

Avaliação da qualidade de vida em pacientes respiradores orais

Evaluation from the quality of life in the oral breathers patients

Cristiane Popoaski¹, Taise de Freitas Marcelino², Thiago Mamôru Sakae³, Larissa Martins Schmitz¹, Luiz Henrique Locks Correa¹.

1) Acadêmico (a) do Curso de Medicina.

2) Médica, Residência em Otorrinolaringologia - Hospital Angelina Caron - Curitiba - PR, Fellow em Cirurgia Plástica Facial - Hospital da Cruz Vermelha - Curitiba - PR. Otorrinolaringologista Professora no Internato Médico no Curso de Medicina da UNISUL.

3) Médico, Residência em Saúde da Família e Medicina Comunitária - HNSC; Mestre em Saúde Pública - UFSC; Doutorando em Ciências Médicas - UFSC. Professor no Curso de Medicina da UNISUL.

Instituição: Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL.
Tubarão / SC - Brasil.

Endereço para correspondência: Cristiane Perini Popoaski - Avenida José Acácio Moreira, 687 - Bairro: Morrotes - Tubarão / SC - Brasil - CEP: 88704-000 - Telefone: (+55 48) 3622-2039 / 9161-4004 - E-mail: crispopoaski@gmail.com

Artigo recebido em 15 de Junho de 2011. Artigo aprovado em 21 de Setembro de 2011.

RESUMO

Introdução: A respiração oral é um sintoma frequente na infância e exerce diversas alterações que comprometem o desenvolvimento físico e cognitivo infantil, influenciando negativamente na qualidade de vida do paciente.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida do respirador oral, comparando-a com não respiradores orais.

Método: Estudo transversal descritivo, prospectivo com uma amostra de 71 pacientes de 4 a 17 anos, sendo 39 respiradores orais atendidos por otorrinolaringologistas e 32 pacientes não respiradores orais como grupo controle, avaliados quanto à qualidade de vida através de um questionário.

Resultados: Os respiradores orais apresentaram mais problemas nasais, com o sono e alimentares, além de uma maior pontuação média para roncar à noite ($p < 0,0001$), quando comparados ao grupo controle. A prevalência de roncos noturnos nos pacientes respiradores orais foi de 87,2%. A alta pontuação na escala de respostas significou uma pior qualidade de vida.

Conclusão: A Síndrome do Respirador Oral parece estar relacionada a um impacto negativo na qualidade de vida, principalmente no que se refere aos problemas nasais, com o sono e alimentação. Futuros estudos com a aplicação do mesmo questionário tornam-se necessários para que este possa se tornar um instrumento capaz de avaliar a qualidade de vida dos pacientes em questão.

Palavras-chave: respiração bucal, qualidade de vida, ronco, tonsila faríngea, tonsila palatina.

SUMMARY

Introduction: The oral breathing is a frequent symptom in childhood and has many alterations that compromise the child physical and cognitive development, negatively influencing from the oral breather, comparing her with the not oral breathers.

Method: Cross sectional study, prospective with a sample from 71 patients from 4 to 17 years, being 39 mouth breathers attended by otorhinolaryngologists and 32 patients not mouth breathers as the control group, evaluated as the quality of life through a questionnaire.

Results: The oral breathers presented more nasal problems, with the sleep and food, besides an greater average punctuation for snoring at night ($p < 0,0001$), when compared to the control group. The prevalence of night snoring in the patients oral breathers was of 87,2%. The high punctuation in the scale of answers meant a worst quality of life.

Conclusion: The syndrome of the oral breather seems to be related to a negative impact in the quality of life, mainly for the nasal problems, with the sleep and eating. Future studies with the application of the same questionnaire have become needed for this to become as capable instrument of evaluation of the life quality from the patients in the matter.

Keywords: mouth breathing, quality of life, snore, pharyngeal tonsil, palatine tonsil.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1947, define saúde como um bem-estar físico, psíquico, social e não apenas como ausência de doença (1).

Dentre as alterações com potencial influência na qualidade de vida do paciente encontra-se a respiração oral. A respiração oral ocorre quando a respiração nasal é substituída por um padrão respiratório onde o nariz é suplementado por respiração oral (1,2-5), durante um período maior que seis meses (1). De um modo geral, a respiração exclusivamente oral é rara, havendo na maioria das vezes um padrão misto de respiração, oral e nasal, nos pacientes nessa condição (1).

