

# Síndrome do respirador bucal: a experiência clínica de profissionais de saúde de Vitória-ES

Karina SIPOLATTI Casotti<sup>1</sup>  
Elaine Cristina Vargas DADALTO<sup>2</sup>

## RESUMO

**Palavras-chave:** Respiração bucal, prevenção e controle, pré-escolar.

Data de recebimento: 5-5-2003  
Data de aceite: 26-7-2003

O objetivo foi avaliar as orientações preventivas prestadas por alergologistas, fonoaudiólogos, odontopediatras, otorrinolaringologistas e pediatras de Vitória-ES, em relação à síndrome do respirador bucal (SRB), na faixa etária de zero a cinco anos, sem indicação cirúrgica. A análise das respostas do questionário enviado mostrou que, dentre as orientações preventivas prestadas para a maioria das famílias, as mais comuns foram: mudar tipo ou condições do mobiliário do quarto, trocar a criança de cômodo, usar aspirador de pó, proibir ou desestimular o fumo em casa, fazer higiene nasal freqüente, incentivar aleitamento materno, orientar posição correta ao amamentar, impedir sucção de dedo, indicar suspensão da chupeta, orientar mastigação correta e realizar exame das arcadas. Os principais fatores responsáveis pelo insucesso das orientações foram: resistência da família e presença de processo crônico. Concluiu-se que a integração multidisciplinar deve ser valorizada, para que sejam abordados todos os aspectos envolvidos na SRB.

<sup>1</sup> Especialista em Odontopediatria – ABO – ES.

<sup>2</sup> Mestre em Odontopediatria pela UFRJ, professora de Odontopediatria da UFES e coordenadora do III Curso de Especialização em Odontopediatria da EAP – ABO – ES.



## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da face e da relação basal maxilomandibular depende de estímulos que ocorrem na amamentação materna, na respiração nasal e mastigação dos alimentos. Pela respiração nasal, a mucosa nasal é estimulada, o ar é filtrado, aquecido e umidificado. As trocas gasosas acontecem dentro de fisiologia natural, sendo o organismo inteiro beneficiado com um maior aporte de oxigênio, que é o alimento mais importante para o corpo. Entretanto, quando a respiração é realizada pela boca, ocorre o comprometimento do desempenho do organismo como um todo. As repercussões orgânicas atingem principalmente os sistemas respiratório, digestivo, dentomaxilofacial, esquelético e pulmonar, além de comprometer a criança nos aspectos psicoemocionais e no metabolismo geral. Dessa forma, a respiração bucal deve ser tratada precocemente, assim como a maloclusão dentária (SCHINESTSC; SCHINESTSC, 1998).

As causas da respiração bucal podem ser orgânicas ou estruturais e viciosas (FALTIN; FALTIN, 1999). Entre os fatores orgânicos, citam-se as alergias (ARAGÃO, 1988; FALTIN; FALTIN, 1999; SEIXAS et al., 1998; RAHAL; KRAKAUER, 2001), obstrução mecânica no nariz e na faringe (SEIXAS et al., 1998; FALTIN; FALTIN, 1999), macroglossias e insuficiência labial (WECKX, 2002). As causas viciosas também favorecem o desenvolvimento da respiração bucal: os hábitos bucais deletérios, por exemplo, o uso prolongado de chupeta, mamadeira e sucção de dedos (FALTIN; FALTIN, 1999; WECKX, 2002) e os tipos de alimentos ingeridos atualmente, que apresentam baixa consistência ou têm potencial alergênico (CAMARGO, 1998; EINGENMANN et al., 2000; RAHAL; KRAKAUER, 2001).

A respiração bucal altera a postura, a morfologia e a tonicidade dos órgãos fonoarticulatórios, havendo necessidade de adequar a função antes de corrigir a forma. Os profissionais da área de saúde devem trabalhar com objetivos comuns, de forma coletiva, podendo melhorar a qualidade de vida do respirador bucal, buscando a recuperação morfofuncional integral (CARVALHO et al., 2002).

