



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

**RESPIRAÇÃO ORAL E QUALIDADE DE VIDA: REVISÃO  
BIBLIOGRÁFICA**

KAROLINE REGINA SAGAZ

FLORIANÓPOLIS

2014

KAROLINE REGINA SAGAZ

RESIRAÇÃO ORAL E QUALIDADE DE VIDA: REVISÃO  
BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao curso de Fonoaudiologia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fabiane Miron Stefani

Área de concentração: Motricidade Orofacial e Saúde Coletiva.

Florianópolis

2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Sagaz, Karoline Regina  
RESPIRAÇÃO ORAL E QUALIDADE DE VIDA: REVISÃO  
BIBLIOGRÁFICA / Karoline Regina Sagaz ; orientadora,  
Fabiane Miron Stefani - Florianópolis, SC, 2014.  
34 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências  
da Saúde. Graduação em Fonoaudiologia.

Inclui referências

1. Fonoaudiologia. 2. Respiração Oral. 3. Qualidade de  
Vida. I. Stefani, Fabiane Miron . II. Universidade Federal  
de Santa Catarina. Graduação em Fonoaudiologia. III. Título.

Karoline Regina Sagaz

## RESPIRAÇÃO ORAL E QUALIDADE DE VIDA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Esta monografia foi julgada adequada para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia e aprovada em sua forma final pelo Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 13 de novembro de 2014



Fabiane Miron Stefani  
Coordenadora do Curso de Fonoaudiologia da UFSC

**Banca Examinadora:**



Fabiane Miron Stefani  
Orientadora  
UFSC



Patricia Haas  
Parecerista  
UFSC



Angela Ruviano Busanello-Stella  
Parecerista  
UFSC

## DEDICATÓRIA

*Este trabalho é dedicado a minha mãe Regina Natália Santana e meu irmão Rafael Osmar Sagaz que são o meu alicerce em todos os momentos. Com vocês aprendi que a família é a base de tudo, que juntos superamos qualquer obstáculo, que devemos viver a vida intensamente porém com responsabilidade, vocês me ensinaram que devemos amar e respeitar o outro como se fosse nosso irmão, que devemos ser humildes acima de tudo e que o sucesso para as pessoas de bem é só questão de tempo.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À Minha Mãe e Pai, Regina Santana, por fazer de tudo pra me ver feliz, ter me apoiado em todos os momentos, ter me amado todos os dias e todas as horas da sua vida. Eu te amo.

Ao meio irmão, Rafael Osmar Sagaz, por quem eu luto todos os dias para servir de exemplo e inspiração. Você é meu bem mais precioso.

À minha Tia Ana, por todo carinho e apreço. Obrigada por tudo.

Aos meus primos, Adriano Martins e Elaine Reis que me incentivaram à sempre seguir o caminho da sabedoria, se hoje estou aqui foi pelo grande apoio e incentivo de vocês. Obrigada.

À minha orientadora, pessoa iluminada, que no pouco tempo que lhe coube, fez todo o possível para me ajudar. Obrigado por todo suporte e incentivo.

Aos melhores amigos que a faculdade poderia me proporcionar, Larissa Scapinni, Maisa Mara da Costa, Suelem Machado Silva, Juliana Oliveira Resurreição, Guilherme Wolff e Michele Machado, tudo seria mil vezes mais difícil sem vocês ao meu lado.

Á todos os meus familiares e todos que direta ou indiretamente fazem parte da minha formação, o meu muito obrigada.

## EPIGRÁFE

CERTEZA

*Fernando Sabino*

*“De tudo ficaram três coisas...*

*...A certeza de que estamos*

*sempre começando,*

*A certeza de que é preciso continuar,*

*A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar.*

*Portanto devemos*

*Fazer da interrupção um caminho novo,*

*Da queda passo de dança,*

*Do medo uma escada,*

*Do sonho uma ponte.”*

## Resumo

**Introdução:** A respiração oral é uma alteração que ocorre com grande frequência na infância. Ela exerce muitas alterações que podem comprometer o desenvolvimento físico e até mesmo cognitivo de algumas crianças, influenciando de forma negativa na qualidade de vida dos mesmos. **Objetivos:** Pesquisar por meio de uma revisão bibliográfica da literatura se a respiração oral influencia ou não na qualidade de vida das pessoas, quais aspectos estão mais prejudicados, quais são os instrumentos mais utilizados para pesquisar a qualidade de vida dessas pessoas e quais países publicam mais sobre o tema. **Metodologia:** Revisão da literatura através de bases de dados online e livros. Primeiramente foi realizada uma busca dos descritores no site da Bireme. Na segunda etapa, os artigos foram selecionados com base nos critérios de inclusão: adequação ao tema pesquisado, estar disponível em Português, Inglês ou Espanhol. Todos os artigos pré-selecionados passaram por uma análise de seus títulos, resumos e descritores e posteriormente foram lidos na íntegra para verificação da adequação ao tema. **Resultados:** 88% dos artigos relatam prejuízo na qualidade de vida do respirador oral, o sono foi o aspecto mais prejudicado sendo encontrado em 32% dos artigos, 72,8% dos artigos utilizam questionários para verificar a influência da respiração oral na qualidade de vida, sendo que mais da metade não utiliza questionários validados, 73% dos artigos encontrados são publicados por revistas nacionais. **Conclusão:** A maioria dos trabalhos científicos pesquisados relata alteração na qualidade de vida do respirador oral especialmente no que diz respeito ao sono, alimentação, problemas comportamentais, físicos e de aprendizagem.

**Palavras-Chave:** Fonoaudiologia; Respiração Oral, Qualidade de Vida.



## **Abstract**

**Introduction:** Mouth breathing is a change seen very often in childhood, he has a lot of changes that may compromise the physical and even Child Cognitive and has a negative influence on their quality of life. **Objectives:** Search through a literature literature review to mouth breathing or not influences the quality of life, which aspects are most affected, what tools are best used to compare the quality of life of these people and what countries publish more on the subject. **Methodology:** The methodology consists in review of the literature through the online data bases and books. Firstly an investigation for the descriptors was conducted in the Bireme web site. In the second phase, the articles were selected based on the inclusion criteria: the adequacy of the topic researched, if it was available in Portuguese, English or Spanish. All the preselected articles underwent by the analyses of their titles, abstracts and descriptors and later read in full to verify the adequacy for the topic. **Results:** The results presented that 88% of the articles describe the loss of life quality in the mouth breathing person; the sleep was the most affected aspect representing 32% of the articles. 72.8% of the articles uses questionnaires to verify the mouth breathing influences in the life quality, considering that over half of these do not use valid questionnaires. 73% of the articles found are published by national magazines. **Conclusion:** Most scientific papers surveyed reported change in quality of life mouth breathing especially with regard to sleep, feeding, behavior problems, physical and learning learning.

