

Respiração bucal no contexto multidisciplinar: percepção de ortodontistas da cidade do Recife

Valdenice Aparecida de Menezes*, Luiza Laranjeira Cavalcanti**, Tâmara Cavalcanti de Albuquerque**, Ana Flávia Granville Garcia***, Rossana Barbosa Leal****

Resumo

Objetivo: avaliar o conhecimento de cirurgiões-dentistas especialistas em Ortodontia da cidade de Recife/PE, Brasil, sobre respiração bucal, bem como verificar os seus protocolos de atendimento. **Métodos:** estudo transversal mediante entrevista individual e estruturada com 90 profissionais inscritos na Sociedade Pernambucana de Ortodontia e Ortopedia Facial. O formulário contendo 14 perguntas foi testado pelo método de validação de “face”. **Resultados:** o sexo feminino foi prevalente (55,6%); para 78,9% dos pesquisados, a maior titulação foi a especialização; a maioria trabalhava apenas em clínica particular (67,8%) e 38,9% dos entrevistados eram docentes. Os critérios de diagnóstico mais utilizados foram: postura corporal (97,8), vedamento labial (96,7) e olheiras (86,7%), com percentuais semelhantes entre os grupos quanto ao tempo de graduado; o uso da placa metálica de Glatzel foi baixo (3,3%). Com relação às sequelas da respiração bucal, os maiores percentuais foram para as alterações craniofaciais 94,4% (más oclusões) e as corporais 37,8% (postura). O tempo de duração da respiração bucal (84,4%) foi o item mais citado pelos pesquisados como associado a sequelas. Para nenhum dos itens avaliados verificou-se associação significativa com o tempo de graduado, ao nível de significância de 5%. Para a maioria dos entrevistados, tanto do serviço público como privado, o protocolo de atendimento do respirador bucal deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar. **Conclusões:** a maioria dos entrevistados, independentemente da experiência profissional, tem conhecimento da síndrome do respirador bucal e da necessidade de um tratamento diferenciado dentro de uma visão abrangente de multidisciplinaridade.

Palavras-chave: Respiração bucal. Ortodontia. Percepção.

INTRODUÇÃO

A respiração bucal é um distúrbio respiratório comum na infância e um dos problemas mais preocupantes de saúde pública⁵. A sua duração prolon-

gada pode ocasionar^{15,16,21} uma série de alterações estruturais e funcionais do sistema estomatognático, com repercussões nos contextos físico, psicológico e social. Os problemas advindos dessa síndrome e

Como citar este artigo: Menezes VA, Cavalcanti LL, Albuquerque TC, Garcia AFG, Leal RB. Respiração bucal no contexto multidisciplinar: percepção de ortodontistas da cidade do Recife. *Dental Press J Orthod*. 2011 Nov-Dec;16(6):84-92.

» Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias descritos nesse artigo.

* Doutora em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da FOP/UPE. Professora da Faculdade ASCES e Universidade de Pernambuco (UPE).

** Aluna de Graduação em Odontologia, Faculdade ASCES.

*** Doutora em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da FOP/UPE. Professora do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

**** Professora Assistente da Faculdade ASCES.

a sua complexidade têm sido motivo de preocupação de profissionais de várias áreas da saúde e, assim, contribuído para a realização de atendimentos e estudos multidisciplinares mais frequentes^{1,9,15,16,18}.

O mecanismo de respiração normal ocorre com a entrada do ar pelo nariz, passando pela faringe, laringe e pulmões, onde são realizadas as trocas gasosas e, dessa forma, a umidificação, aquecimento e filtragem adequada do ar inspirado. Como função vital e inata do ser humano, a respiração deve ser realizada de modo fisiologicamente correto, para proteger as vias aéreas superiores e propiciar o desenvolvimento satisfatório do complexo craniofacial. Uma vez alterada a forma da respiração, o organismo sofre uma série de modificações para poder se adaptar a essa nova situação imposta. As alterações ocorrem em vários segmentos e sistemas do organismo, as quais podem trazer sérias consequências se não tratadas precocemente, pois geralmente acometem crianças no período de desenvolvimento^{3,8,13}.

O respirador bucal é o indivíduo que por alguma razão, seja orgânica, funcional ou neurológica, desenvolveu um padrão inadequado de respiração¹⁶. Pode ser classificado como: insuficiente respirador nasal orgânico, devido à presença de obstáculos mecânicos nasais, retronasais ou bucais; insuficiente respirador nasal funcional, aqueles que precisam ser submetidos à cirurgia; respiradores bucais impotentes funcionais, como seqüela de disfunção neurológica.

As implicações mais comuns da respiração bucal são alterações: craniofaciais e dentárias, dos órgãos fonoarticulatórios, corporais, comportamentais e das funções orais²⁰. Do ponto de vista odontológico, o paciente respirador bucal apresenta características faciais peculiares, tais como: olheiras, olhar vago, lábio superior curto e incompetente, lábios ressecados, vedamento labial inadequado; hipotonia, hipofunção dos músculos elevadores da mandíbula, má oclusão, além de desequilíbrio funcional da deglutição, sucção e fonação^{26,29}.