### ORIENTAÇÕES PREVENTIVAS EM RELAÇÃO À SÍNDROME DO RESPIRADOR BUCAL

**Incentivo ao aleitamento materno**  
O primeiro e mais importante exercício natural para os maxilares do recém-nascido é a

amamentação natural, que também oferece equilíbrio psicológico, aumenta a resistência orgânica e favorece o selamento labial (FALTIN; FALTIN, 1999). Durante essa função, ocorrem movimentos mandibulares adequados (SCHINESTSC; SCHINESTSC, 1998), correto posicionamento lingual aliado à deglutição fisiológica e respiração nasal (SCHINESTSC; SCHINESTSC, 1998; PROFFIT; FIELDS, 1995), havendo sincronia entre o fluxo de leite e as pausas respiratórias (SIES; CARVALHO, 1998).

A posição mais indicada para se amamentar o bebê é a ortostática (SEIXAS et al., 1998; BUENO, 1997), a qual facilita a propulsão mandibular e, pela associação do campo gravitacional à ação peristáltica dos músculos da deglutição, permite a chegada do alimento mais facilmente ao estômago.

**Forma mais adequada do aleitamento artificial e do uso da chupeta**

A amamentação artificial só deve ser oferecida no caso de haver necessidade de complementar a amamentação natural, quando a mãe não produz leite suficiente por choques emocionais e problemas de saúde, ou quando a mãe está impossibilitada de amamentar (CAMARGO, 1998; FALTIN; FALTIN, 1999). Camargo (1998) orienta para esses casos em que o bebê deve tomar a mamadeira no colo da mãe, não apoiá-la no mento, posicionando numa angulação de 45°. Faltin e Faltin (1999) indicam o bico ortodôntico, não devendo o hábito ultrapassar a idade de um ano e seis meses.

A chupeta só deve ser oferecida quando há necessidade fisiológica de sucção; quando o bebê supre essa necessidade, ele larga a chupeta e dorme de boca fechada (CAMARGO, 1998). Fussek (2002) recomenda a chupeta ortodôntica e o seu uso limitado à idade de dois anos. Faltin e Faltin (1999) orientam que o uso deve ser regulado e não deverá ultrapassar os três anos de idade. De acordo com Larsson (1986), comparando com a sucção de dedo, as crianças interrompem mais precocemente o uso da chupeta favorecendo a autocorreção. Bueno (1997) não recomenda o uso da chupeta porque atua como um fator etiológico de maloclusões.

**Hábitos alimentares corretos**

A deglutição do neonato é adaptada à ingestão de líquido (leite materno). Com a erupção dos incisivos deciduos, o organismo sofre mudanças e o metabolismo geral do indivíduo requer substituição



da dieta líquida para pastosa (BUENO, 1997). No início, deve-se dar preferência aos alimentos de consistência mole, introduzindo um tipo de alimento de cada vez, com o uso da colher, ou deixando que a criança segure-o, pois são novos sabores e nova textura (ARONIS; FIORINI, 2002).

Com a erupção dos molares decíduos, os alimentos oferecidos devem ser duros, secos e fibrosos (SCHINESTSCK; SCHINESTSCK, 1998; CARVALHO et al., 2002). A mastigação desses alimentos deve ser realizada devagar e em ambos os lados (FUSSEK, 2002).

#### Higiene ambiental

De acordo com Mori e Castro (1997) algumas medidas específicas podem ser tomadas para o controle do ambiente doméstico: a) controle de ácaros: encapar colchões e travesseiros com capas impermeáveis, lavar travesseiros, edredons e roupa de cama uma vez por semana em água quente, diminuir a umidade local, limpar carpetes, utilizar desumidificadores e serviços de empresas de desacarização; b) controle de fungos: eliminar focos de possível crescimento de fungos, como móveis e locais úmidos; c) cuidados com animais de estimação: o ideal é retirá-los da casa, mas quem prefere tê-los deve confinar o animal em um ambiente da casa e banhá-lo uma a duas vezes por semana; d) em relação às baratas: usar inseticidas especiais, não deixar restos alimentares expostos e utilizar mão-de-obra especializada para combatê-las; e) cigarro: em casa, deve ser suspenso e deve-se avaliar o ambiente da creche; f) produtos com forte odor: devem ser evitados.

