

# recomendações

## Atualização de Condutas em Pediatria

Departamentos Científicos SPSP  
Gestão 2016-2019

# 83

Março  
2018



**Grupo de Trabalho  
Saúde Oral**

Sucção e  
respiração oral no  
desenvolvimento  
da dentição

**Departamento de  
Gastroenterologia**

O que é refluxo  
gastroesofágico?



Diretoria de Publicações  
**Sociedade de Pediatria de São Paulo**

[www.spsp.org.br](http://www.spsp.org.br)

# Sucção e respiração oral no desenvolvimento da dentição

A presença de hábitos de sucção e da respiração oral na infância tem correlação direta com alterações da oclusão dentária e do desenvolvimento craniofacial. Os pais e pediatras precisam estar conscientes desse fato, receber orientações preventivas e as possibilidades de tratamento assim que esses distúrbios dentários e funcionais estejam se instalando.<sup>1,2</sup>

São considerados hábitos orais deletérios: sucção de chupeta, sucção digital, sucção de língua e lábios, uso de mamadeira e respiração oral. Vários estudos mostram que esses hábitos são fatores etiológicos decisivos na prevalência de oclusopatias.<sup>3,4</sup> Chupeta, sucção digital e respiração oral são fatores de risco para mordida aberta<sup>3,5</sup> e para mordida cruzada posterior (Figura 1 e Figura 2).<sup>3</sup> Considera-se também que as oclusopatias presentes na dentição decídua (primeira dentição) são fatores de risco para a dentição mista e permanente.<sup>6</sup>



**Figura 1**  
Mordida aberta anterior devido à sucção de chupeta em criança de 4 anos de idade. Dentição decídua (primeira dentição; dentes de leite). Observa-se que os dentes anteriores superiores (incisivos) não encostam nos dentes inferiores, levando à mordida aberta anterior. A presença da chupeta interfere na completa erupção dos dentes anteriores, prejudicando a função de corte e facilitando a interposição da língua.



**Figura 2**  
Mordida aberta anterior devido à sucção de dedo em criança de 8 anos de idade. Dentição mista apresenta alguns dentes permanentes e alguns dentes decíduos (de leite). A presença do dedo tem maior efeito nocivo na posição dos dentes anteriores, abre a mordida e leva à protrusão da maxilar.

**Autora:**

Patrícia Camacho Roulet

**DEPARTAMENTO DE  
GRUPO DE TRABALHO  
SAÚDE ORAL**

Gestão 2016-2019

**Coordenador:**

Sylvia Lavínia M. Ferreira

**Vice-coordenador:**

Cristina G. Del Conte

**Secretário:**

Vera Regina M. Dishchenian

**Membros:**

Adriana Cátia Mazzoni, Carla Todescan, Doris Rocha Ruiz, Liliána Takaoka, Lucia Coutinho, Maria do Carmo Bertero, Patrícia Camacho Roulet, Regina Donnamaria Moraes, Renata C. Di Francesco, Sílvia Chedid.

### Expediente

**Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo**  
Triênio 2016 – 2019

**Diretoria Executiva Presidente:**

Claudio Barsanti

**1º Vice-Presidente:**  
Lilian dos Santos R. Sadeck

**2º Vice-Presidente:**  
Marcelo Pinho Bittar

**Secretário Geral:**  
Mária Fernanda B. de Almeida

**1º Secretário:**  
Sulim Abramovici

**2º Secretário:**  
Fábio Eliseo F. Álvares Leite

**1º Tesoureiro:**

Mário Roberto Hirschheimer

**2º Tesoureiro:**

Gláucia Veiga Corrêa

**Diretoria de Publicações**

**Diretora:**

Cléa Rodrigues Leone

**Coordenadora editorial:**

Paloma Ferraz

**Assistente editorial:**

Rafael Franco

**Departamentos**

**Científicos**

**Diretoria Executiva:**

Renata Dejtiar Waksman

**Departamentos**

**Científicos:**

Rubens Feferbaum

**Grupos de Trabalho**

**e Núcleo de Estudo:**

João Coriolano Rego

Barros



**Produção editorial:**

Luce Editora e Artes Ltda.

