

PES204 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DO RESPIRADOR ORAL ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA

GABRIELA CAROLINE LOBATO PONTES¹; THAYLA CINDY MACHADO¹; ANGÉLICA CRISTINA PEZZIN-PALHETA²; VANESSA FERNANDES DE BRITO¹; FRANCISCO XAVIER PALHETA-NETO³

velomille@gmail.com

¹Graduação, ²Mestrado, ³Doutorado

Universidade Federal do Pará (UFPA), Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS)

Introdução: A Síndrome do Respirador Oral (SRO) é caracterizada pela respiração habitual pela boca. A SRO é causada pela presença de obstáculos nas vias aéreas superiores, os quais dificultam a passagem do ar. As doenças nasossinusais, como a rinite alérgica, e a hipertrofia das tonsilas faríngea e palatinas, constituem suas principais causas. A etiologia da SRO também abrange os processos infecciosos, desvio de septo nasal, fratura nasal, rinite medicamentosa, tumores nasais, entre outros (1). Cronicamente, alterações importantes do crescimento e desenvolvimento craniofacial e antropométrico podem ocorrer. A hipertrofia das amígdalas está associada diretamente à dificuldade alimentar, repercutindo em distúrbios nutricionais, os quais também estão relacionados ao desenvolvimento inadequado da musculatura craniofacial. O paciente com SRO não consegue comer de boca fechada e nem mastigar o alimento corretamente. Ele também adapta sua deglutição, aumentando a atividade dos lábios e do músculo mental. Estes pacientes também apresentam diminuição do olfato e do paladar (2). Dessa forma se estabelece uma seletividade alimentar. Essas crianças dão preferência a alimentos de consistência fluida e/ou pastosa que não exijam força mastigatória e que possam ser deglutidos rapidamente, para poder respirar, comendo excessivamente antes de se saciar, desenvolvendo o aumento ponderal (sobrepeso e obesidade). Por outro lado, outras crianças com SRO podem desenvolver risco nutricional ou baixo peso para a idade por não conseguirem deglutir e ingerirem menos nutrientes do que a sua demanda nutricional (3). A cirurgia de adenoidectomia e/ou amigdalectomia pode beneficiar estes pacientes ao facilitar a ingestão alimentar através da melhora da deglutição e da mastigação (4). O tratamento cirúrgico também está associado à melhora da perda auditiva em crianças com hipertrofia de adenoide, visto que esta causa obstrução da tuba auditiva, levando a quadros de otite média secretora (5). Outras indicações para a realização de cirurgia são a apneia do sono, amigdalites de repetição febre reumática e glomerulonefrite (4). Por conseguinte, é necessário investigar e tratar as comorbidades que estão associadas à SRO, como as alterações nutricionais, bem como tratar suas causas. **Objetivos:** Realizar a avaliação do desenvolvimento pômbero-estatural em pacientes com SRO. **Métodos:** Este trabalho foi realizado de forma transversal com crianças internadas para realizar a cirurgia de adenoidectomia e/ou amigdalectomia, no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), Belém – Pará, no período de janeiro a outubro de 2015. A pesquisa foi realizada em todos os pacientes do projeto cujos responsáveis aceitaram participar do estudo e que assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). A antropometria foi feita a partir da medida do peso (em Kg), da altura (em cm) e cálculo do índice de massa corpórea (IMC). Foi realizada em balança plataforma mecânica, aferida e previamente regulada e tarada. A mesma balança foi utilizada para todas as crianças participantes do projeto. Os resultados foram comparados frente à curva de

crescimento infantil para a população brasileira específica para cada sexo, desenvolvida com base nos gráficos da Organização Mundial da Saúde (OMS) disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), classificando-se as crianças segundo seus percentis de peso, altura e IMC. **Resultados e Discussão:** Participaram do estudo 20 crianças entre três e nove anos de idade (média = seis anos), sendo 11 meninas e nove meninos. Em relação ao IMC para a idade, 12 (60%) apresentaram-se eutróficas, cinco (25%) apresentaram-se com sobrepeso, e três (15%) apresentaram-se obesas. Em relação ao peso para a idade, 14 (70%) apresentaram peso adequado, duas (10%) apresentaram peso elevado para a idade, duas (10%) apresentaram obesidade, e duas (10%) apresentaram risco nutricional. Em relação à estatura por idade, 19 (95%) apresentaram estatura adequada e uma (5%) apresentou-se com baixa estatura para a idade. Neste estudo, as principais alterações encontradas corresponderam às alterações ponderais, as quais incluíram o aumento e a perda ponderal. Um estudo realizado com obesos entre oito e 15 anos, no Hospital Universitário de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, mostrou que 62,5% deles eram respiradores orais e que a SRO havia sido acompanhada de alterações miofuncionais do sistema estomatognático, como a diminuição da largura do palato, a interposição da língua aos arcos dentários, a oclusão dos lábios com tensão e alteração da deglutição, repercutindo no estado nutricional dos pacientes (3). No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, realizou-se a avaliação do crescimento pômbero-estatural em 55 crianças as quais realizaram a cirurgia de adenoamigdalectomia. Comparando-se a altura antes e após seis meses de cirurgia, houve um maior crescimento após a cirurgia (4). Dentre as razões para isto, a melhora da ingesta alimentar e do sono podem ter levado à aceleração do crescimento, visto que a SRO está associada também à apneia obstrutiva do sono, a qual, por sua vez, leva à baixa saturação sanguínea de oxigênio, acidose noturna e aumento do gasto energético, pelo aumento do trabalho respiratório, além da secreção irregular do hormônio de crescimento. Estes fatores repercutem negativamente no desenvolvimento estatural dos pacientes. **Conclusão:** No presente estudo, os pacientes apresentaram alterações antropométricas. Os principais achados foram as alterações ponderais, as quais incluíram sobrepeso, obesidade e risco nutricional.

Referências Bibliográficas:

- CUNHA DA, SILVA GAP, SILVA HJ. Repercussões da Respiração Oral no estado nutricional: por que acontece? Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia. 2011 abr/mai/jun; 15(2):223-230.
- MACHADO PG, MEZZOMO, CL. A relação da postura corporal, da respiração oral e do estado nutricional em crianças – uma revisão de literatura. Revista CEFAC. 2011 nov/dez; 13(6):1109-1118.
- BERLESE DB, FONTANA, PFF, BOTTON L, WEIMNANN ARM, HAEFFNER LSB. Características miofuncionais de obesos respiradores orais e nasais. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2012 jun; 17(2):171-176.
- DI FRANCESCO RC, JUNQUEIRA PA, FRIZZARINI R, ZERATI FE. Crescimento pômbero-estatural de crianças após amigdalectomia. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2003 mar/abr; 69(2):193-196.
- PEZZIN-PALHETA AC, SANTOS-NETTO MM, BRASIL RV, PALHETA-NETO FX, LIMA BP, NAVARRO LM. Avaliação morfofuncional das orelhas de pacientes tonsilectomizados. Pediatria Moderna. 2010 mai/jun; 46 (3):109-112.