, Orelhas, Bochechas, Lábios

e o Mento.

Durante a avaliação funcional, analisamos minuciosamente a respiração bucal e suas implicações biológicas, fisiológicas e ortopédicas e Internamente: Língua, Dentes, Palato, Amígdalas e Bochechas (Marchesan, 1998).

Um dos instrumentos utilizados para avaliar o modo de respiração é o espelho de Glatzel, que mede o fluxo de ar nasal através da condensação do ar inspirado numa placa de metal e serve para indicar possíveis obstruções nasais (Moyers, 1987).

TRATAMENTOS E A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

As condutas terapêuticas em virtude da complexidade da síndrome do respirador bucal e da diversidade de órgãos e estruturas comprometidas, o diagnóstico deve ser realizado por otorrinolaringologista, ortodontista e fonoaudiólogo. É essencial a determinação do fator etiológico bem como a análise de outras alterações, nos contextos físico, emocional e social, que comprometem a saúde e a qualidade de vida do indivíduo (Branco; Ferrari; Weber, 2007; Menezes et al., 2011).

Assim, são de grande importância o diagnóstico e o encaminhamento precoce aos especialistas, quando ainda não foram desenvolvidas deformações ósseas na face, alterações cardiorrespiratórias, imunológicas e comportamentais (Menezes et al., 2011).

A correção ortodôntica nos pacientes respiradores bucais tende a se manter adequada se a oclusão alcançada ao final do tratamento se harmonizar com a musculatura do paciente. O tratamento fonoaudiológico tem por objetivo a normalização do tônus da musculatura orofacial, obtendo um equilíbrio funcional muscular, bem como o desenvolvimento de novos hábitos posturais. Assim, a ortodontia, que trata da forma, e a fonoaudiologia, que cuida da função, têm de trabalhar em conjunto, avaliando as possibilidades, trocando informações e planejando o melhor tratamento (Bervian; Rodrigues, 2010).

Se por um lado o ortodontista deve preocupar-se com a prevenção do crescimento facial desfavorável e ajudar no diagnóstico inicial de possíveis causas obstrutivas nasofaríngeas, por outro, sua atuação é muito expressiva no tratamento das deformidades dentoesqueléticas faciais em pacientes crianças, adolescentes e adultos que por motivos diversos (ambientais e/ou genéticos, incluindo a respiração bucal) desenvolveram alterações morfológicas dentofaciais (Ianni Filho; Bertolini; Lopes, 2006).

Nessa equipe multidisciplinar, a fisioterapia possui papel fundamental, apesar de a literatura apresentar poucos relatos de sua atuação na reabilitação de indivíduos portadores da respiração bucal. Para que esses objetivos sejam atingidos, e levando em consideração as características físicas específicas de cada indivíduo, os fisioterapeutas utilizam as seguintes técnicas fisioterapêuticas: padrões ventilatórios musculares com objetivos de estimular a musculatura diafragmática, incentivar a inspiração nasal e melhorar a capacidade inspiratória; exercícios de alongamento da cadeia posterior quanto da cadeia respiratória, das cadeias anteriores do braço, ântero-interna do ombro e ântero-interna do quadril e exercícios de fortalecimento muscular (Barbeiro; Vanderlei; Nascimento, 2002).

Como essas alterações são de instalação progressiva, nem sempre são percebidas pelos familiares e, sendo o

ideal diagnosticar o respirador bucal o mais precocemente possível, cabe ao médico pediatra suspeitar tratar-se de um respirador bucal a criança que apresentar lábios afastados, comer e respirar pela boca, mastigar pouco, tiver dificuldades para se alimentar de produtos sólidos, apresentar acúmulo de saliva e troca de fonemas.

Uma importante contribuição do profissional pediatra é a orientação aos pais quanto aos fatores agravantes como sucção de dedo ou chupeta não ortodôntica e o uso precoce de mamadeira inadequado. Deve ainda estimular o aleitamento materno, que contribui para o desenvolvimento da musculatura orofacial e diminuir hábitos deletérios da sucção (Ianni Filho; Bertolini; Lopes, 2006).

Segundo Luvarghi et al. (1999), como com frequência os respiradores bucais apresentam também alterações comportamentais, o diagnóstico precoce da respiração bucal, objetivam, além de evitar ou minimizar as alterações bucodentais, reduzir o comprometimento do ajuste psicossocial.