A respiração oral pode ser causada por vários fatores, dentre eles a hipertrofia de adenoide, tonsilas e conchas nasais (3,6), desvio de septo (se houver obstrução nasal) (2,3,6), rinite alérgica (6,7), deformidades nasais e faciais, e, mais raramente, corpos estranhos (4). As obstruções de vias aéreas superiores, nas suas diversas localizações (2,7), constituem as principais causas da respiração oral, variando sua prevalência de acordo com a idade do indivíduo. A obstrução das vias aéreas superiores não precisa ser absoluta, já que a resistência ao fluxo aéreo é inversamente proporcional à quarta potência do diâmetro através do qual o ar passa (8,9).

Além de estar envolvida na fisiopatologia de formas obstrutivas de respiradores orais, a hipertrofia irreductível de adenoides e/ou de tonsilas é considerada a forma primária de desordens respiratórias relacionadas ao sono, o que compromete o desenvolvimento físico e cognitivo infantil (2).

Nos lactentes e pré-escolares, as condições adquiridas, como a hiperplasia adenoamigdaliana e os processos inflamatórios crônicos, são as causas obstrutivas observadas com maior frequência (1), sendo que a hipertrofia irreductível adenoamigdaliana é considerada a forma primária de desordens respiratórias relacionadas ao sono, o que compromete o desenvolvimento físico e cognitivo infantil (2). A rinite alérgica tem grande importância como causa de respiração oral no escolar e adolescente (1,2).

O diagnóstico do paciente respirador oral é essencialmente clínico, sendo realizados exames complementares para avaliar o grau de obstrução das vias aéreas e para o diagnóstico diferencial, direcionando a abordagem terapêutica. O diagnóstico e abordagem precoces dessa condição clínica são fundamentais para minimizar suas consequências.

Dependendo da duração, a respiração oral pode causar alterações funcionais, estruturais, patológicas, posturais, oclusivas e comportamentais (1,2,4,10,11). A idade no início dos sintomas, o tempo de permanência desses até sua normalização e a intensidade da obstrução são fatores que influenciam a instalação das manifestações decorrentes da respiração oral (1).

As queixas mais comuns de respiradores orais são: dispneia e apneia noturna, se cansar facilmente durante atividades físicas, dores nas costas e pescoço, distúrbios olfativos e/ou gustativos (2), halitose (1,10), boca seca, acordar engasgado durante a noite, dormir mal, sonolência diurna, espirros, salivação abundante ao falar (10), hipoacusia e lacrimejamento (1), entre outros.

De acordo com a gravidade e o tempo de permanência desse padrão respiratório, repercussões sistêmicas podem ocorrer, levando a consequências negativas na qualidade de vida desses indivíduos devido ao seu impacto pessoal, físico, psicológico e social (1,3). Os respiradores orais podem apresentar retardo do crescimento pândero-estatural; alterações cardiológicas como hipertensão arterial sistêmica, hipertensão pulmonar e “cor pulmonale”; distúrbios respiratórios inferiores com frequência maior de tosse, dispneia e apneia obstrutiva; distúrbios neuropsíquicos como alterações do comportamento (como, por exemplo, hiperatividade, sono não restaurador, irritabilidade, dificuldade de concentração, redução no desempenho escolar, apesar de inteligência normal, enurese noturna) (2-4,10), cefaleia, além de uma tendência à maior frequência de infecções (1).

A abordagem do respirador oral deve ser multidisciplinar sempre que possível (1,10). Torna-se necessário que os profissionais da área da saúde possam reconhecer o respirador oral no início do desenvolvimento do quadro, para que possa, desta forma, agir preventivamente, atuando precocemente de maneira a minimizar suas repercussões crônicas e melhorar globalmente a qualidade de vida destes pacientes.