**Keywords:** Phonoaudiology, Mouth breathing, life quality.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma de distribuição dos artigos excluídos e utilizados .....	22
Figura 2. Distribuição da Qualidade de Vida nos Respiradores Orais Segundo os Artigos Seleccionados .....	23
Figura 3. Distribuição dos aspectos que mais influenciaram a Qualidade de Vida dos Respiradores Orais, conforme os artigos seleccionados .....	25
Figura 4. Distribuição dos questionários de Qualidade de Vida utilizados pela literatura quanto à validação .....	26
Figura 5. Distribuição entre publicações Nacionais e Internacionais sobre a Qualidade de Vida do Respirador Oral .....	28

## LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

TDHA – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

SF-36 – *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*

LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

SCIELO – *Scientific Eletronic Library Online*

CPQ11-14 – *Child Perceptions Questionnaire*

WHOQOL- *World Health Organization Quality Of Life Assessment*

## Sumário

1. Introdução .....	11
2. Marco Teórico.....	15
3. Metodologia.....	22
4. Resultados e Discussão .....	24
5. Conclusão .....	29
6. Referências Bibliográficas .....	30

## 1 INTRODUÇÃO

Desde 1947, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um bem-estar físico, psíquico, social e não apenas como ausência de doença.

Segundo Ribeiro e Pinto (2006), cada vez mais tem sido reconhecida a importância da avaliação global do indivíduo, de como ele está se sentindo e da sua capacidade de executar suas funções nas suas atividades diárias, constatando-se a importância da relação corpo-mente e da crítica ligação entre saúde física e psicológica.

Bousquet et al. (1994) afirma que a Qualidade de Vida é difícil de ser definida, podendo ser considerada como o conjunto de características físicas e psicológicas vivenciadas no contexto social e de acordo com o estilo de vida individual.

A avaliação da Qualidade de Vida pode ser feita de várias formas, de acordo com o objetivo do pesquisador. Normalmente são utilizados instrumentos compostos por itens ou questões relativas a domínios ou dimensões físicas, psicológicas e sociais da saúde (WHOQOL, 1995).

Esses instrumentos podem ser divididos em genéricos e específicos. Os genéricos são instrumentos que abrangem questões multidimensionais, como: aspectos físicos, sociais e emocionais; dor; capacidade funcional e saúde mental. Os instrumentos específicos, de uma forma geral, avaliam mais de um aspecto e levam em conta a percepção geral da qualidade de vida. Os instrumentos específicos dão ênfase as limitações, incapacidades e sintomas do indivíduo (AGUIAR et al. 2008).

O termo “Respirador Oral” refere-se a uma condição clínica na qual o indivíduo adota um padrão de respiração realizado, predominantemente, através da cavidade oral durante um período maior que seis meses (RIZZO et al. 2003, BECKER et al. 2005) .

Não se pode referir à saúde sem mencionar a qualidade de vida que, apesar da característica subjetiva que a envolve, é essencial quando uma disfunção crônica, como a respiração oral, é estudada (NEIVA, 2008).

Segundo Becker et al. (2005), a respiração oral pode ser classificada em orgânica ou funcional, de acordo com a presença ou não de uma causa obstrutiva

que justifique este padrão respiratório. O diagnóstico do paciente respirador oral é essencialmente clínico, sendo exames complementares realizados para avaliar o grau de obstrução das vias aéreas e aprofundar no diagnóstico diferencial, direcionando a abordagem terapêutica.

As crianças respiradoras orais podem apresentar diversas alterações clínicas características (DI FRANCESCO et al.; 2004) como alterações da cavidade oral. Os lábios tendem a ficar ressecados e podem apresentar fissuras, mantendo postura entreaberta, com protusão lingual. O lábio inferior costuma ficar hipotônico e evertido enquanto o lábio superior costuma ficar hipertônico, retraído e curto (RIBEIRO e PINTO 2006).

Encontra-se alterações dos órgãos fonoarticulatórios decorrentes da respiração oral como: tônus reduzido, hipotrofia e hipofunção dos músculos da mastigação; alteração da força muscular de lábios e bochechas; tensão do músculo constritor da faringe e suprahióideos; lábio inferior evertido ou interposto entre os dentes; lábio superior curto ou retraído; lábios secos, fissurados e feridos com alteração da cor; alteração na posição habitual da língua com tendência à elevação de dorso e ápice rebaixado ou entre as arcadas; diminuição da pressão intra-oral; presença de movimentos primários de língua; alteração sensorial nos receptores intra-orais diminuindo a sensopercepção da cavidade oral e ângulo nasal mais obtuso. Ainda é possível encontrar alterações funcionais como: mastigação ineficiente; deglutição atípica e/ou adaptada; fala imprecisa e voz com hiper ou hiponasalidade. Além de alterações nutricionais, comportamentais e dificuldades de aprendizagem (MARCHESAN, 2003).

De acordo com Rizzo (2003), a abordagem do respirador oral deve ser multidisciplinar, sempre que possível envolvendo a participação de Pediatras, Otorrinolaringologistas, Alergologistas, Ortodontistas, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas e Psicólogos.

O indivíduo que possui um padrão de respiração predominantemente oral apresenta uma série de alterações decorrentes deste processo. As crianças são particularmente susceptíveis, havendo interferência em seu crescimento facial, corporal bem como seu desenvolvimento, além de repercussões que influenciam bastante sua condição de vida (RIBEIRO e PINTO 2006).

Rizzo (2003) afirma que, como muitos pacientes respiradores orais são também atópicos, observam-se os sinais característicos dos pacientes com rinite

alérgica como o sulco transversal nasal, dupla prega ocular (Linha de Denie Morgan), sombreado sob os olhos, além de hipertrofia e palidez da mucosa nasal e hiperplasia linfóide na região posterior da faringe.

Alterações do olfato, distúrbios otológicos, hipoacusia e lacrimejamento ocular podem ser observados devido à obstrução nasal (RIBEIRO e PINTO 2006).

Segundo Ribeiro e Pinto (2006), as crianças entre 6 e 12 anos, apesar de sentirem-se incomodadas pelos sintomas e problemas práticos, tendem a valorizá-los menos, havendo menor repercussão em suas atividades diárias e menor frequência de disfunções emocionais.

De acordo com a gravidade e tempo de permanência desse padrão respiratório, repercussões sistêmicas podem ocorrer podendo haver retardo do crescimento pômbero-estatural; alterações vasculares como hipertensão arterial sistêmica, hipertensão pulmonar e “cor pulmonale”; distúrbios respiratórios inferiores com frequência maior de tosse, dispnéia e apnéia obstrutiva; distúrbios neuropsíquicos como alterações do comportamento, cefaléia, alterações cognitivas; poliglobulia; hiporexia, constipação intestinal; e tendência à frequência maior de infecções recorrentes de vias aéreas superiores (BECKER, et al 2005).