**Editora:**

Lucia Fontes

**Revisão:**

Paloma Ferraz

**Imagem de capa:**

© Selvam Raghupathy

Dreamstime.com

O tratamento preventivo das oclusopatias e da respiração oral inicia-se na amamentação, que é o melhor estímulo de desenvolvimento das funções orofaciais, pois o esforço muscular realizado pelo bebê com a boca e demais estruturas relacionadas tonifica a musculatura da face, língua, lábios e bochecha, propiciando o vedamento labial que vai auxiliar na instalação do padrão da respiração nasal. Pode-se constatar em estudos de revisão sistemática e metanálise que a amamentação diminui o risco de oclusopatias.<sup>7</sup>

Sabe-se que, quanto maior o tempo de amamentação, menor o risco de aquisição de hábitos de sucção não-nutritivos.<sup>8</sup> As consequências dos hábitos orais na harmonia das arcadas dependem da frequência e da duração desses costumes. Observou-se que crianças com curto período de amamentação (inferior a seis meses) apresentaram quatro vezes mais chance de possuírem o hábito de chupeta. Crianças com hábito de sucção de chupeta por mais de três anos evidenciaram maior possibilidade de terem alterações de protrusão maxilar e aquelas com hábito de sucção digital prolongado estiveram mais propensas à mordida aberta anterior.<sup>9</sup>

### Porque as crianças começam a respirar pela boca?

Quando ocorre o bloqueio das vias nasais por qualquer motivo, a criança reage respirando pela boca. Após a eliminação da causa da obstrução, a respiração nasal deve voltar ao normal. Entretanto, se os problemas respiratórios tornam-se frequentes, a recuperação plena da respiração nasal pode não se restabelecer, diminuindo o estímulo necessário para o desenvolvimento espacial das fossas nasais e dos seios



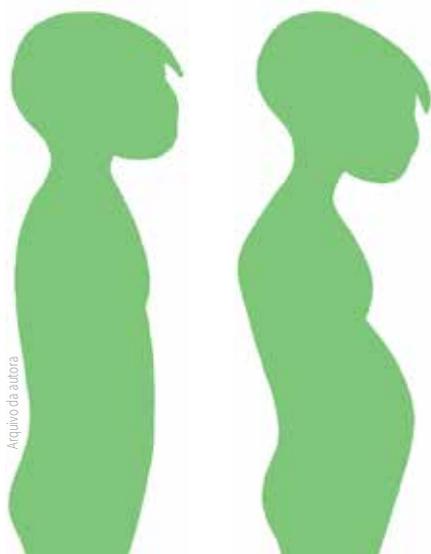
**Figura 3**

Criança de 8 anos de idade que apresenta síndrome do respirador oral. Observa-se a face característica do respirador oral: olhos caídos, olheiras e narinas estreitas, lábio superior curto e falta de selamento labial.

maxilares. Os lábios permanecem sem contato e se tornam hipotônicos e a língua abaixa para assoalho bucal e passa, assim, a não estimular mais o palato, levando à atrofia deste e do arco dentário superior.<sup>10</sup>

O respirador oral apresenta as seguintes características:<sup>10</sup>

- Alterações faciais: olhos caídos, olheiras e narinas estreitadas (Figura 3);
- Alterações posturais (Figura 4): fraqueza ou tensão de músculos (peitorais, escapulares, pescoço, região lombar, anteriores do quadril e tendão dos isquiotibiais), ombros para frente comprimindo o tórax, vícios posturais (cabeça, lordose/cifose, escápulas, pelve), ventre proeminente, alterações na planta dos pés, dor em coluna, etc.;
- Alterações nos órgãos fonoarticulatórios: lábio superior curto, lábio inferior evertido, falta de selamento labial, ressecamento labial, língua no assoalho da boca;
- Alterações das funções estomatognáticas: alterações na mastigação e na deglutição;
- Alterações da oclusão dentária: mordida aberta anterior, sobremordida, mordida cruzada, retrognatismo, falta de espaços para os dentes anteriores (Figura 5);