O paciente respirador oral apresenta alterações variadas decorrentes da respiração oral, sendo as crianças mais afetadas pelas interferências em seu crescimento, desenvolvimento e qualidade de vida. Dessa forma, este trabalho se propôs avaliar a qualidade de vida do respirador oral, comparando-o com não respiradores orais.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal descritivo através de um questionário avaliando a qualidade de vida em pacientes respiradores orais. O questionário foi dirigido ao

paciente e acompanhante quando aquele se encontrava impossibilitado de responder ao questionário proposto. Foram incluídos neste estudo pacientes com idade entre 4 e 17 anos atendidos em consultórios otorrinolaringológicos com diagnóstico de Síndrome do Respirador Oral que seriam submetidos à cirurgia de amigdalectomia, adenoidectomia ou adenomigdalectomia, na cidade de Tubarão/SC, no período compreendido entre março de 2010 a junho de 2010.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL sob protocolo 09.693.4.01.III.

Os dados foram coletados em planilha própria e tabulados no programa estatístico Epidata 3.1 e para análise o programa SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 16.0.

Os dados foram avaliados por meio de porcentagens nas variáveis qualitativas e medidas de tendência central e dispersão nas variáveis quantitativas. As variáveis qualitativas foram comparadas, se utilizado o teste qui quadrado de Pearson, e as diferenças médias de pontuação dos domínios do questionário de qualidade de vida foram testadas através do teste t-Student, no nível de confiança de 95%.

Questionário	
Nome: _____ gênero: () feminino () masculino	
Idade: _____	
Isto não é uma prova e, portanto, não existem respostas certas ou erradas.	
<p>Você apresenta algum problema nasal?</p> <p>() sim () não () Não sei responder</p> <p>1- Você sente-se incomodado com a sua respiração? 2 3 4 5</p> <p>2- Você costuma ficar com nariz entupido? 2 3 4 5</p> <p>3- Você costuma apresentar espirros frequentes? 2 3 4 5</p> <p>4- Você costuma apresentar coceira no nariz? 2 3 4 5</p> <p>5- Seu nariz costuma ficar escorrendo? 2 3 4 5</p> <p>6- Você costuma roncar de noite? 2 3 4 5</p> <p>7- Você costuma sentir "coceira" na boca ou garganta? 2 3 4 5</p> <p>8- Você costuma levar lenço para escola? 2 3 4 5</p> <p>Você apresenta algum problema com o sono?</p> <p>() sim () não () Não sei responder</p> <p>1- O sono costuma ser tranquilo? 2 3 4 5</p> <p>2- Costuma acordar de noite? 2 3 4 5</p> <p>3- Costuma babar no travesseiro? 2 3 4 5</p> <p>4- Costuma queixar de sono durante o dia? 2 3 4 5</p> <p>5- Costuma dormir com a boca aberta? 2 3 4 5</p> <p>6- Já parou de respirar quando dormia? 2 3 4 5</p> <p>7- Costuma acordar com dor de cabeça? 2 3 4 5</p> <p>8- Costuma fazer xixi na cama? 2 3 4 5</p> <p>9- Costuma rangir os dentes? 2 3 4 5</p> <p>10- Costuma acordar com a boca seca? 2 3 4 5</p> <p>Alguns problemas alimentares? () sim () não</p> <p>1- Costuma alimenta-se bem? 2 3 4 5</p> <p>2- Costuma mastigar bem os alimentos? 2 3 4 5</p> <p>3- O intestino costuma funcionar bem? 2 3 4 5</p> <p>4- Costuma engasgar durante a alimentação? 2 3 4 5</p> <p>5- Costuma beber líquido durante as refeições? 2 3 4 5</p> <p>6- Costuma sentir falta de ar durante a alimentação? 2 3 4 5</p> <p>7- Costuma sentir dor de garganta? 2 3 4 5</p> <p>Odontologia / Estética</p> <p>1- Já foi ao dentista? () sim () não</p> <p>2- Já teve cáries? () sim () não</p> <p>3- Costuma escovar os dentes pelo menos 2 vezes ao dia? 2 3 4 5</p> <p>4- Costuma sorrir? 2 3 4 5</p> <p>5- Costuma gostar da sua aparência dentária? 2 3 4 5</p> <p>6- Gostaria de usar aparelho dentário? () sim () não</p>	<p>Escolaridade</p> <p>1- Já entrou na escola? () sim () não</p> <p>2- Em que série está? () 2º período () 3º período () 1ª série do ensino fundamental () 2ª série () 3ª série () 4ª série () 5ª série () 6ª série () Não sei</p> <p>3- Em que turno frequenta? () manhã () intermediário () tarde</p> <p>4- Algum problema na escola? () sim () não</p> <p>5- Dá conta de acompanhar sua turma na escola? 2 3 4 5</p> <p>6- Costuma apresentar dificuldade para aprender? ... 2 3 4 5</p> <p>7- Costuma ter boa memória? 2 3 4 5</p> <p>8- Costuma gostar de ir para escola? 2 3 4 5</p> <p>9- Pratica esporte fora do horário escolar? () não () sim _____</p> <p>Características Comunicação</p> <p>1- As pessoas costumam entender o que você fala? . 2 3 4 5</p> <p>2- Costuma escutar bem? 2 3 4 5</p> <p>3- Costuma ficar cansado quando fala? 2 3 4 5</p> <p>Atopia</p> <p>1- Costuma sentir coceira nos olhos? 2 3 4 5</p> <p>2- Já chiou alguma vez? () sim () não () Não sei responder Idade 1ª crise: _____</p> <p>3- Ainda chia?: () sim () não Número de crises no último ano? _____</p> <p>4- Costuma tossir ou cansar quando brinca ou corre? 2 3 4 5</p> <p>5- Costuma tossir de noite? 2 3 4 5</p> <p>6- Costuma sentir falta de ar? 2 3 4 5</p> <p>7- Costuma ter coceira na pele? 2 3 4 5</p> <p>NÃO / NUNCA DE VEZ EM QUANDO SEMPRE 2 3 4 5</p> <p>QUASE NUNCA QUASE SEMPRE</p>