A Respiração Oral parece exercer impacto na qualidade de vida, principalmente no que se refere aos problemas educacionais, de sono, posturais e alimentares. Analisando alguns estudos nota-se que a apnéia do sono está relativamente ligada a respiração oral o que faz com que, essas crianças tenham seu sono prejudicado, além de ter grande relação com problemas de linguagem escrita, problemas disciplinares e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDHA).

Crianças com respiração oral também possuem problemas na postura, estudos mostram que o equilíbrio corporal dos escolares com respiração oral, em ambos os gêneros, mostra-se estar mais prejudicada em relação aos escolares sem respiração oral, principalmente na presença de conflito sensorial (VERA et al., 2006).

Desta forma, esta revisão bibliográfica justifica-se pela necessidade de uma revisão no tem.

Esta revisão bibliográfica tem o objetivo identificar se a qualidade de vida de pessoas com respiração oral está afetada, quais aspectos estão mais prejudicados nesses sujeitos, verificar quais são os instrumentos mais utilizados para pesquisar a

qualidade de vida dessas pessoas, quais países publicam mais sobre esse assunto e quais aspectos que estão mais prejudicados nesses sujeitos.



## 2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

A respiração é uma função vital para o ser humano, e sua qualidade está diretamente ligada à qualidade de vida do indivíduo. Além disso considera-se como função fundamental para o desenvolvimento e manutenção das estruturas orofaciais e da saúde em geral (SOUZA, 2010).

A OMS define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1998).

Nas últimas décadas, tornou-se necessário desenvolver instrumentos que avaliassem o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (FLECK e SKEVINGTON, 2007). O desenvolvimento da maioria desses instrumentos ocorre nos Estados Unidos ou na Inglaterra, segundo o WHOQOL (1995) e são traduzidos para serem utilizados em diferentes países.

Apesar do crescente desenvolvimento destes instrumentos, chegou-se a conclusão de que nenhum deles avaliava a qualidade de vida como uma perspectiva transcultural. Por esse motivo a OMS, desenvolveu um instrumento que contemplasse todos esses aspectos o WHOQOL-100. Este instrumento avalia a qualidade de vida e é composto por 100 itens que buscam avaliar a qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional. Atualmente está disponível em aproximadamente 20 idiomas diferentes. (WHOQOL, 1998).

A OMS percebeu a necessidade de existirem questionários com consistência e confiabilidade mas que demandassem menos tempo para seu preenchimento, sendo assim foi criado WHOQOL-bref, versão simplificada do WHOQOL-100 (WHOQOL, 1998).

O SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey) também é um instrumento para avaliar a Qualidade de Vida que tem tradução para o português. É um questionário formado por 36 itens que contemplam questões multidimensionais (WARE, KOSINSKI e KELLER, 1994).

WADE e SHERBOURNE em 1992 desenvolveram o *SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey)* é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão.

O *Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14)* é instrumento utilizado para descrever as repercussões que a saúde bucal pode influenciar na qualidade de vida. Ele é direcionado a crianças de 11 a 14 anos e foi desenvolvido e validado no Canadá (JOKOVIC, 2004). Esse instrumento foi encontrado como forma de avaliação em 10,4 % (2) da mostra analisada.

Segundo Rizzo (2003) a cavidade nasal tem papel fundamental em conduzir, aquecer, umidificar e filtrar o ar inspirado, sendo uma importante fonte de proteção para as vias aéreas inferiores.

Ao nascimento, a respiração é nasal e, caso não ocorram interferências negativas, este modo tende a permanecer até o final da vida. O ar entra por sucção e circula pela cavidade nasal, seios paranasais, faringe, laringe, traquéia e brônquios, antes de chegar aos pulmões. A integridade dessas estruturas é fundamental para produzir uma respiração eficiente (SOUZA 2010).

Segundo Souza (2010), um paciente é considerado respirador oral, quando o seu padrão de respiração nasal é insuficiente, passando a ser substituído pela suplência oral ou mista.

A respiração oral pode ser classificada em orgânica ou funcional, de acordo com a presença ou não de uma causa obstrutiva que justifique este padrão respiratório. O padrão de respiração oral funcional é comumente observado em pacientes com alterações neurológicas, assim como naqueles que já tiveram sua causa obstrutiva resolvida, mas que, apesar disto, ainda mantêm por hábito a respiração através da boca (BECKER et al. 2005).

As causas mais frequentes da respiração oral são obstruções nasais e/ou obstruções faríngeas. As obstruções nasais podem ocorrer por desvio de septo, corpo estranho, hiperplasia de mucosa, tumores, pólipos, fraturas ou atresias. As obstruções faríngeas ocorrem com mais frequência por hiperplasia das tonsilas, faríngeas ou palatinas. A flacidez dos músculos da face também pode levar a boca a se abrir, originando a respiração oral (MARCHESAN, 2003).

Ribeiro e Pinto (2006) relatam que percebe-se uma maior incidência de processos infecciosos das vias aéreas superiores na infância, o que contribui para o amadurecimento dos mecanismos de defesa do organismo. Ainda segundo Souza (2010), é nesse período da vida que é relativamente comum a obstrução das vias aéreas superiores decorrentes a hiperplasia das tonsilas faríngeas e palatinas

levando a uma redução do diâmetro da via aérea pérvua e conseqüente prejuízo para passagem do ar pelas vias aéreas superiores.

Quando a criança está acordada, consegue tolerar a respiração oral, mantendo a boca aberta. Porém, ao dormir, o relaxamento da musculatura das vias aéreas superiores e o colapso lingual, ocasionam quase que uma obstrução completa da via aérea que já estava parcialmente obstruída pela hiperplasia tonsilar, favorecendo os distúrbios respiratórios do sono (RIBEIRO e PINTO 2006).

Nascimento et al. (2003) bem como Di Francesco et al. (2004) concordam que as crianças respiradoras orais podem apresentar várias alterações clínicas características; o lábio inferior costuma ficar hipotônico e evertido enquanto o lábio superior costuma ficar retraído e curto. Observa-se ainda hipertrofia gengival, halitose e freqüência maior de cáries. A língua tende a ser hipotônica, ficando apontada para baixo e mantendo seu dorso elevado. Amaral et al. (2002) ainda observam que podem ocorrer alterações de fala com voz rouca e nasalada, articulação imprecisa, troca de sons e escapes aéreos (ceceio) laterais e anteriores, além de alterações ortodônticas/ortopédicas.

O trabalho fonoaudiológico segundo Marchesan (2003) não visa à cura, mas a melhora dos padrões respiratórios com conseqüente melhora dos padrões de vida diária. Exercícios e algumas massagens com o intuito de melhorar o tônus e a propriocepção da musculatura da face podem ser introduzidos quando houver necessidade.