#### Prevenção às alergias alimentares

De acordo com Eigenmann et al. (2000), para prevenir as alergias alimentares, deve-se: a) avaliar o histórico alimentar (irmãos e antecedentes familiares de doença atópica grave); b) incentivar o aleitamento materno até os seis meses de idade e evitar os alérgenos alimentares; c) usar o hidrolisado de proteína de leite para complementar a dieta depois dos primeiros quatro a seis meses de idade; d) as mães precisam evitar proteínas do leite de vaca e de ovos para prevenir nova sensibilização; e) pode ser necessária a suplementação de cálcio para a mãe; f) crianças com mais idade devem ser instruídas a se informar sobre os alimentos preparados industrialmente e evitá-los, com também procurar um médico especialista em alergia alimentar.

O objetivo do presente estudo foi avaliar as

orientações preventivas, prestadas por profissionais da área de saúde, em relação à síndrome do respirador bucal, e os fatores responsáveis pelo insucesso dessas orientações.

## MATERIAL E MÉTODO

Foram enviados 489 questionários a profissionais da área de saúde (17 alergologistas, 42 fonoaudiólogos, 51 odontopediatras, 53 otorrinolaringologistas e 326 pediatras) do município de Vitória-ES. A relação dos profissionais e seus respectivos endereços foram obtidos no Conselho Regional de Medicina (alergologistas e otorrinolaringologistas), no Conselho Regional de Odontologia (odontopediatras) e em Associações de Classe (fonoaudiólogos e pediatras).

O questionário foi desenvolvido por meio de perguntas referentes à prevenção da síndrome do respirador bucal em pacientes de zero a cinco anos de idade sem indicação cirúrgica. Os profissionais foram questionados sobre as orientações preventivas prestadas para a maioria das famílias desses pacientes e quais os principais fatores responsáveis pelo insucesso dessas orientações.

Os dados foram tabulados conforme a resposta positiva a cada item para cálculo das frequências simples e a apresentação dos resultados foi elaborada em tabelas.

## RESULTADOS

Dos 489 questionários enviados aos profissionais da área de saúde foram obtidas respostas de 100 profissionais (6 alergologistas; 8 fonoaudiólogos; 14 odontopediatras; 10 otorrinolaringologistas e 62 pediatras).

As orientações fornecidas por esses profissionais, com objetivo preventivo, para a maioria das famílias que têm crianças no grupo de estudo proposto estão distribuídas na Tabela 1. No item "outras orientações", foram incluídos: encaminhar os pacientes aos especialistas, evitar todos os estimulantes e irritantes da mucosa nasal e anexos (perfumes, talcos...), limpeza freqüente da casa e medidas de controle da poluição ambiental domiciliar, como encapar travesseiros.

Para a maioria dos cem especialistas que participaram da pesquisa, os principais fatores responsáveis pelo insucesso das orientações foram: a resistência da família em promover mudanças



de hábito e o processo crônico já instalado. No item "outros fatores", foram relatadas a falta de conhecimento, por parte dos profissionais, da importância da abordagem global do problema; a resistência dos pais em retirar o leite bovino da alimentação da criança; e a falta de controle alérgico e infeccioso.