A amostra foi de 71 pacientes, sendo que destes 39 eram respiradores orais e 32 fizeram parte do grupo controle (crianças e adolescentes sem o diagnóstico de respirador oral).

A qualidade de vida do paciente respirador oral foi avaliada por meio de um questionário constituído de perguntas estruturadas, em que foram criados sete domínios a partir da divisão das perguntas do questionário adaptado de RIBEIRO (1). Os domínios identificados foram: problema nasal, sono, problemas alimentares, odontologia, escolaridade, comunicação e atopia. Foi associado um valor ordinal para a escala de respostas sequencial de 1 para “não/nunca”, 2 para “quase nunca”, 3 para “de vez em quando”, 4 para “quase sempre”, 5 para “sempre”, sendo que uma maior pontuação refere-se a uma pior qualidade de vida. As perguntas número 1 do domínio qualidade do sono, 1-3 de alimentação, 3-5 de odontologia, 5,7,8 de escolaridade e 1,2 de comunicação tiveram sua pontuação invertida para manter coerência no somatório da pontuação final.

A criação da escala de qualidade de vida a partir do questionário deu-se da seguinte forma:

- O domínio problema nasal (P) foi estruturado pela soma das questões P1 a P8 do questionário com pontuações variando entre 8-40;
- No domínio problemas com o sono (S), houve pontuação invertida para S1 e soma para as questões S1 a S10 com pontuações variando de 10-50;
- No domínio alimentação (AL) realizou-se pontuação invertida para AL1 a AL3, com a soma das questões AL1 a AL7 com pontuações variando de 7 a 35;
- No domínio odontologia (O) ocorreu a soma das questões O3 a O6, com pontuação invertida para O3 a O5 e a variável O6 quando respondida como sim=5 pontos e não= 1 ponto), com pontuações variando entre 4 e 20;
- No domínio escolaridade (E), ocorreu a soma das questões E5 a E8 sendo que as questões O5-O8 tiveram pontuação invertida, as pontuações variaram de 4 a 20;
- O domínio comunicação (C), foi estruturado pela soma das questões C1 a C3, com pontuação invertida em C1 e C2 e pontuações variando de 3 a 15.
- No domínio atopia (AT), ocorreu à soma das questões AT1, AT3-AT7, sendo que a questão AT3 recebeu 5 pontos para a resposta sim e 1 ponto para a resposta não, com pontuações variando de 5 a 25.

A pontuação total variou de 41 a 205, sendo que uma maior pontuação representa uma pior qualidade de vida, de acordo com a escala proposta no questionário (Tabela 1).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 39 casos (respiradores orais) e 32 controles (não respiradores orais), com idade entre 4 e 17 anos. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre casos e controles de acordo com o gênero, acesso à odontologia e percepção negativa da aparência dentária, escolaridade e problemas escolares. Os controles foram, em média, 1,8 anos mais velhos do que os casos.

