

AVALIAÇÃO AUDITIVA DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DO RESPIRADOR ORAL ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA

Angelica Cristina Pezzin Palheta¹; Miguel Soares Pancieri²;
Jéssica Patrícia Gonçalves Nunes²; Felipe V. Brito²

¹Mestrado, ²Ensino Médio Completo
Universidade Federal do Pará (UFPA)
miguelpancieri@gmail.com

Introdução: A respiração é vital para o organismo, sendo importante para o bom funcionamento de todo o ser humano. Através da via nasal ocorre a função respiratória normal, no entanto, quando ocorre alguma obstrução das vias respiratórias e/ou algum problema funcional, a respiração pode ser alterada para oral. Qualquer obstrução na passagem de ar leva o indivíduo a respirar pela boca. Entre as causas que podem ocasionar tal processo estão as causas obstrutivas, que dificultam a passagem de ar pelo nariz forçando o estabelecimento do padrão respiratório oral, como desvio de septo nasal, presença de corpo estranho, hiperplasias de mucosa nasal (ocasionadas por rinite alérgica), hiperplasias das tonsilas (adenóide e/ou amígdalas), sinusite e, as não obstrutivas, que ocorre quando não há componentes alérgicos e ou obstrutivos associados, como flacidez dos órgãos fonoarticulatórios e/ ou respiração oral funcional (por hábito). Quadros obstrutivos que se estendem por um período igual ou superior a seis meses podem ocasionar alterações dentárias, dos órgãos fonoarticulatórios, do sono, otites, aumento na incidência de cáries e menor rendimento físico. A obstrução nasal cursa com alteração otológica devido à proximidade das tubas auditivas em relação às coanas. No caso da hipertrofia adenoideana, o fator mais provável é que as adenoides funcionem também com um depósito de bactérias lesivas as vias aéreas superiores. A maioria das alterações otológicas é devido à obstrução mecânica (hiperplasia do tecido linfóide e o intumescimento da mucosa nasal), causando o mau funcionamento da tuba auditiva e dificultando à regularização da pressão. A alteração no nível pressórico na orelha média (OM) é determinante para o favorecimento e desenvolvimento de otite média serosa, assim a vulnerabilidade do respirador oral a otites o torna sujeito à flutuação da audição. A variação frequente do limiar auditivo dificulta a formação de padrões acústicos e pode resultar nas desordens do processamento auditivo, que é um distúrbio da audição caracterizado pela inabilidade de analisar e interpretar padrões sonoros. A falta de estabelecimento de padrões acústicos, por sua vez, pode comprometer a atenção e concentração além do desenvolvimento de habilidades auditivas importantes para um bom aproveitamento escolar. Qualquer tipo de perda auditiva pode comprometer a linguagem, o aprendizado, o desenvolvimento cognitivo e a inclusão social da criança. Por esses motivos, o diagnóstico da deficiência auditiva deve ser o mais precoce possível. O principal instrumento para avaliação das perdas auditivas é a audiometria. Deve-se escolher a melhor forma de exame audiométrico considerando a faixa etária da criança, o nível de desenvolvimento neuropsicomotor e a presença de distúrbios neurológicos ou psiquiátricos. A imitância acústica (impedânciometria) não mede a audição diretamente, pois avalia a membrana timpânica e os ossículos da OM podendo sugerir quadros de infecção, disfunção tubária e outros problemas. **Objetivos:** Analisar as alterações auditivas decorrentes da Síndrome do Respirador Oral (SRO), assim como avaliar os dados epidemiológicos da população atendida. **Métodos:** Foi realizado um estudo prospectivo transversal e observacional. O local de estudo foi o Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza da Universidade Federal do Pará. O estudo aconteceu no período de

janeiro à junho de 2015. A população do estudo foi composta por pacientes de ambos os sexos na faixa etária de dois a 12 anos com diagnóstico de SRO e com resultados de audiometria e impedânciometria consistentes, cujos pais ou responsáveis aceitaram participar espontaneamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **Resultados e Discussão:** A pesquisa foi realizada com 28 pacientes portadores da SRO. Destes, 18 (64,3%) eram do sexo masculino e 10 (35,7%) eram do sexo feminino. À otoscopia, 32,1% apresentaram membrana timpânica com alterações bilateralmente; 17,8% apresentaram alterações sugestivas da presença de líquido retrotimpânico na orelha direita (OD) e 14,2% na orelha esquerda (OE). À audiometria 17,8% tinham perda condutiva, 3,5% apresentavam perda neurossensorial e 7,1% apresentavam perda mista na OD, enquanto 17,8% tinham perda condutiva e 7,1% perda neurossensorial quando avaliada a OE. À impedânciometria, 50% dos pacientes apresentaram curva A, 28,5% mostraram curva B, 21,4% curva C e 7,1% curva Ar na OD, em contrapartida, 57,1% apresentaram curva A, 17,8% mostraram curva B, 25% mostraram curva C e 7,1% com curva Ar na OE. Na avaliação dos reflexos estapedianos, 53,5% apresentaram reflexo ausente na OD e 57,1% apresentaram reflexo ausente na OE. **Conclusão:** A respiração oral é um sintoma frequente na infância. A criança com deficiência auditiva pode ficar impossibilitada de se comunicar tornando-se introvertida e isolada, por não compreender e não ser compreendida. A perda auditiva pode ser detectada através de exame físico (otoscopia, oroscopia e rinoscopia anterior) e exames complementares como audiometria, impedânciometria e pesquisa dos reflexos estapedianos. Na nossa pesquisa as principais alterações encontradas estão presentes principalmente no sexo masculino e incluem alteração da membrana timpânica e presença de líquido retrotimpânico. Aos exames complementares conclui-se que há prevalência de perda condutiva, além de ausência de reflexos estapedianos, sinais compatíveis com a OMS. Com isso conclui-se que é importante realizar uma avaliação auditiva através de exame físico e audiológico complementar para documentar e dimensionar perdas auditivas e suas repercussões.

Referências:

1. CORREA, B. M.; ROSSI, A. G.; ROGGIA, B.; SILVA, A. M. T. Análise das habilidades auditivas de crianças com respiração oral. Revista CEFAC, São Paulo, 2011, v. 13, n. 4, p. 668-675, Jul-Ago.
2. BIANCHINI, A. P.; GUEDES, Z. C. F.; HITOS, S. Respiração oral: causa x audição. Revista CEFAC, São Paulo, 2009, v. 11.
3. MENEZES, V. A.; TAVARES, R. L. O.; GRANVILLE-GARCIA, A. F. Síndrome da respiração oral: alterações clínicas e comportamentais. Arquivos em Odontologia. 2009, v. 45, n. 03, p. 160-165, Jul-Set.
4. ABREU, A. C .B; MORALES, D. A.; BALLO, M .G .J. F. A respiração oral influencia o rendimento escolar? Revista CEFAC, 2003, v.5, n. 1, p. 69-73.
5. PIATTO, V. B.; MANIGLIA, J. V. Avaliação da audição em crianças de 3 a 6 anos em creches e pré-escolas municipais. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, 2001, v. 77, n. 2.