## DISCUSSÃO

Os resultados da Tabela 1 mostram que medidas preventivas de controle da poluição ambiental domiciliar poderão ser fornecidas ao paciente que esteja apresentando respiração bucal, uma vez que esse é um fator relevante no seu desencadeamento. A mudança de domicílio e, principalmente, a mudança de cidade, se for levada em conta também a poluição ambiental extradomiciliar, são medidas drásticas que podem até ser necessárias, mas que interferem muito na vida de uma família. Por isso, apenas 16% dos especialistas indicaram a mudança de domicílio e 3% a mudança de cidade como orientação preventiva. As variações climáticas (umidade e temperatura) favorecem a proliferação de aeroalérgenos (fungos, ácaros, etc.) e a umidade é um fator que pode ser bem controlado. Os estudos de Mori e Castro (1997) afirmam que o controle de umidade pode ser realizado com desumidificadores e com higiene ambiental. Dentre as especialidades, 70% dos otorrinolaringologistas selecionaram a troca da criança de cômodo e 50% dos alergologistas, a mudança da arquitetura do imóvel. Essas orientações são favoráveis no controle da umidade. A mudança do mobiliário da casa foi selecionada por várias especialidades. Uma outra orientação prestada foi o uso do aspirador de pó, mas deve-se ter cuidado com os aspiradores comuns, os quais não removem ácaros e podem dispersá-los pela casa, conforme alertam Mori e Castro (1997), que sugerem aspiradores que retenham o pó.

O incentivo ao aleitamento materno foi uma orientação fornecida por todas as especialidades. Trabalhos como o de Sies e Carvalho (1998) consideram que, durante essa função, há sincronia entre o fluxo de leite, a velocidade de sucção e as pausas respiratórias, apoiados também na opinião de Aragão (1988) e Camargo (1998), que são favoráveis ao aleitamento natural, por haver predomínio da respiração nasal, vedamento labial e desenvolvimento harmonioso da face.

Dos cem profissionais que participaram da pesquisa, 74% orientam a posição correta ao amamen-

tar, indicação que vai ao encontro da opinião de Bueno (1997) e Seixas et al. (1998), que orientam a posição ortostática ou vertical, por facilitar o movimento mandibular e favorecer a inter-relação entre as estruturas respiratórias e craniomandibulares. Essa medida também evita o refluxo gastroesofágico, que é causador de patologias respiratórias.

A suspensão da mamadeira foi proposta por 51% dos profissionais. Entretanto, na impossibilidade de a mãe realizar a amamentação natural por problemas físicos e/ou psicológicos, a amamentação artificial pode ser necessária e deve ser feita o mais semelhante possível à amamentação natural, limitada à idade de um ano e seis meses.

A suspensão do uso da chupeta foi um item selecionado por todos os especialistas que responderam ao questionário desta pesquisa, variando de 50% a 100% entre eles. A sucção da chupeta, como um hábito instalado, realmente deve ser desencorajada, mas, se for necessário optar pela sucção digital ou pelo uso da chupeta, 14% dos 100 profissionais que compõem este estudo, com destaque para os fonoaudiólogos (87,5%), orientam a substituição da sucção de dedos pela chupeta, o que é evidenciado por Larsson (1986), pela tendência das crianças em interromperem mais cedo a sucção de chupeta. Camargo (1998) orienta o uso racional da chupeta, que deve ser oferecida apenas como complemento de sucção. Levando em consideração a opinião de Fussek (2002), a chupeta deve ser usada de forma racional, dando preferência à ortodôntica. O autor recomenda não deixar que a criança use a chupeta o dia todo e não pendurar nenhum objeto nela, confrontando com a opinião de Bueno (1997), que acredita que, independente do tipo de chupeta, ocorrem alterações na cavidade bucal, pois não há contato labial e nem da ponta da língua com o palato.

Os profissionais, especialmente os médicos, responderam de forma incisiva em relação a proibir o fumo na presença da criança e/ou desestimular os fumantes, indo ao encontro da opinião de Mori e Castro (1997), quando alertam que o uso do cigarro deve ser suspenso em ambientes domiciliares e que os ambientes extradomiciliares (por exemplo, creches) devem ser avaliados pelos pais. Bjorksten (1983) afirma que a exposição ao tabaco pode neutralizar as propriedades anti-infecciosas da amamentação natural.