Nagae et al. (2011) realizaram um estudo com 49 voluntários, distribuídos em dois grupos: grupo de respiradores orais, com 24 sujeitos e grupo de respiradores oronasais, com 25 sujeitos, com faixa etária entre 18 e 38 anos de idade, de ambos os sexos. O estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de sujeitos respiradores orais ou oronasais. O protocolo utilizado foi uma versão em português do WHOQOL-BREF. Conseguiram verificar com esse estudo que respiradores oronasais apresentam pior qualidade de vida que respiradores orais nos aspectos ambiental, psicológico e físico. Os autores referem que essa inferioridade na qualidade de vida pode ser justificada pelo fato do respirador oral somente respirar pela boca, e conseqüentemente se acostumar e adaptar-se as circunstâncias do seu estado.

Milanesi (2011) realizou uma pesquisa com o objetivo de avaliar o impacto da respiração oral na idade adulta, nos aspectos físicos e na qualidade de vida. O

estudo contou com 24 adultos, entre 18 e 30 anos, com histórico de respiração oral na infância. O método para avaliar a Qualidade de Vida foi o questionário de Qualidade de Vida SF-36, os voluntários ainda foram submetidos à avaliação fisioterapêutica e avaliação dos parâmetros respiratórios. Verificou-se com a pesquisa que adultos com histórico de respiração oral na infância apresentam ou mantêm alterações de postura de cabeça e coluna lombar, na força dos músculos respiratórios no desempenho aeróbico e na qualidade de vida.

Chedic et al. (2009) realizaram um estudo com 152 pré-escolares de uma escola particular de São Paulo, para comparar o processo de aquisição da linguagem escrita e problemas disciplinares entre crianças com e sem distúrbios respiratórios. Os autores verificaram que há uma forte associação entre respiração oral e pré-escolares encaminhados ao reforço escolar, bem como com atraso no processo de aquisição da linguagem escrita, além da relação com problemas disciplinares.

Vera et al. (2006) estudaram 77 pacientes do Serviço Ambulatorial de Neurodificuldades da Faculdade de Medicina ABC com diagnósticos de Transtorno de Aprendizagem (TA), com o objetivo de caracterizar a população com Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e levantar prevalência TA e presença de respiração oral e verificar possíveis associações. As autoras verificaram que a prevalência do TDAH tem uma grande associação com a respiração oronasal.

Burger, Caixeta e Di Ninno (2004) afim de analisar a relação entre apnéia do sono, ronco e respiração oral em indivíduos adultos, aplicaram um questionário elaborado pelos autores em 45 pacientes adultos, de ambos os gêneros, com perguntas sobre o seu modo de respiração. Percebeu-se que a uma relação entre presença de apnéia do sono e a respiração oral, provavelmente devido ao quadro de hipotonia muscular causado pela respiração alterada.

Imbaud et al. (2006) verificaram a frequência de complicações e comorbidades associadas à rinite alérgica em crianças e adolescentes e, a interferência da respiração oral. Observaram que crianças que possuem respiração oral possuem ronco noturno com o dobro de frequência do que crianças respiradoras nasais.

Cunha et al (2007) analisaram o estado nutricional, função mastigatória, aeração nasal, dados sobre o sono, olfato e paladar de crianças respiradoras orais e comparou com um grupo de crianças respiradoras nasais. Estudaram 77 crianças

respiradoras orais e 154 respiradoras nasais entre seis e dez anos. Nas crianças respiradoras orais houve diminuição da ingestão de carboidratos e aumento da ingestão de lipídeos, porém não foram encontrados dados consistentes que apontem a associação entre a respiração oral e o estado nutricional.

Roggia et al. (2010) compararam a postura e equilíbrio corporal entre os grupos de escolares com e sem respiração oral considerando a variável gênero, foram analisados um grupo controle (respiração nasal) e o grupo de estudo (respiração oral). A amostra final ficou composta por 51 escolares no grupo estudo (20 gênero feminino e 31 gênero masculino) e 58 escolares no grupo controle (34 gênero feminino e 24 gênero masculino). Verificou-se que escolares com respiração oral apresentam alterações posturais. Sendo que no gênero feminino principalmente relacionada ao posicionamento cefálico e no masculino principalmente relacionado aos membros inferiores. O equilíbrio corporal dos escolares com respiração oral, em ambos os gêneros, mostrou estar mais prejudicada em relação aos escolares sem respiração oral.

Krakauer & Guilherme (2000), objetivando analisar a relação entre respiração oral e alterações posturais, realizaram uma pesquisa com crianças de cinco a 10 anos. Foram analisadas as fotos de 150 crianças respiradoras orais e 90 fotos de crianças respiradoras nasais. Em relação aos resultados, os autores relatam que em sua amostra não houve diferença quanto à postura relativamente ao gênero. Além disso, até os oito anos de idade não foi evidenciada também diferença de alterações posturais nas crianças respiradoras orais e nasais. No entanto, a partir dos oito anos, o número de alterações foi estatisticamente maior no grupo de crianças que apresentavam respiração oral do que no grupo de crianças respiradoras nasais. Os autores ressaltaram que, em seus achados, as crianças com respiração nasal apresentam uma maior harmonia corporal do que as respiradoras orais.

### 3 METODOLOGIA

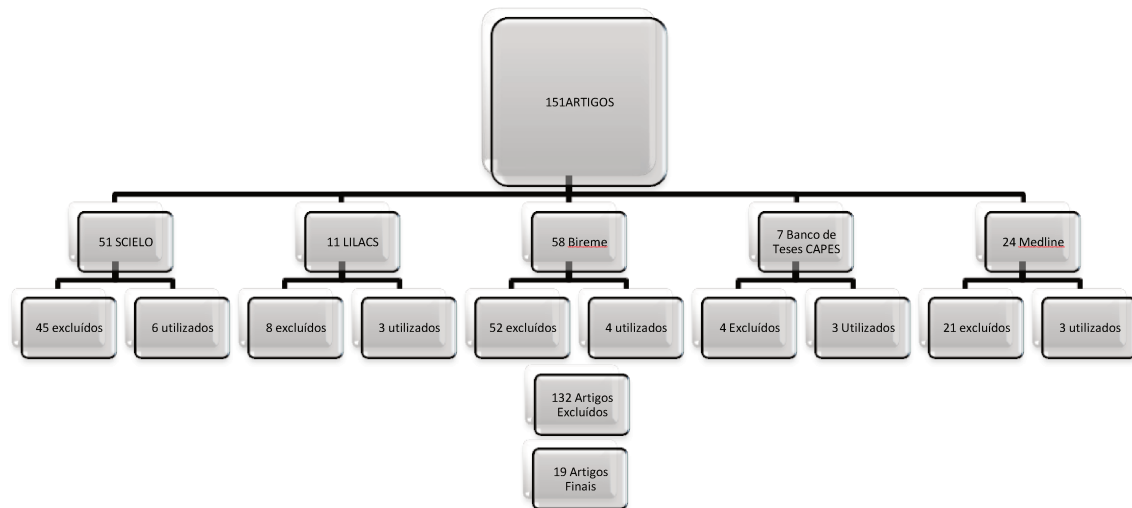
Esta revisão bibliográfica sobre a respiração oral e a qualidade de vida foi dividida em duas etapas. A primeira etapa constituiu na procura dos descritores da Bireme (bvsalud.org). Na segunda etapa, os artigos foram selecionados com base nos critérios de inclusão: adequação ao tema pesquisado, estar disponível em Português, Inglês ou Espanhol, terem sido publicados entre Janeiro de 2004 e Junho de 2014. Foram descartados artigos que apesar de aparecem nos resultados da busca, não se enquadraram ao tema, artigos encontrados em mais de uma base de dados e artigos pagos. Para isso, todos os artigos e textos passaram por uma análise prévia de seus títulos, resumos e descritores para verificação de adequação ao presente estudo.

