

PROGRAMA CRESCENDO COM UM SORRISO: PROPOSTA PARA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇAS COM RESPIRAÇÃO BUCAL

**DARLAN RADTKE BERGMANN¹; GABRIELLA DA ROSA DUTRA²; DOUVER
MICHELON³ THIAGO ANDRADE⁴, CATIARA TERRA DA COSTA⁵, MARCOS
ANTÔNIO PACCE⁶**

¹*Universidade Federal de Pelotas - FO – darlanrb@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas - FO – gabriella_dutra@hotmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas - FO – douvermichelon@gmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas - FO – thiagoandr@hotmail.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas - FO – catiaraorto@gmail.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas - FO – semcab@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

No Brasil muitos esforços tem sido implementados para promover a saúde infantil, incluindo projetos e políticas públicas focadas na área Odontológica. Em razão disso muitos resultados positivos têm sido obtidos com a diminuição de índices básicos importantes, como a mortalidade infantil, desnutrição e a ocorrência da cárie dentária. Contudo, o equilíbrio da saúde infantil e o desenvolvimento saudável envolvem um número expressivo de necessidades que extrapolam grandemente os parâmetros básicos mencionados.

Problemas importantes de saúde infantil têm origem em disfunções orofaciais, no entanto são os problemas infecciosos agudos que em geral ganham prioridade na atenção à saúde da criança. Grande parte das desordens funcionais crônicas ocorrem e permanecem por falta de informação, dificuldade dos responsáveis pela criança em alcançar assistência profissional, falta de implementação de protocolos eficientes, ausência de alternativas terapêuticas mais acessíveis e por condições econômicas desfavoráveis.

O programa “Crescendo com Um Sorriso” (Proext/2015) tem em seu escopo o planejamento de ações voltadas para a promoção de saúde da criança em parceria com escolas e instituições. Essas atividades estão dirigidas para fomentar hábitos favoráveis a saúde e prevenir desordens orofaciais funcionais, impedindo que se tornem um problema clínico mais significativo.

Por outro lado, para amparar aquelas crianças que apresentam problemas estabelecidos, no programa ocorre o desenvolvido do projeto “Núcleo de Atenção às Disfunções Orofaciais na Criança” (NADOC-FO/FPel), que abarca um serviço de assistência especial à crianças com disfunções orofaciais e problemas ortodônticos decorrentes. Nesse projeto, além de uma assistência clínica dirigida ao público infantil, são também realizadas ações voltadas para a consolidação de instrumentos que qualifiquem as próprias a atividades desenvolvidas, como a seleção de terapêuticas alternativas, mais acessíveis, mais eficientes e outros.

A respiração bucal é uma disfunção respiratória importante, e na maioria dos casos surge na infância. A prevalência é elevada na população infantil, fazendo desse um problema de saúde pública. Um estudo realizado por Felcar et al. (2010), na cidade de Londrina, no Paraná com 496 crianças de uma escola fundamental, encontrou uma prevalência de respiradores bucais nesta população de 56,8%. A etiologia em geral é multifatorial, sendo a obstrução crônica das vias aéreas superiores o fator etiológico preponderante em cerca de 80% dos casos. Muitas vezes ocorre um ciclo etiológico em que ocorre encadeamento de fatores predisponentes, hábitos e fatores etiológicos propriamente ditos, o que levam a

perpetuação ou intensificação do problema (BARROSO, 1997). As consequências morfológicas, fisiológicas e psicológicas podem ser muito intensas, afetando de sobremaneira a qualidade de vida dos pacientes (DURAN e FERRAZ, 2001). Embora possa ser normal eventualmente respirar pela boca (JORGE, ABRÃO, CASTRO, 2001), quando a criança faz uso contínuo da cavidade oral na respiração, deixa de usar da musculatura intercostal, passando a utilizar predominantemente o diafragma para respirar. Essa mudança na fisiologia da respiração leva por sua vez a diversas consequências, como a mudanças na postura corporal global, menor taxa de oxigênio circulante na corrente sanguínea, dificuldades no sono e de concentração diurna (BARROSO, 1997). As obstruções provocadas pela hipertrofia de amígdalas e adenoides induzem as crianças com respiração bucal crônica a assumirem uma postura crânio-cervical protrusiva, promovem maior incidência de apneias no sono, o que por sua vez pode provocar episódios de hipóxia e desconforto físico e psicológico ao dormir (DURAN e FERRAZ, 2001).