A higiene nasal foi uma orientação prestada por



62% dos profissionais, destacando 83,3% dos alergologistas e 70% dos otorrinolaringologistas. Deve ser realizada com soro fisiológico estéril e ser levada ao nariz com um conta-gotas estéril. De acordo com Rahal e Krakauer (2001), a higiene nasal aumenta a propriocepção local e deve ser feita com massagens na região lateral do nariz com o dedo indicador e em uma narina de cada vez.

O incentivo à ingestão de líquido foi uma orientação prestada por apenas 30% dos 100 especialistas que fizeram parte da pesquisa. Apesar de não ter sido opção da maioria dos profissionais, é importante para facilitar a eliminação das secreções produzidas pelo aparelho respiratório.

Os profissionais de todas as especialidades incentivam a mastigação de forma correta, em especial os fonoaudiólogos (87,5%). A partir dos seis meses de idade aparecem os primeiros dentes, dando início à fase mastigatória. Nesse momento, segundo Bueno (1997), o organismo necessita de mudanças e o metabolismo requer substituição de uma dieta líquida pela pastosa. O bebê que foi amamentado no peito até os quatro ou seis meses pode fazer a transição para o uso da colher, sem necessidade da mamadeira. À medida em que o sistema mastigatório vai se desenvolvendo, por volta dos dezoito meses de idade (época de erupção dos molares decíduos), a alimentação deve ser a mesma da família. Nesse período, o profissional deve incentivar para que sejam oferecidos à criança alimentos duros, secos e fibrosos, conforme também orientam Schinestsck e Schinestsck (1998) e Carvalho et al. (2002).

A mudança da qualidade dos alimentos, como medida de prevenção às alergias alimentares, foi uma orientação prestada por 46% dos 100 profissionais que responderam ao questionário. O profissional poderá seguir as medidas preventivas recomendadas pelo estudo de Eingenmman et al. (2000), citadas na introdução deste trabalho.

Na presente pesquisa, o exame clínico das arcadas dentais foi indicado por todos os especialistas, principalmente pelos fonoaudiólogos (87,5%) e pelos odontopediatras (78,6%). Vale ressaltar a importância da Odontopediatria neste exame, considerando o grupo de estudo indicado como referência para os profissionais que participaram desta pesquisa, que é de crianças de zero a cinco anos de idade com respiração bucal e sem indicação cirúrgica. Nesse exame, o odontopediatra observará, principalmente, a presença de mordidas cruza-

das posteriores, a forma das arcadas, como o arco em V, e mordidas abertas, além do exame dos tecidos moles e estruturas adjacentes, por exemplo, as hiperplasias gengivais e hipotonicidade da musculatura.

A respiração bucal traz conseqüências severas ao organismo do indivíduo e as alterações orofaciais podem levar ao diagnóstico desse problema. Isso mostra a importância do controle clínico das funções orais, orientação prestada por apenas 35% dos especialistas. Deve-se ressaltar a importância da Fonoaudiologia, que é a especialidade responsável pela realização da terapia miofuncional (orientação prestada apenas por 26% dos 100 profissionais que participaram da pesquisa).

A maioria das orientações prestadas às famílias das crianças respiradoras bucais, contidas na Tabela 1, depende da responsabilidade e da motivação familiar para que tenham sucesso. Já os resultados da Tabela 2 dizem respeito aos principais fatores responsáveis pelo insucesso das orientações prestadas pelos profissionais.

Avaliando a freqüência das respostas da Tabela 2, observa-se que 89% do total de 100 profissionais selecionaram a resistência da família em promover mudança de hábitos, 63% indicaram a falta de interesse dos pais em promover mudanças e 51% deles assinalaram a falta de compreensão da família quanto às orientações oferecidas. Assim, fica clara a importância de que os especialistas envolvidos no atendimento do respirador bucal estejam empenhados em motivar as famílias desses pacientes e, para isso, devem estar bem informados sobre o assunto e dispostos a usar o tempo de atendimento nas consultas para explicar a etiologia, as conseqüências e a forma de prevenir esse problema. Apenas 19% dos 100 especialistas que responderam ao questionário selecionaram a falta de tempo do profissional para informar adequadamente à família, enquanto 38% selecionaram a falta de interesse do profissional na orientação preventiva. O baixo valor pago às consultas somente foi selecionado por 13% dos especialistas que participaram desta pesquisa, não sendo um fator tão relevante no insucesso das orientações preventivas, mesmo em um país onde os profissionais da saúde demonstram descontentamento com a remuneração nos níveis públicos e planos de saúde.