Para realização da pesquisa acerca dos estudos sobre respiração oral e qualidade de vida, foi realizada busca em bases de dados *online*, livros, revistas e teses. As bases de dados utilizadas foram Medline –Pubmed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Base de Teses da Capes. A busca foi realizada por meio das palavras encontradas nos títulos e resumos.

Foram utilizados os seguintes descritores e palavras-chaves: respiração oral, respiração bucal, respiração oronasal, respirador oral, repiradores oronasais, mouth breathing, mouth breathings, oronasal respiration, qualidade de vida, quality of life e life quality.

Foram encontrados 151 artigos, sendo 51 na base de dados Scielo, 24 na base Medline, 11 na base de dados Lilacs, 58 na base Bireme e 7 no Banco de Teses da Capes. A distribuição dos artigos pode ser encontrada no fluxograma abaixo.

Figura 1. Fluxograma de distribuição dos artigos excluídos e utilizados



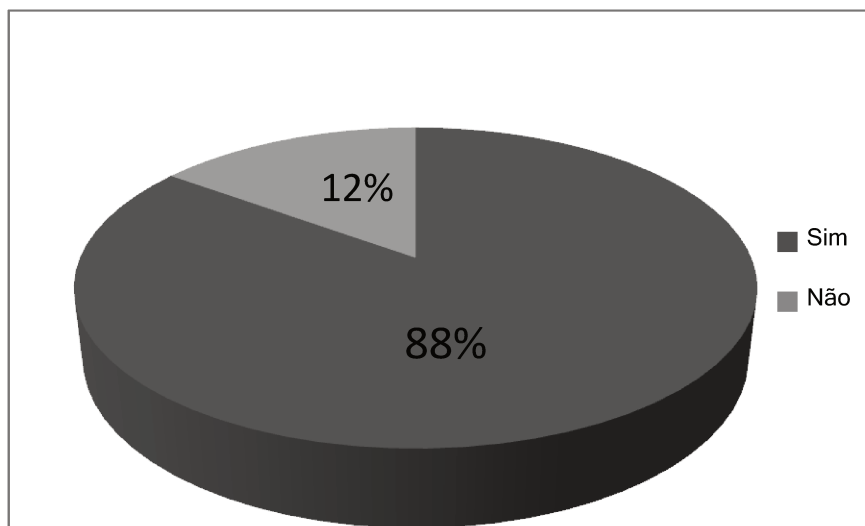
Após análise dos títulos e resumos, foram excluídos um total de 132 artigos, restando 19 para análise.

Para análise da amostra final dos artigos foi feita uma tabela composta pelos seguintes tópicos: alteração na qualidade de vida, sim ou não; qual o aspecto mais alterado; utilizava questionário, sim ou não; questionário validado, sim ou não; qual questionário validado; média de idade, infância (0 á 4 anos), segunda infância (5 à 12 anos), adolescência (13 á 17 anos), adultos (acima de 18 anos); média de indivíduos utilizados para a pesquisa; artigos publicados no Brasil; artigos publicados internacionalmente e qual o ano de publicação do artigo.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dessa revisão de literatura pode-se perceber que dos 19 artigos selecionados, 88% (17) dos artigos analisados relatam prejuízo na qualidade de vida do respirador oral, seja em aspectos relacionados ao sono, comportamento, alimentares, físicos, aprendizagem entre outros (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição da Qualidade de Vida nos Respiradores Oraís Segundo os Artigos Selecionados



Apenas em 12% (2) dos artigos não houve relação entre o prejuízo da qualidade de vida e a respiração oral. Sendo que 6% (1) relatou pior qualidade de vida de respiradores orais mistos quando comparado com respiradores orais. Esses autores concluíram que a qualidade de vida dos respiradores oronasais foi pior do que os respiradores orais. Podemos ter como fato dessa condição que respiradores oronasais já tiveram a sensação de respirar pelo nariz, mesmo que de maneira assistemática. Ainda nesse estudo os autores referem que o fato da qualidade de vida dos respiradores mistos ser inferior ao dos respiradores orais pode ser justificada pelo fato do respirador oral somente respirar pela boca, e conseqüentemente se acostumar e adaptar-se as circunstâncias do seu estado (NAGAE et al., 2011).

Carr Gibson e Robinson (2001) em seu estudo sobre a qualidade de vida, discorreram sobre a importância da experiência para que expectativas possam ser



criadas. Podemos assim justificar a inferioridade da qualidade de vida dos respiradores mistos, esses por terem maior percepção e senso crítico do seu estado clínico e da dificuldade para respirar, favorecem um maior enfrentamento da situação (SILVA et al. 2001).

Quanto aos aspectos sono foi o que se teve mais influência na qualidade de vida do respirador oral, estando alterado em 32% (6) dos artigos pesquisados (Figura 3). Popoaski et al. (2012) constatou que os respiradores orais tem 27 vezes mais chances de ter roncos noturnos do que em indivíduos respiradores nasais. Este fato foi reforçado por Burger (2004), que referiu que o sono durante a noite estando prejudicado causa sonolência diurna e esta pode trazer consequências negativas para o indivíduo, como déficit de atenção, concentração e memória.

Problemas de aprendizagem, como atraso no processo de aquisição da escrita, baixo rendimento escolar e associação entre TDAH e respiração oral, foram encontrados em 16% (3) dos artigos analisados. Esses problemas de aprendizagem podem ser justificados pelo sono dos respiradores orais estar alterado, causando sonolência diurna e influenciando negativamente no processo de aprendizagem do indivíduos.

Marchesan (1998), Lemos, Wilhelmsen e Mioan (2009) relatam que o fracasso no rendimento escolar não é causado por problemas intelectuais, e sim, devido à noite mal dormida.

Carvalho (2003b) corrobora com o autor acima citado, afirma que um dos motivos das crianças com respiração oral não terem vontade de sair da cama para estudar ou ir à escola, é o sono, que, durante a noite que não foi eficaz como deveria.

Os respiradores orais segundo Serres et al. (2000) apresentam distúrbios de comportamento como a inquietação, a irritação, a desatenção, o sono agitado, a sonolência durante o dia. Esses sintomas podem afetar a concentração da criança durante o período de aula e interferir negativamente no seu desempenho escolar.