Os respiradores orais apresentaram significativamente mais problemas nasais, problemas com sono, problemas alimentares, praticavam menos esportes e apresentaram maior frequência de asma (chia).

No domínio problemas nasais, a pontuação média foi significativamente maior no grupo de respiradores orais (média= 27,21), comparado aos controles (média=14,63), como pode ser visto na Tabela 2.

Nos domínios odontologia ($p=0,612$) e escolaridade ($p=0,535$), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre casos e controles (Tabela 2).

No domínio problema com o sono, a pontuação média foi significativamente maior no grupo de respiradores orais (média=30,13), comparados aos controles (média=17,09). Do mesmo modo, no domínio problema alimentar a pontuação média foi significativamente maior no grupo de respiradores orais (média=18,49), comparado aos controles (média=14,16) (Tabela 2).

No domínio características de comunicação, a pontuação média foi expressivamente maior nos respiradores orais (média=5,92), comparados aos controles (média=4,31). E no domínio relacionado à atopia, encontrou-se uma pontuação maior nos respiradores orais (média=15,36), quando comparada ao grupo controle (média=10,59) (Tabela 2).

Pela frequência na escala de respostas os respiradores orais apresentaram maior pontuação média para roncar à noite ($p<0,0001$), dormir de boca aberta, engasgar durante a refeição e sentir falta de ar. A prevalência de roncos noturnos nos pacientes respiradores orais foi de 87,2%, configurando um risco 27 vezes maior de roncos quando comparados aos controles (RP=27,89; IC95%: 4,03 - 192,74; $p<0,0001$).

Foi observada uma pontuação média total dos domínios de 113,35 para os respiradores orais e 74,91 para o grupo controle, caracterizando uma pior qualidade de vida no grupo dos respiradores orais (Tabela 2).

Tabela 1. Características sociodemográficas avaliadas entre os casos (respiradores orais) e os controles (não respiradores orais).

Variável	caso n (%)	controle n (%)	p
Gênero:	15 (38,5%)	13 (40,6%)	1
Masculino	24 (61,5%)	19 (59,4%)	
Feminino			
Idade (média+DP)	média= 7,05 (+-3,67)	média= 8,84 (+-3,45)	0,039
Problema nasal	35 (89,7%)	5 (15,6%)	<0,0001
Problema com o sono	36 (92,3%)	3 (9,4%)	<0,0001
Problema alimentar	19 (48,7%)	5 (15,6%)	0,005
Odontologia:	30 (76,9%)	30 (93,8%)	0,096
Já foi ao dentista?	19 (48,7%)	14 (43,8%)	0,805
Já teve cáries?	15 (38,5%)	8 (25%)	0,289
Gostaria de usar aparelho?			
Escolaridade:	36 (92,3%)	32 (100%)	0,277
Já entrou na escola?	8 (20,5%)	2 (6,2%)	0,269
Em que série está?			
2º período			
3º período	9 (23,1%)	6 (18,8%)	
1ª série do ensino fundamental	3 (7,7%)	2 (6,2%)	
2ª série	2 (5,1%)	3 (9,4%)	
3ª série	3 (7,7%)	2 (6,2%)	
4ª série	2 (5,1%)	5 (15,6%)	
5ª série	6 (15,4%)	5 (15,6%)	
6ª série	0 (0,0%)	2 (6,2%)	
> 7ª série	3 (7,7%)	5 (15,6%)	
Turno:	18 (46,2%)	13 (40,6%)	0,025
Manhã			
Tarde	13 (33,3%)	19 (59,4%)	
Problemas escolares?	6 (15,4%)	3 (9,4%)	0,186
Pratica esportes?	16 (41,0 %)	21 (65,6%)	0,059
Atopia:	18 (46,2%)	14 (43,8%)	0,129
Coceira nos olhos?			
Já chiou alguma vez?	19 (48,7%)	8 (25%)	0,066
Ainda chia?	7 (17,9%)	0 (0%)	0,008

Tabela 2. Pontuação dos domínios e desvio padrão nos grupos caso (respiradores orais) e controle (não respiradores orais).