Dentre os fatores listados na Tabela 2, alguns deles realmente dificultam o sucesso das orientações prestadas para a maioria das famílias, e a



possibilidade de modificá-las é mínima. Um exemplo disso é que as alergias respiratórias e alimentares possuem caráter genético e podem tornar a respiração bucal um processo crônico, o que foi citado por 77% dos profissionais como um fator de insucesso, tendo sido o segundo fator mais relacionado pelos especialistas.

Outro fator que vai de encontro às orientações fornecidas é a dificuldade financeira das famílias, tornando impossível as modificações ambientais (a mudança da mobília, de moradia, etc.), tendo sido selecionado por alguns profissionais (itens 6 e 7 da Tabela 2). Nesse caso, o profissional pode alertar às famílias sobre medidas preventivas, por exemplo, a higiene ambiental domiciliar, que está ao alcance delas.

A resistência da criança à mudança de hábitos foi selecionada por apenas 37% dos profissionais, com relevância para a seleção desse item por 50% dos fonoaudiólogos, que necessitam da colaboração da criança para os exercícios miofuncionais.

## CONCLUSÕES

1. As orientações preventivas prestadas para a maioria das famílias, considerando as respostas de pelo menos 70% dos profissionais de cada especialidade, foram:

a) Alergologia: mudar o tipo ou as condições do mobiliário do quarto, usar aspirador de pó, proibir o fumo, efetuar higiene nasal;

b) Fonoaudiologia: mudar o tipo ou as condições do mobiliário, incentivar o aleitamento materno, manter posição correta ao amamentar, impedir a sucção de dedo, promover o desuso da chupeta, mastigar de forma correta, examinar as arcadas;

c) Odontopediatria: incentivar o aleitamento materno, posicionar-se corretamente ao amamentar, suspender o uso da chupeta, examinar as arcadas;

d) Otorrinolaringologia: mudar o mobiliário, trocar a criança de cômodo, suspender a chupeta, proibir o fumo dentro de casa, fazer higiene nasal freqüente, examinar as arcadas;

e) Pediatria: incentivar o aleitamento materno, orientar a posição correta ao amamentar, suspender a chupeta, desestimular o fumo, proibir o fumo.

2. Os principais fatores responsáveis pelo insucesso das orientações prestadas, conforme as respostas da maioria dos

especialistas, foram: a resistência da família e o processo crônico já instalado.

3. Pôde-se concluir, ainda, que a integração multidisciplinar deve ser valorizada no atendimento da síndrome do respirador bucal em crianças, considerando as orientações que se complementam em cada especialidade.

## ABSTRACT

### MOUTH BREATHING SYNDROME: THE CLINIC EXPERIENCE OF HEALTH PRACTITIONERS AT VITÓRIA-ES

The aim of this research was to evaluate the preventive guidance rendered by allergy physicians, speech pathologists, dental pediatricians, otorhinolaryngologists and pediatricians at Vitória-ES, related to mouth breather syndrome (MBS), in 0- to 5-years old children with no surgery indication. The analyse of the answers from a questionnaire sent to these professionals showed that regarding preventive guidance rendered to most families the usual were: change type or condition of bedroom furniture, change the child's room, use vacuum cleaner, ban of tobacco use, frequently nose cleaning, incentive breastfeeding, right position for breastfeeding, hindering of finger-sucking, stop pacifier, chewing correctly and examination of dental archs. The major responsible for failure of guidance were: resistance from the family, and presence of a chronic process. In conclusion, the multidisciplinary integration must be valued in order to approach every aspects of MBS.