Problemas comportamentais como: inquietude; irritação; agitação e ansiedade podem ser justificados segundo Menezes et al. (2009), pela má oxigenação cerebral que leva a constantes estados de letargia e dores de cabeça.

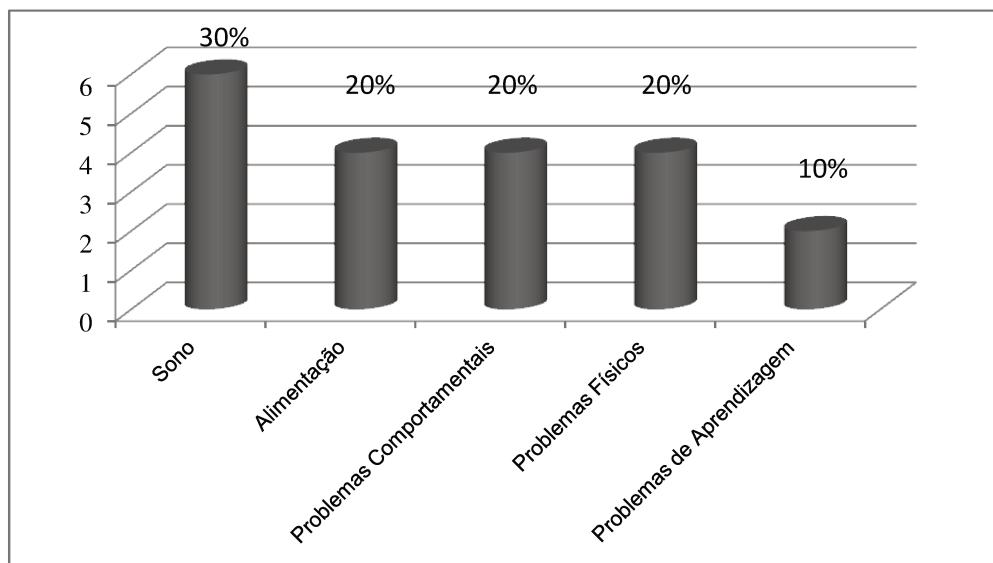
A alimentação, problemas comportamentais (inquietude, irritação, falta de concentração, ansiedade, agitação) e problemas físicos (alterações posturais) foram

aspectos relatados como prejudiciais a qualidade de vida do respirador oral em 21% (4) dos artigos analisados.

Di Francesco et al. (2004) diz que as mudanças na mastigação e à dificuldade em deglutir podem ter relação com a obstrução nasal, faríngea ou palatina que o respirador oral possui. Já Carvalho (2003a) diz que os respiradores orais preferem alimentos que facilitem a ingestão e que permitam que os mesmos continuem respirando pela boca devido ao olfato e paladar diminuídos.

Com relação às alterações posturais, Carvalho (2006) em seu estudo diz que o respirador oral mantém os ombros pra frente comprimindo o tórax, causando deformidades torácicas, cabeça mal posicionada em relação ao pescoço e músculos abdominais fracos. Também prefere ao dormir, a posição de decúbito lateral ou vertical pois em decúbito dorsal, com a boca aberta, a língua ocupa o espaço retrobucal, dificultando a respiração.

Figura 3. Distribuição dos aspectos que mais influenciaram a Qualidade de Vida dos Respiradores Orais, conforme os artigos selecionados



Pode-se perceber que ainda não há um questionário específico e validado para avaliar a qualidade de vida do respirador oral.

O questionário WHOQOL-bref foi utilizado em 5,2% (1) dos artigos analisados. Outros 5,2% (1) dos artigos utilizou o SF-36, este é um questionário multidimensional formado por 36 itens, validado internacionalmente.

O *Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14)* é instrumento utilizado para descrever as repercussões que a saúde bucal pode influenciar na qualidade de vida. Ele é direcionado a crianças de 11 a 14 anos e foi desenvolvido e validado no Canadá (JOKOVIC et al., 2004). Esse instrumento foi encontrado como forma de avaliação em 10,4 % (2) da mostra analisada. E 10,4% (2) da amostra utilizaram a aplicação do Questionário de Qualidade de Vida do Respirador oral (Ribeiro e Pinto, 2012) esse, é um questionário específico para avaliar a qualidade de vida do respirador oral e esta em processo de validação.

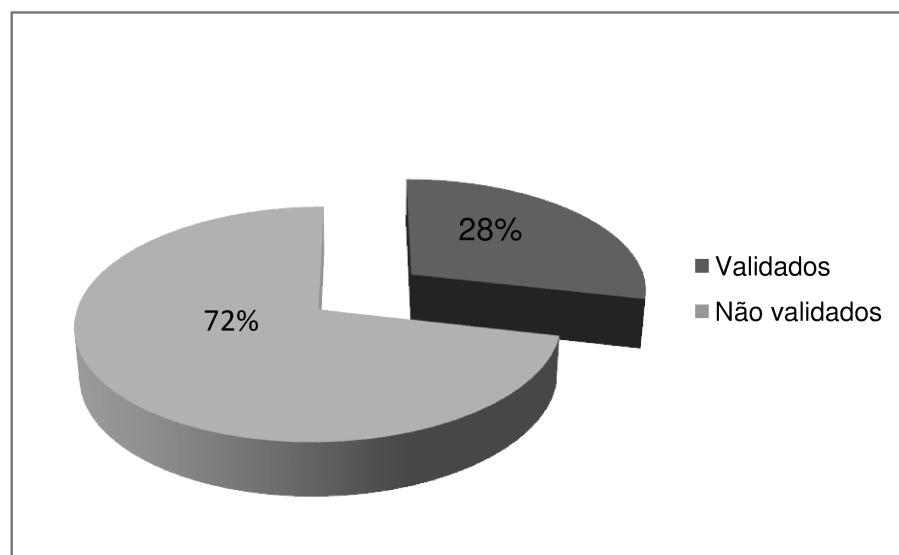
Esse questionário foi elaborado no Brasil em uma Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, e será um instrumento muito importante para avaliar a qualidade de vida do respirador oral, no âmbito nacional.

Nota-se que 73% (14) dos artigos analisados utilizam questionários para verificar se a respiração oral influencia ou não na qualidade de vida, porém somente 28% (4) dos artigos utilizam questionários validados internacionalmente, os outros 72% (10) dos artigos que utilizam questionários faz uso de questionários estruturados próprios, elaborados pela instituição, hospital ou pesquisador (Figura 4).

A maioria 15,2% (3) dos artigos analisados que utilizam questionários validados são artigos publicados nacionalmente, somente 5,2% (1) dos artigos com questionários validados á internacional.

A formulação e validação do questionário são de extrema importância, pois de acordo com Andrade (2000) questionários mal formulados podem influenciar respostas além de invalidar todos os resultados da análise.

Figura 4. Distribuição dos questionários de Qualidade de Vida utilizados pela literatura quanto à validação



Os restantes 26% (5) dos artigos analisados baseiam-se suas pesquisas através de análises de prontuários, revisões de literatura e estudo de casos.