É fundamental que cada especialidade profissional tenha conhecimento das diversas áreas atuantes na reabilitação do respirador bucal e dos objetivos em comum no tratamento, procurando falar a mesma linguagem e realizar a prevenção conjuntamente, não trabalhando isoladamente com foco restrito em sua área de atuação. Terapias isoladas dificilmente possibilitarão a normalização morfofuncional da face, com recuperação da saúde e função (Ianni Filho; Bertolini; Lopes, 2006).

CONCLUSÃO

A importância de um diagnóstico e tratamento precoce da síndrome do respirador bucal, em consequência de uma correta análise é extremamente importante para um resultado ortodôntico com sucesso ou para evitar o agravamento da má oclusão de pacientes predispostos a alterações oro-faciais. O ortodontista é quem vai observar o crescimento da face da criança, contudo, ele deveria, conforme cada caso específico, consultar seus colegas otorrinos, pediatras, alergistas e fonoaudiólogos, para ter maiores condições de promover um desenvolvimento facial correto.

Evitando complicação tanto na cavidade oral como facial do paciente. O tratamento precoce evita que futuramente seja necessário um tratamento ortodôntico corretivo ou às vezes até cirúrgico.

Conforme foi descrito, a diversidade de adaptações e consequências, leva a uma variedade de áreas médicas tão grande, que obriga a uma intervenção multidisciplinar de cada caso, destacando a necessidade de um trabalho em equipe e o conhecimento de diversas áreas que atuam no seu diagnóstico e tratamento. As áreas de otorrinolaringologia, odontológica, ortopedia, fisioterapia, alergologia, nutrição, terapia da fala e psicologia, são as de maior envolvimento.

O papel do cirurgião dentista é de grande interesse, pois pelo seu campo de atuação, tem acesso a um fácil diagnóstico de primordial importância, bem como intervenção no tratamento.

Ao cirurgião dentista clínico geral, compete-lhe o diagnóstico e tratamento preventivo e interceptivo (educação e eliminação de hábitos), e quando necessário, encaminhamento para a área de ortodontia.

Ao ortodontista, compete-lhe naturalmente todo o acompanhamento do caso, até ao tratamento curativo / corretivo, maioritariamente das vezes através de disjunção palatina.

Baseando-se na análise dos sinais e sintomas característicos da presença da respiração bucal é perfeitamente possível para os cirurgiões-dentistas a realização de um correto diagnóstico dessa disfunção.

A precocidade desse diagnóstico é fundamental, tornando possível a realização de um tratamento imediato e impedindo que as alterações causadas pela respiração bucal em uma criança jovem, evoluam até a instalação da "Síndrome da Face Longa".

O tratamento adequado dos pacientes respiradores bucais, em qualquer nível, não será bem sucedido e sem a integração entre diversos profissionais, principalmente otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, alergistas e cirurgiões dentistas.

Contudo podemos concluir que a síndrome do respirador bucal é hoje um problema atual, de elevados casos, com grande influência negativa na qualidade de vida de cada indivíduo. O seu diagnóstico precoce permite, dentro de uma equipa multidisciplinar, uma mais rápida intervenção e resposta terapêutica, minimizando todas as consequências descritas, e permitindo o mais normal crescimento de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

ANGLE EH. **Treatment of malocclusion of the teeth** . 7th ed, Philadelphia, S. S. White Dental Mfg. Co., 1907.

CARVALHO R. C. **Síndrome do Respirador Bucal: Revisão de Literatura** Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Odontologia Uberlândia – 2017.

DELLA, J. V. P. **Importância do diagnóstico precoce da respiração bucal: criação de folder ilustrativo**. VICENTE POSSAMAI DELLA. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA. Tubarão 2018.

Desotti, M.. **Respiração bucal : a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce para o tratamento multidisciplinar**. I Marcelo Desotti. Piracicaba, SP: [s.n.], 2002. 73f.

REV. BRAS **Respiração bucal, obstrução das vias respiratórias, alteração oclusal**. Alerg. imunopatol. 2000; 23(2):78-83

RODRIGUES S. F. S. **Respiração bucal: implicações biológicas, fisiológicas e ortopédicas**. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde

SANTOS CAO, SOUZA RLF, SILVA KR, PEREIRA SCC, PAULINO MR, CARVALHO AAT, BATISTA MIHM. **Síndrome do respirador bucal: prevalência das alterações no sistema estomatognático em crianças respiradoras bucais**. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2018 jul/set 30(3)265-274

SANTOS, M. L. N. M. **Respiração Bucal: as alterações oro-faciais**. Universidade Fernando Pessoa. Mestrado Integr