Domínio	Casos	Controle	p
Problema nasal	27,21 (+-5,09)	14,63 (+- 5,80)	<0,0001
Sono	30,13 (+- 7,008)	17,09 (+- 6,244)	<0,0001
Alimentação	18,49 (+-4,471)	14,16 (+- 3,903)	<0,0001
Odontologia	7,66 (+-3,290)	7,22 (+- 3,925)	0,612
Escolaridade	7,42 (+-2,941)	6,91 (+- 3,796)	0,535
Comunicação	5,92 (+-2,329)	4,31 (+- 1,991)	0,003
Atopia	15,36 (+-5,807)	10,59 (+- 3,680)	<0,0001
Total	113,35 (+-18,627)	74,91 (+-20,04)	<0,0001

DISCUSSÃO

Dos sete domínios avaliados, observou-se que os domínios problema com o sono e problema nasal foram os

que apresentaram escores mais elevados, sugerindo que estes domínios podem trazer uma maior repercussão negativa na qualidade de vida do respirador oral nestas duas perspectivas. Este aspecto mostra a grande importância de se questionar aspectos relativos ao sono, o qual se

encontra alterado nesse grupo de pacientes (12-23), e a problemas nasais durante avaliação do respirador oral (24,25). No presente estudo, a prevalência de problemas com o sono nos respiradores orais foi quase três vezes maior, quando comparada ao estudo de RIBEIRO (37,7%) em uma amostra de 75 respiradores orais (1).

O terceiro domínio com maior pontuação esteve relacionado à alimentação. O grupo de respiradores orais apresentou uma prevalência de problemas com a alimentação três vezes maior do que o grupo controle enquanto, no estudo de RIBEIRO (1) esta prevalência nos respiradores orais foi de 42,5%. Estudos apontam uma relação existente entre a respiração oral e a presença de alteração no padrão de deglutição e mastigação. Dessa forma, JUNQUEIRA et al (26) descreveram uma frequência de 88,5% para alterações na função mastigatória e de 78,1% para alterações no padrão de deglutição; COELHO (27) encontrou uma frequência de 40% para a alteração mastigatória e de 80% para a alteração no padrão da deglutição, nos pacientes com hipertrofia adenoamigdaliana.

Alguns artigos (22,28,29) demonstraram que a rinite alérgica é evidenciada como o principal fator etiológico da respiração oral (22,28,29), corroborando com o presente estudo em que o domínio problemas nasais apresentou uma alta pontuação de repercussão na qualidade de vida do respirador oral adicionado a presença de atopia (quarto maior escore), domínio no qual está incluída a rinite alérgica como fator etiológico importante.

Nos respiradores orais, a chance de se encontrar um indivíduo asmático foi quase oito vezes maior do que no grupo controle (OR=7,72; IC 95%: 0,85 - 177,31; $p_{\text{Fisher}} = 0,056$). Esta prevalência aumentada de asma em respiradores orais já foi descrita na literatura (1,4). Isto pode se dever ao fato de que há uma relação contígua entre o trato respiratório superior e inferior, além de uma elevada prevalência de atopia nos respiradores orais. Dessa forma, a respiração oral permite que os alérgenos ou agentes irritantes atinjam as vias aéreas inferiores, provocando hiperresponsividade brônquica e asma induzida pelo exercício. A associação asma e rinite alérgica são de tal importância que alguns autores preferem o termo “doença de vias aéreas unidas” (30). Outros estudos já descreveram associação entre roncos e asma, e a respiração oral encaixa-se no meio desta cadeia fisiopatológica, uma vez que o primeiro é um dos sinais mais preditivos para o diagnóstico baseado na anamnese, e a segunda está fortemente associada com a Síndrome do respirador oral. No presente estudo, os pacientes respiradores orais apresentaram uma prevalência de roncos noturnos de 87,2%, configurando um risco 27 vezes maior de roncos quando comparados aos controles. LU (31) estudando a prevalência de roncos no pré-escolar mostrou que esta era de 10,5% para ambos os

sexos e que o ronco estava significativamente associado à tosse noturna e asma. AYDANUR (32) também observou relação entre distúrbios respiratórios do sono e sintomas relacionados à asma em seu estudo envolvendo adultos, na Turquia, reafirmando, mais uma vez, a estreita relação entre vias aéreas superiores e vias aéreas inferiores (33).