Para analisar a faixa etária mais estudada dividimos em 4 grupos: infância (0 à 4 anos), segunda infância (5 à 12 anos), adolescência (13 à 17 anos), adultos (acima de 18 anos). Sendo que nessa análise o número de artigos apresenta-se aumentado, pois há artigos que englobam mais de um grupo.

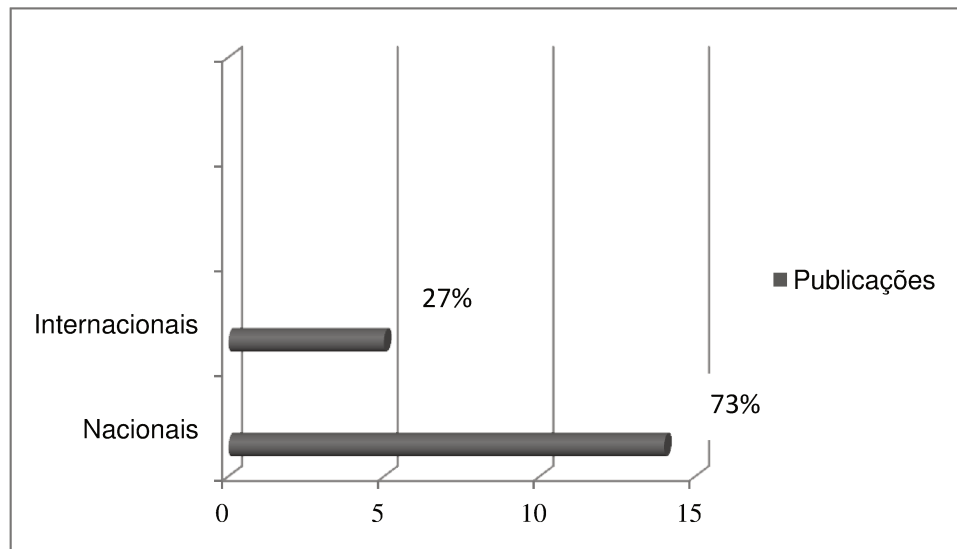
A infância é estudada em 15,6% (3) dos artigos. A faixa etária mais estudada é a segunda infância, sendo pesquisada por 67,6% (13) dos artigos. A adolescência é analisada por 31,2% (6) dos artigos e a fase adulta por 15,6% (3). Pode-se perceber que a infância e a fase adulta são os grupos menos estudados.

Com relação ao por número de sujeitos estudados por artigo percebemos que 10,4% (2) utiliza uma amostra entre 1 e 15 sujeitos, 15,6% (3) utilizam entre 16 à 50 sujeitos; 31,2% (6) dos artigos tem como amostra 51 à 100 sujeitos; 15,6% (3) utiliza entre 101 e 150 e 10,4 (2) utiliza entre 151 e 350 sujeitos. Percebe-se que a maioria dos artigos utiliza uma meda de 90 indivíduos para realizar suas pesquisas, essa amostra se mostra relativamente boa e conseqüentemente pode apresentar grande relevância estatística.

Com relação ao número de indivíduos analisados, podemos perceber que os estudos apresentaram uma média de 90 sujeitos. Sendo que a amostra mínima foi de 11 pessoas e a máxima de 328, sendo que a maioria dos artigos estudados utilizou uma amostra entre 16 à 50 pessoas.

Apesar do desenvolvimento da maioria dos instrumentos para avaliar a qualidade de vida acontecer nos Estados Unidos, segundo o WHOQOL (1995), quando se trata do comparativo entre qualidade de vida e respiração oral o Brasil tem demonstrado um grande número de publicações. A grande maioria dos artigos encontrados é publicada por revistas nacionais 73% (14), sendo que desses, 5,2% (1) foi publicado em outro idioma. Os restantes 27% (5) são publicados no idioma inglês em revistas internacionais (Figura 5). O grande número de artigos nacionais encontrados pode ser justificado pela escolha das bases de dados para a realização da pesquisa. A maioria das bases pesquisados tem um grande número de publicações latinoamericanas, onde o Brasil se destaca quanto ao número de publicações.

Figura 5. Distribuição entre publicações Nacionais e Internacionais sobre a Qualidade de Vida do Respirador Oral



No período entre 2004 e 2009, foram publicados 58% (11) dos artigos. Porém, percebe-se que nos últimos anos tem se publicado significativamente sobre a influencia da respiração oral na qualidade de vida, 42% (8) dos artigos analisados foram publicados no período de 2010 à 2014.

## **5 CONCLUSÃO**

A maioria dos trabalhos científicos pesquisados relata alteração na qualidade de vida do respirador oral, especialmente no que diz respeito ao sono, problemas comportamentais, alimentação, físicos e de aprendizagem.

Além disso, verificamos que embora o Brasil publique em uma quantidade significativa no cenário mundial, a minoria dos estudos realiza tais pesquisas com questionários validados sejam nacional ou internacionalmente, portanto sugere-se a ampliação de estudos buscando a validação de questionários específicos ou a utilização de questionários já validados internacionalmente.

## 6 REFERÊNCIAS

- Aguiar, C.C, Vieira, A.P.G.F, carvalho, A.F et al. Assessment instrumentos for a Health Related Quality of Life in Diabetes Mellitus. **Arq Brás Endocrinologia Metanol**, v.52, n.6, p.931-989, 2008.
- Amaral CSF, Martins ER, Rios JBM. A respiração bucal e o desenvolvimento do complexo dentofacial. **Rev Bras Alergimmunopatol.** v.25, n.4, p.131-135, 2002.
- Andrade, D.F., Tavares, H.R., Valle, R.C. Teoria da Resposta ao Item: Conceitos e Aplicações. **Associação Brasileira de Estatística. 14o Simpósio Nacional de Probabilidade e Estatística.** 2000
- Becker HMG, Guimarães RES, Pinto JA, Vasconcellos MC. Respirador bucal. In: **Leão E, Correa EJ, Mota JAC, Viana MB.** Pediatriaambulatorial. Belo Horizonte: 4a Ed Coopmed. p.487-493. 2005.
- Bousquet J et al. **Quality of life in Asthma: internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire.** Am J Respir Care. p.149:371-375. 1994.
- Burger RCP, Caixeta EC, Di Ninno CQMS. Apnéia do sono, ronco e respiração oral. **Rev CEFAC**, São Paulo. v.6, n.3, p. 266-271, 2004.
- Campanha SMA et al. O impacto da asma, da rinite alérgica e da respiração oral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. **Rev CEFAC**, v. 10, n.4, p. 514-519, 2008.
- Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life determined by expectations or experience? **British Medical Journal.** p. 322-333. 2001.
- Carvalho GD. Alterações alimentares e do apetite. In: Carvalho GD. S.O.S. respirador bucal. São Paulo: Lovise. p. 137-44. 2003.
- Carvalho GD. Síndrome do respirador bucal ou insuficiente respirador nasal. **Rev Secret Saúde.** v. 2, p. 22-25, 2006.
- Carvalho GD. Alterações comportamentais comuns na síndrome do respirador bucal. **Lovise:** São Paulo; 2003.
- Chcdid KAK, Di Franceso RC, Junqueira P. A influência da respiração oral no processo de aprendizagem da leitura e escrita em crianças pré-escolares. **Rev. CEFAC.** v.1, n.4, p.607-617, 2009.
- Cunha DA, Silva GAP, Motta MEFA, Lima CR, Silva HJ. A respiração oral em crianças e suas repercussões no estado nutricional. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.9. n.1, p, 47-54, 2007..
- Di Francesco RC, Passeroti G, Paulucc B, Miniti A. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. **Rev Bras Otorrinolaringol.** v.7, p. 665-700, 2004.
- Fleck M. P.; Skevington S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Rev. psiquiatr. clín.** vol.34 suppl.1 São Paulo 2007