Arquivo da autora

**Figura 4**  
 Comparação entre a postura do respirador nasal (à esquerda) e respirador oral (à direita). O respirador oral apresenta ombros para frente comprimindo o tórax, vícios posturais (cabeça, lordose/cifose, escápulas, pelve) e ventre proeminente.

- Alterações craniofaciais: crescimento facial predominantemente vertical, ângulo goníaco aumentado, pála-to estreito e profundo, alterações na ATM (articulação temporomandibular);
- Alterações psíquicas: ansiedade, impulsividade, hiperatividade, agressividade, falta de concentração e dificuldades escolares;
- Outras alterações: alteração do sono, ronco, baba e enurese noturna, cansaço frequente, sonolência diurna, inapetência, falta de coordenação global e menor rendimento físico.

Na Síndrome do Respirador Oral é indicado o tratamento transdisciplinar, envolvendo profissionais das seguintes especialidades, dentre outras: Otorrinolaringologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Odontologia - Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.

Cada paciente deve ser avaliado individualmente, de acordo com a idade e gravidade do caso e a interação e diálogo entre os profissionais envolvidos no tratamento é fundamental para correção do problema.

Deve-se incentivar a manutenção das vias aéreas sempre limpas e desobstruídas, pois é importante para o desenvolvimento harmônico da face e dos ossos maxilares.<sup>11</sup> A limpeza é feita com soro fisiológico (solução salina 0,9%), injetado em seringas descartáveis de 5mL, sem o uso da agulha. Pode estar associada à massagem nasal lateral, através de movimentos circulares com o dedo indicador na região nasal lateral, 10 vezes de cada lado. Posteriormente, a criança assoa um lado do nariz por vez, em lenço de papel, retirando toda a secreção.<sup>12</sup>

O tratamento ortopédico funcional e/ou ortodôntico

### Referências:

1. Roulet PC, Chedid SJ, Corrêa FN, Corrêa MS. Estágios iniciais das oclusopatias na primeira infância. In: Chedid SJ, editor. Ortopedia e ortodontia para a dentição decidua: atendimento integral ao desenvolvimento da oclusão infantil. São Paulo: Santos; 2013. p.195-221.
2. Grippaudo C, Paolantonio EG, Antonini G, Saulle R, La Torre G, Deli R. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2016;36:386-94.
3. Corrêa-Faria P, Ramos-Jorge ML, Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Marques LS. Malocclusion in preschool children: prevalence and determinant factors. Eur Arch Paediatr Dent. 2014;15(2):89-96.
4. Lopes Freire GM, Espasa Suarez de Deza JE, Rodrigues da Silva IC, Butini Oliveira L, Ustrell Torrent JM, Boj Quesada JR. Non-nutritive sucking habits and their effects on the occlusion in the deciduous dentition in children. Eur J Paediatr Dent. 2016;17(4):301-6.
5. Lima AA, Alves CM, Ribeiro CC, Pereira AL, Silva AA, Silva LF, Thomaz EB. Effects of conventional and orthodontic pacifiers on the dental occlusion of children aged 24-36 months old. Inter J of Paed Dent. 2017;27:108-19.
6. Dimberg L, Lennartsson B, Amrup K, Bondermark L. Prevalence and change of malocclusions from primary to early permanent dentition: a longitudinal study. Angle Orthod. 2015;85(5):728-34.
7. Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Cesar Gomes Victora CG. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(467):54-61.