O crescimento facial e o desenvolvimento da oclusão em crianças com respiração bucal crônica apresentam comprometimentos e alterações significativas bem conhecidas (DI FRANCESCO et al., 2015). A face pode exibir crescimento vertical excessivo, além disso, por decorrência das alterações no mecanismo bucinador os pacientes exibem incidência elevada de mordida cruzada, mordida aberta, protrusão lingual, deglutição atípica e alterações fonoaudiológicas (ABREU et al, 2008).

Segundo Barroso (1997) o diagnóstico e o tratamento precoce da respiração bucal auxiliam na prevenção das alterações orofaciais decorrentes. Entretanto, apesar de ser possível encontrar publicações que ofereçam propostas para um exame de clínico (QUINN, 1983), ou livros clássicos com orientações para a condução do diagnóstico (MOYERS, 1991) dirigido ao paciente infantil com suspeita de respiração bucal, a literatura permanece deficiente de protocolos completos e bem estabelecidos, que venham a abranger a anamnese, exame clínico dirigidas a um diagnóstico qualificado.

A meta desse trabalho foi elaborar diretrizes para um formulário de anamnese em conjunto com um protocolo de exame clínico acessível ao odontopediatra, ao ortodontista, ao clínico não especializado, ao fonoaudiólogo e a outros profissionais da saúde interessados no tema. O objetivo principal é a caracterização de uma ferramenta objetiva e prática, que preserve a abordagem multidisciplinar necessária para qualificar e sistematizar as rotinas de atendimento do público infantil.

2. METODOLOGIA

Foi realizada a estruturação de um conjunto de diretrizes para a anamnese, associadas ao estabelecimento de um protocolo de exame clínico, usando como referência o conhecimento clássico e uma revisão de literatura com base nos descritores: Respiração Bucal, Protocolos, Anamnese e Exame físicos. Assim, foi elaborado um formulário de múltipla escolha, contendo um elenco de questionamentos dirigidos ao paciente, que agrupam um coleta de dados ampla e versátil, racionalizada de modo a abrigar as informações consideradas mais importantes para o diagnóstico da respiração bucal crônica (DI FRANCESCO et al., 2015).

A coleta de informações em torno do tema foi elaborada também para contemplar às principais necessidades relacionadas as especialidades de Odontopediatria, Ortodontia, e em menor escala Fonoaudiologia. Os

questionamentos presentes no formulário e o roteiro de exame clínico foram selecionados com base em fontes não somente de especialidades citadas anteriormente, mas também de publicações em outras áreas biomédicas, como a Fisiatria, Pediatria, Medicina do sono e Ortopedia.

O roteiro para a realização do exame clínico foi constituído de um formulário acompanhado de um guia ilustrado para facilitar sua aplicação prática. Esse material foi elaborado como resultado da análise e seleção de procedimentos encontrados na literatura. Os passos clínicos foram fotografados e os roteiros organizados de forma que fossem capazes de oferecer uma avaliação prática e objetiva das seguintes condições na criança: postura corporal, postura da região crânio-cervical, desvios da linha mediana, postura e selamento labial, tonicidade da musculatura alar, permeabilidade das vias aéreas superiores, verificação da presença de obstruções nas fossas nasais, exame das funções linguais, exame das condições oclusais e avaliação elementar das condições das amígdalas palatinas. Os procedimentos de exame referentes às demais especialidades, que não Odontopediatria e Ortodontia, foram estruturados em sua forma e complexidade para se manterem acessíveis ao profissional da Odontologia, com o interesse em proporcionar substrato para o correto e oportuno encaminhamento aos demais profissionais da saúde, caso isso se faça necessário durante o exame.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento do trabalho levou a consolidação final de um protocolo que atingiu a meta proposta e contemplou o objetivo principal. O instrumento gerado é capaz de ser usado como ferramenta multidisciplinar na clínica diária, está embasado cientificamente, sua organização proporciona uma apreciação clara e objetiva e aborda os referenciais ligados ao problema clínico em foco. Foi verificado que os procedimentos indicados no mesmo conduzem o profissional a realizar uma sequencia de passos clínicos racionais que levam a uma avaliação sistemática, ampla e mais completa de crianças com suspeita de respiração bucal crônica. O protocolo final agregou aspectos propostos Quimm (1998), Moyers (1991) e diversos outros autores.