Heringer MRC, Reis M, Pereira LFS, Di Ninno CQMS. A influência da amamentação natural no desenvolvimento dos hábitos orais. **Rev CEFAC**. v.7, n.3, p.307-310, 2005.

Imbaud T, et al. Respiração bucal em pacientes com rinite alérgica: fatores associados e complicações. **Rev. bras. alerg. imunopatol**. v.29, n.4, 2006.

Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G: Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight-to-ten-year-old children. **Pediatric dentistry** . v.26, p. 512-518, 2004.

Juniper EF, Stahl E, Doty RL, Simons ER, Allen DB, Howath PH. **Clinical outcomes and adverse effect monitoring in allergic rhinitis**. J AllergyClinImmunol. v. 115, n.3, p.390-413, 2005.

Junqueira P. Avaliação e Diagnóstico Fonoaudiológico em Motricidade Oral. In: **Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, organizadores**. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca. Cap, 20, p. 230-6. 2004.

Krakauer, L. H.; Guilherme, A. Relação entre respiração bucal e alterações posturais em crianças: uma análise descritiva. **Rev Dent Press OrtodonOrtop Facial**, Maringá, v. 5, n. 5, p. 85-92, 2000.

Leme MS, Barbosa TS, Gavião MBD. Relationship among oral habits, orofacial function and oral health-related quality do life in children. **Braz Oral Res**, v. 27, n. 3, p. 272-278, 2013.

Lemos CM, Wilhelmsen NSW, Mion OG, Mello JFJ. Alterações funcionais do sistema estomatognático em pacientes com rinite alérgica: estudo caso-controle. **Braz J Otorhinolaryngol**. v.75, p. 268-274, 2009.

Locker D, Jokovic A, Thompson B. Health-Related quality of life of children aged 11 to 14 Yeats with orofacial conditions. **Cleft Palate-Craniofacial Journal**, v. 42, n. 3, 2005.

Marchesan IQ. Aspectos clínicos da motricidade oral. In: Marchesan IQ. **Fundamentos em Fonoaudiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara. p 123-35, 1998.

Marchesan IQ. A equipe de trabalho no respirador oral. In: **Krakauer LH, Di Francesco RC, Marchesan IQ, organizadoras**. Conhecimentos essenciais para entender bem a respiração oral. São José dos Campos: Pulso. p.163-167, 2003.

Menezes VA, Tavares RLD, Garcia AFG. Síndrome da respiração oral: alterações clínicas e comportamentais. **Arquivos em odontologia**, v. 45, n. 03, 2009.

Milanesi. MM. **Impacto da respiração oral ocorrida durante a infância na fase adulta: aspectos físicos e qualidade de vida**. 2011. 117f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2011.

Nascimento Filho E, Mayer MPA, Pontes PAL, Pignatari ACC, Weckx LLM. A respiração bucal é fator de risco para cárie e gengivite? **RevBras Alergia Imunopatol**. v.26, n.6, p.243-249, 2003.



Nagael MH et al. Qualidade de Vida em Sujeitos Respiradores Orais e Oronasais. **Rev CEFAC** , v. 15, n. 1, 2011.

Neiva. P.D. **Orientação e posição da cabeça, escápula e coluna torácica em crianças respiradoras orais.** 2008. 83f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

Popoaski et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes respiradores orais. **Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol.**, São Paulo - Brasil, v.16, n.1, p. 74-81, Jan/Fev/Março - 2012.

Ribeiro ML, Pinto JA. **Qualidade de vida no respirador oral: avaliação sistemática em crianças de 6 a 12 anos, atendidas em centro de referência da UFMG.** [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

Ribeiro ML, Pinto JA. **Validação do questionário de qualidade de vida e avaliação do bem estar subjetivo de crianças respiradoras orais.** [Tese]. Belo Horizonte. Faculdade Federal de Minas Gerais, 2012.

Rizzo MC. **O respirador bucal. In: Naspitz C. Alergias respiratórias.** São Paulo: Vivali Ed. 1, p.98-110, 2003.

Roggia B, Correa B, Pranke GI, Facco R, Rossi AG. Controle postural de escolares com respiração oral em relação ao gênero. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica.** v.22, n.4, p.433-438, 2010.

Rubin RM. **Facial Deformity: A Preventable Disease?** Angle Orthod. v.4, .n.2, p. 98- 103, 1978.

Serres LM, Derkay C, Astley S, Deyo RA, Rosenfeld RM, Gates, GA. Measuring quality of life in children with obstructive sleep disorders. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg.** v. 126, p. 1423-1429, 2000.

Souza LD. **Respiração oral e suas consequências, uma revisão de literature.** [dissertação]. Minas Gerais: 2010.

Testa MA, Simonson DC. **Assesment of quality- of- life outcomes.** N Engl J Med. v.334, n.1, p.835-840, 1996.

Ungkanot K, Areyasathidmon S. Factores affecting quality of life of pediátrica outpatients with symptoms suggestive do sleep-disordered breathing. **International journal do pediatric otorhinolaryngology**, v.70, p. 1945-1948, 2006

Vera CFD, Conde GES, Wajnsztein R, Nemr K. Transtornos de Aprendizagem e presença de respiração oral em indivíduos com diagnóstico de transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDH). **Rev CEFAC**, São Paulo, v.8, n.4, p.441-455, 2006.

Wade JE, Sherbourne CD: The MOS 36 Intem Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. **Med Care.** 30. p. 473-483, 1992.

Ware JE. Kosinski M. Keller ED: **The SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual.** Boston. The Health Institute. 1994.

WHOQOL Group. **The world health organization quality of life assessment (WHOQOL):** Position paper from the World Health Organization. *SocSci Med*.v.41.p.1403-1409. 1995.

The WHOQOL Group. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL):** development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*; 46:1569-85. 1998.

**World Health Organization. World Health Organization Constitution.** Geneva: 1947.