**Figura 5**

Criança com 4 anos de idade e síndrome do respirador oral. Dentição decidua. A língua permanece em posição inadequada (abaixamento da língua) que diminui o estímulo de crescimento na largura da maxila. Pode-se observar mordida cruzada posterior do lado direito do paciente associada à mordida aberta anterior.

tem como objetivo devolver a forma e a função das estruturas orais para permitir a melhora das condições da respiração, através de aparelhos fixos ou removíveis, além da correção dos dentes.<sup>10</sup>

### Tratamento ortopédico funcional

Como nos respiradores orais as funções orais estão seriamente comprometidas, a Ortopedia Funcional dos Maxilares atua diretamente sobre o sistema neuromuscular, que comanda o desenvolvimento ósseo dos maxilares, podendo levar os dentes a ocuparem suas posições funcionais e estéticas. Essa forma de atuação deve criar novos reflexos posturais (da língua, dos lábios e da mandíbula) e outra dinâmica mandibular que produza e mantenha a harmonia do Sistema Estomatognático.<sup>13</sup>

### Tratamento ortodôntico - ortopédico facial

A técnica da Expansão Rápida da Maxila ou Disjunção Maxilar é muito indicada para o tratamento do respirador oral, na fase da dentição mista. Porém, em alguns casos de crianças muito pequenas, que apresentem alto grau de dificuldade respiratória, a expansão rápida da maxila pode ser indicada dos três aos cinco anos de idade.<sup>10</sup> A consequência/resultado da expansão rápida da maxila é o aumento do fluxo aéreo nasal, melhorando a respiração nasal e também as atividades diárias, incluindo o desempenho escolar.<sup>14</sup>

Estudos realizados por meio de tomografias computadorizadas avaliaram os efeitos produzidos a curto prazo pela expansão rápida da maxila nas dimensões das vias aéreas superiores, bem como o impacto desta terapia na qualidade de vida. Verificaram que a expansão rápida da maxila promoveu um aumento significativo no volume das vias aéreas, da nasofaringe e cavidades nasais, assim como nas larguras anterior e posterior do piso nasal (2,8mm em média), com melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes respiradores orais com atresia maxilar.<sup>15</sup>

Assim, deve-se intervir tão logo estejam presentes esses fatores etiológicos de má oclusão para prevenir seu desenvolvimento ou agravamento e promover o crescimento equilibrado.<sup>2</sup>

8. Narbutytė I, Narbutytė A, Linkevičienė L. Relationship between breastfeeding, bottle-feeding and development of malocclusion. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. 2013;15(3):67-72.

9. Chen X, Xia B, Ge L. Effects of breastfeeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. *BMC Pediatr*. 2015;15:46-55.

10. Carvalho GD. SOS Respirador Bucal - uma visão funcional e clínica da amamentação. 2<sup>nd</sup> ed. São Paulo: Lovise; 2010.

11. Gribel MN, Silva JM, Cardoso ML, Gribel BF. Distúrbios de oclusão - reconhecimento, prevenção, orientação. In: Campos Jr D, Silva LR, Borges WG, editores. *Tratado de Pediatria - v.2*. 4<sup>th</sup> ed. São Paulo: Manole; 2017. p. 2359-68.

12. Melo AC, Gomes AO, Cunha DA, Lima SJ, Lima WR, Cunha RA, et al. Mudança nas áreas nasais em crianças com respiração oral após a limpeza e massagem nasal. *CoDAS*. 2016;28(6):770-7.

13. Simões WA. Princípios fundamentais da ortopedia funcional dos maxilares e suas características básicas. In: Simões WA, editor. *Ortopedia funcional dos maxilares - volume 1*. 3<sup>rd</sup> ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.56-74.

14. Torre H, Alarcón JA. Changes in nasal air flow and school grades after rapid maxillary expansion in oral breathing children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(5):865-70.

15. Izuka, EN, Feres MF, Pignatari SS. Immediate impact of rapid maxillary expansion on upper airway dimensions and on the quality of life of mouth breathers. *Revista Dental Press J Orthod*. 2015;20(3):43-9.