Os problemas de saúde na infância ligados não somente a respiração bucal, mas as demais disfunções orofaciais, parafunções e hábitos orais deletérios apresentam demandas bastante amplas e diversificadas, e sobretudo são mais recorrentes em crianças com menos acesso a educação e saúde(BARROSO, 1997). Essas desordens originam importantes necessidades médicas, psicológicas, fisiátricas, fonoaudiológicas e odontológicas, levando ao aparecimento de problemas que vão desde aqueles mais simples até alguns com nível muito elevado de complexidade(ABREU et al, 2008). Entretanto, ainda que muito se diga sobre a integração multidisciplinar de áreas da saúde em benefício dos pacientes, a efetivação prática do conceito na realidade brasileira enfrenta barreiras graves. Muitas dessas limitações estão ligadas às condições econômicas e de infraestrutura dos serviços públicos de saúde e ausência de sistematização de procedimentos. Nesse contexto as ações do programa estão direcionadas para racionalizar protocolos que possam ampliar sua realização em uma prática multidisciplinar, bem como concorrer na busca por formas eficientes e mais acessíveis ao público infantil menos privilegiado.

4. CONCLUSÕES

O produto resultante da realização do trabalho se encontra em aplicação prática no andamento projeto NADOC na clínica infantil da Faculdade de Odontologia/UFPel. As primeiras experiências de uso dessa ferramenta tem representado um passo adiante na qualificação da assistência prestada ao público infantil. O uso do protocolo também oferece aos alunos de graduação envolvidos no projeto um avanço na percepção sobre o valor do uso de ferramentas de sistematização em atividades clínicas, possibilitando ampliar sua formação profissional com um treinamento clínico diferenciado. Ainda que diversas outras plataformas de trabalho sejam necessárias, essa experiência representou um estímulo para os discentes colocarem em prática a integração da pesquisa, ensino e extensão.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, R. R. et al. Etiologia, manifestações clínicas e alterações presentes nas crianças respiradoras orais. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 84, n. 6, p. 529-535, nov./dez. 2008.

BARROSO, B.G. **Diagnóstico e prevenção dos distúrbios miofuncionais:** a receita de uma face sadia. Paraná 1997. Disponível em:<<http://www.mps.com.br/dismio.htm>>. Acesso em 15 jun 2015.

DI FRANCESCO, R. C. et al. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. *Rev. Bras. Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 70, n. <5, p. 665-670, set./out. 2004> Acesso em 15 jun 2015.

DURAN, A. L.; FERRAZ, M. J. P. C. Qualidade de vida e a respiração bucal. Disponível em <<http://www.profala.com/arttf58.htm>>. Acesso em: 02 outubro 2010. JORGE, E. P.; ABRÃO, J.; DE CASTRO, A. B. B. A. T. **Revista Dental Press Ortodontia Ortopedia Facial**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-58, mar./abr. 2001.

FELCAR J.M. et al. Prevalence of mouth breathing in children from an elementar school. **Ciência & Saúde Coletiva**. n. 5, v. 2, pp. 437-44. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a20.pdf>. Acesso em 15 jun 2015.

MOYERS, R. E. **Ortodontia**. 4. Ed .Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. p. 483, 1991.

QUINN, G.W. Airway interference syndrome. Clinical identification and evaluation of nose breathing capabilities. **Angle Orthod**; v. 53, n.4, pp. 311-9, 1983.