**Keywords:** Mouth breathing, prevention and control, preschool child.

## REFERÊNCIAS

- 1 ARAGÃO, W. Respirador bucal. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 64, n. 8, p. 349-352, 1988.
- 2 ARONIS, E. A.; FIORINI, M. D. C. **Aleitamento materno e alimentação na primeira infância.** Disponível em: <<http://www.ceaodontofono.com.br>>. Acesso em: maio 2002.



- 3 BJORKSTEN, B. Does breast-feeding prevent the development of allergy? **Immunology Today**, Cambridge, v. 4, n. 8, p. 215-217, 1983.
- 4 BUENO, A. P. F. Desenvolvimento do sistema estomatognático. **Crescimento craniofacial: uma interpretação sistêmica**. Rio de Janeiro: 1997. cap. 9, p. 245-297.
- 5 CAMARGO, M. C. F. Programa preventivo de maloclusões para bebês. In: GONÇALVES, E. A. N.; FELLER, C. (Coord.). **Atualização na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 1998. cap. 17, p. 405-441.
- 6 CARVALHO, M. P.; BRANDÃO, G.; VINHA, P. P. Os respiradores bucais e as desordens buco-dentais. In: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. (Org.). **Odontopediatria: prevenção**. São Paulo: Artes Médicas 2002. v. 4, cap. 11, p. 179.
- 7 EINGENMANN, P. A.; ZAMORA, S. A.; BELLI, D. C. Alergias alimentares: a atopia na Infância. **Anais Nestlé**, São Paulo, 2000. v. 60, p. 20-31, 2000.
- 8 FALTIN JÚNIOR, K.; FALTIN, R. M. Ortodontia preventiva na saúde bucal. **ABOPREV: promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 351-361.
- 9 FUSSEK, M. S. Comunicação com qualidade. **Jornal de Assessoria ao Odontologista**, Curitiba, Ano 5, p. 18-19, n. 33, set./out. 2002.
- 10 LARSSON, E. The effect of dummy-sucking on the occlusion: a review. **Eur. J. Orthodontics**, v. 8, n. 2, p. 127-30, May, 1986.
- 11 MORI, J. C.; CASTRO, A. P. B. N. Aeroalérgenos e controle ambiental. In: CASTRO, F. F. M. (Org.). **Rinite alérgica: modernas abordagens para uma clássica questão**. São Paulo: Editorial, 1997. cap. 6, p. 77-94.
- 12 PROFFIT, W. R.; FIELDS JÚNIOR, H. W. Os estágios iniciais do desenvolvimento. In: MOYERS, R. G. (Org.). **Ortodontia contemporânea**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995. cap. 3, p. 61.
- 13 RAHAL, A.; KRAKAUER, L. H. Avaliação e terapia fonoaudiológica com respiradores bucais. **Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 83-86, jan./fev. 2001.
- 14 SCHINESTSCCK, P. A.; SCHINESTSCCK, A. R. A importância do tratamento precoce da má-oclusão dentária para o equilíbrio orgânico e postural. **Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Curitiba, v. 3, n. 13, p.15-30, 1998.
- 15 SEIXAS, C. A. O.; ALMEIDA, E. F.; FATTORI, L. Diagnóstico, prevenção e tratamento precoce para hábitos bucais deletérios. **Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Curitiba, v. 3, n. 14, p. 53-60, 1998.
- 16 SIES, M. L.; CARVALHO, M. P. Uma visão fonoaudiológica em odontopediatria. In: CORRÊA, M. N. S. P. (Org.). **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Ed. Santos, 1998. cap. 5, p. 39-53.
- 17 WECKX, L. L. M. **O homem nasceu para respirar pelo nariz**. São Paulo: Schering-Plough, [2002]. p. 3-11.

Correspondência para/Reprint request to:

**Elaine Cristina V. Dadalto**

Rua Eurico de Aguiar,130, Ed. Blue Chip, sala 1110, Praia do Canto, Vitória, ES.

Tel.: (27) 3345-2088