Com relação ao Domínio Odontologia, os escores foram baixos, mostrando que estes fatores parecem não levar a grandes repercussões na qualidade de vida deste grupo ou talvez ocorra uma baixa percepção das alterações ortodônticas, levando-se em conta a baixa média de idade dessa amostra, apesar de encontrarmos importantes alterações ortodônticas e alterações craniofaciais nos respiradores orais. A literatura mostra que não há relação direta entre sinais e sintomas destas desordens e suas repercussões sobre a Qualidade de Vida (24,34,35).

Da mesma forma, o Domínio Escolar também apresentou baixos escores, o que contraria os dados encontrados na literatura, onde se encontrou uma associação entre a presença de Síndrome do respirador oral com mau desempenho escolar (21,36).

Avaliar a qualidade de vida em crianças apresenta-se como um desafio, pelo fato de que, em algumas situações, terceiros respondem ao questionário, o que acaba por diminuir a precisão das respostas. Entretanto, a literatura sinaliza que a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de uma criança deve incluir informações tanto na perspectiva dos pacientes como de seus cuidadores, que apesar de serem diferentes são igualmente importantes (34) e se complementam.

CONCLUSÃO

Com este estudo, pode-se concluir que a Síndrome do Respirador Oral parece estar relacionada a um impacto na qualidade de vida, principalmente no que se refere aos problemas nasais, sono e alimentação. Porém, futuros estudos, com a aplicação do mesmo questionário tornam-se necessários para que este possa se tornar um instrumento capaz de avaliar a qualidade de vida dos pacientes respiradores orais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Eiser C, Morse R. The measurement of quality of life in

- children: past and future perspectives. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2001, 22(4):248-55.
3. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*. 2001, 322:1240-3.
 4. Abreu RR, Rocha RL, Lamounier JA, Guerra AFM. Etiology, clinical manifestations and concurrent findings in mouth-breathing children. *J. Pediatr.* [serial online] 2008 Dec [citado 2009 Oct 13]; 84(6): 529-35. Encontrado em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n6/v84n6a10.pdf>
 5. Abreu RR, Rocha RL, Lamounier JA, Guerra AFM. Prevalence of mouth breathing among children. *J Pediatr*. 2008, 84(5).
 6. Campanha SMA, Lincoln MSF, Fontes MJF. O impacto da asma, da rinite alérgica e da respiração oral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Rev CEFAC*. 2008, 10(4):513-19.
 7. Cunha DA, Silva GAP, Motta MEFA, Lima CR, Silva HJ. A respiração oral em crianças e suas repercussões no estado nutricional. *Rev CEFAC*. 2007, 9(1):47-54.
 8. Menezes VA, Leal RB, Pessoa RS, Pontes RMS. Prevalence and factors related to mouth breathing in school children at the Santo Amaro project-Recife. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005, 72(3):394-99.
 9. Tavares JG, Silva EHAA. Considerações teóricas sobre a relação entre respiração oral e disfonia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008, 13(4):405-10.
 10. Lemos CM, Wilhelmsen NSW, Mion OG, Mello JFJ. Alterações funcionais do sistema estomatognático em pacientes com rinite alérgica: estudo caso-controle. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009, 75(2):268-74.
 11. Bluestone C. *Pediatric Otolaryngology*, 2nd ed. WB Saunders Company; 1990.
 12. Becker HMG, Guimarães RES, Pinto JA, Vasconcellos MC. Respirador bucal. Em: Leão E, Correa EJ, Mota JAC, Viana MB. *Pediatria ambulatorial*. 4nd ed. Belo Horizonte: Ed Coopmed; 2005. p. 487-93.
 13. Francesco RCD, Passerotti G, Paulucci B, Miniti A. Mouth breathing in children: different repercussions according to the diagnosis. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004, 70(5).
 14. Becker HMG, Guimarães RES, Pinto JA, Vasconcellos MC. Respirador bucal. Em: Leão E, Correa EJ, Mota JAC, Viana MB. *Pediatria ambulatorial*. 4nd ed. Belo Horizonte: Ed Coopmed; 2005. p. 487-93.
 15. Rizzo MC. O respirador bucal. In: Naspitz C. *Alergias respiratórias*. 1nd ed. São Paulo: Vivali; 2003.
 16. Suratt PM, et al. Cognitive Function and Behavior of Children with Adenotonsillar Hypertrophy Suspected of Having Obstructive Sleep-Disordered Breathing. *Pediatrics*. 2006, 118:771-81.
 17. Marcus CL. Sleep-disordered Breathing in Children. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001, 164:16-30.
 18. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Pediatrics*. 2002, 109:704-12.
 19. Franco RA, Rosenfeld R, Rao M. Quality of life for children with obstructive sleep apnea. *Oto Head Neck Surg*. 2000, 123:9-16.
 20. Silva MGN, Adaptação e validação do questionário "RQLQ" para avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes com rinite alérgica. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.
 21. Hunt CE. Neurocognitive Outcomes in Sleep-Disordered Breathing. *J Pediatrics*. 2004, 145:430-32.
 22. Guillemainault C, Pelayo R, Leger D, Clerk A, Bocian RCZ. Recognition of Sleep-disordered Breathing in Children. *Pediatrics*. 1996, 98(5):871-882.
 23. Gottlieb DJ et al. Sleep-Disordered Breathing Symptoms are Associated with Poorer Cognitive Function in 5-Year-Old Children. *J Pediatrics*. 2004, 145:458-464.
 24. Flemons WW, Reimer MA. Development of a Disease-specific Health-related Quality of Life Questionnaire for Sleep Apnea. *Am J Rep Crit Care Med*. 1998, 158:494-03.
 25. 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*. 2000, 126(12):1423-1429.
 26. Barros JRC, Becker HMG, Pinto JA. Avaliação de atopia em crianças respiradoras bucais atendidas em centro de referência. *J Pediatr*. 2006, 82(6):458-64
 27. Rizzo C, Hauache S, Naspitz N, Pignatari S, Junqueira P, Hallinan M et al. Characteristics of children with allergic rhinitis and chronic mouth breathing. *J Allergy Clin Immunol*. 2002, 109(1):S263.
 28. Junqueira PAS, Di Francesco RC, Trezza P, Zeratti FE,

- Frizzarini R, Faria MEJ. Alterações funcionais do sistema estomatognático pre e pos-adenomigdalectomia. *Pro-fono*. 2002, 14(1):17-22.
29. Coelho MF, Terra VHTC. Implicações clínicas em pacientes respiradores bucais. *Rev Bras Patol Oral*. 2004, 3(1):17-19.
30. Craig TJ, Hanks CD, Fisher LH. How do topical nasal corticosteroids improve sleep and daytime somnolence in allergic rhinitis? *J Allerg Clin Immunol*. 2005, 116(6):1264-6.
31. Cintra CFSC, Castro FFM, Cintra PPVC. As alterações orofaciais apresentadas em pacientes respiradores bucais. *Rev Bras Aler Imunopatol*. 2000, 23(2):78-83.
32. Solé D, Wandalsen GF, Camelo-Nunes IC, Naspitz CK, ISAAC - Grupo Brasileiro. Prevalência de sintomas de asma, rinite e eczema atópico entre crianças e adolescentes brasileiros identificados pelo International Study of Asthma and Allergies (ISAAC) - Fase 3. *J Pediatr*. 2006, 82(5):341-46.
33. ARIA Brasil. Manejo da rinite alérgica e seu impacto na asma - Guia de bolso. Salvador: ARIA; 2002.
34. Lu LR, Peat J, Sullivan CB. Snoring in Preschool Children : Prevalence and Association with Nocturnal Cough and Asthma. *Chest*. 2003, 124(2):587-93.
35. Aydanur E et al. Association of asthma-related symptoms with snoring and apnea and effect on health-related quality of life. *Chest*. 2005, 128(5):3358-3363.
36. Bousquet J, van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2001, 108(5):S147-334.
37. Eiser C, Morse R. A review of measurements of quality of life for children with chronic illness. *Arch Dis Child*. 2001, 84:205-11.
38. Suratt PM, et al. Cognitive Function and Behavior of Children with Adenotonsillar Hypertrophy Suspected of Having Obstructive Sleep-Disordered Breathing. *Pediatrics*. 2006, 118:771-81.
39. Gozal D. Sleep-Disordered Breathing and School Performance in Children. *Pediatrics*. 1998, 102(3):616-20.