Considerando-se a importância do tratamento da respiração bucal dentro de uma filosofia multidisciplinar, o objetivo desse estudo foi avaliar o conhecimento dos ortodontistas/ortopedistas da cidade de Recife sobre a síndrome da respiração bucal, bem como verificar os seus protocolos de diagnóstico e atendimento.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa transversal quantitativa junto a cirurgiões-dentistas especialistas em Ortodontia/Ortopedia inscritos em uma entidade de classe (Sociedade Pernambucana de Ortodontia e Ortopedia Facial) da cidade do Recife/PE. Para isso, solicitou-se à sociedade mencionada uma listagem dos profissionais inscritos até o ano de 2006. A partir dessa listagem, foram selecionados os profissionais que exerciam atividade clínica, em consultório particular ou serviço público, na cidade de Recife. De um total de 108 profissionais, 5 não foram localizados e 13 não quiseram participar do estudo. Os entrevistados, 90 no total — 40 do sexo masculino (44,4%) e 50 (55,6%) do feminino —, responderam a um formulário individual e padronizado. O formulário continha 15 perguntas, a fim de verificar o conhecimento desses profissionais sobre questões relacionadas à respiração bucal.

Num momento inicial, foi explicada a finalidade da pesquisa, sendo, então, solicitada a participação do entrevistado através de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As respostas foram anotadas no momento da entrevista, assim permitindo uma maior fidelidade e veracidade das informações registradas.

A fidedignidade das respostas foi testada pelo método de validação da “face” em 10% dos entrevistados. Nesse método, o pesquisador solicita aos entrevistados que expliquem, com as suas próprias palavras, o que entenderam sobre cada pergunta.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho (consultório particular ou unidade básica de saúde) e, na medida do possível, procurou-se não interferir nas atividades cotidianas dos profissionais.

Para análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas e as seguintes medidas estatísticas: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valor mínimo e valor máximo da variável idade (técnicas de estatística descritiva). Foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson, ou o Teste Exato de Fisher, quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas (técnicas de estatística inferencial).

O nível de significância utilizado nos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados em uma planilha Excel® e o software utilizado para a obtenção dos cálculos Estatísticos foi o SAS® versão 8 (Statistical Analysis System).

Esse trabalho foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco sob o número 020/07.

RESULTADOS

Para 78,9% dos pesquisados, o curso de maior titulação foi a especialização, a maioria trabalhava apenas em clínica particular (67,8%) e 38,9% eram docentes (Tab. 1).

Não houve associação significativa entre o tempo de graduado e qualquer uma das variáveis apresentadas ($p>0,05$); a maioria dos entrevistados no grupo total realiza o diagnóstico do padrão respiratório durante a anamnese (70%) (Tab. 2). Quanto aos métodos de diagnóstico, destacaram-se o da postura corporal (97,8%) e o vedamento labial (96,7%), com percentuais semelhantes entre os grupos quanto ao tempo de graduado; o uso da placa metálica de Glatzel foi baixo e só mencionado por 9,4% dos profissionais com maior tempo de graduação (Tab. 2).

TABELA 1 - Distribuição dos pesquisados segundo o sexo, tempo de graduado, titulação, local de trabalho e docência.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	40	44,4
Feminino	50	55,6
Tempo de graduado (anos)		
Até 10	29	32,2
11 a 20	29	32,2
21 ou mais	31	34,4
Não informou	1	1,1
Curso		
Especialização	71	78,9
Mestrado	11	12,2
Doutorado	8	8,9
Local de trabalho		
Clínica particular	61	67,8
Clínica particular/ rede pública	29	32,2
Docente		
Sim	35	38,9
Não	55	61,1
TOTAL	90	100,0

TABELA 2 - Avaliação das questões relacionadas ao diagnóstico segundo o tempo de graduado.

Variável	Tempo de graduado (anos)								Valor de p
	Até 10		11 a 20		21 ou mais		Grupo Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Quando você realiza o diagnóstico do paciente?									
Na sala de espera	6	20,7	10	34,5	14	43,8	30	33,3	$p^{(1)} = 0,160$
Durante a anamnese	22	75,9	21	72,4	20	62,5	63	70,0	$p^{(1)} = 0,494$
Durante o atendimento	4	13,8	10	34,5	9	28,1	23	25,6	$p^{(1)} = 0,180$
Quais os critérios de diagnóstico usados para determinar o padrão de respiração do paciente?									
Espelho odontológico	15	51,7	16	55,2	20	62,5	51	56,7	$p^{(1)} = 0,684$
Placa metálica	-	-	-	-	3	9,4	3	3,3	$p^{(2)} = 0,104$
Água (3 minutos)	5	17,2	4	13,8	4	12,5	13	14,4	$p^{(2)} = 0,931$
Água (1 a 2 minutos)	8	27,6	5	17,2	11	34,4	24	26,7	$p^{(1)} = 0,316$
Espátula	1	3,4	1	3,4	4	12,5	6	6,7	$p^{(2)} = 0,360$
Exames radiográficos	8	27,6	15	51,7	12	37,5	35	38,9	$p^{(1)} = 0,166$
Padrão facial	24	82,8	25	86,2	23	71,9	72	80,0	$p^{(2)} = 0,385$
Postura corporal	25	86,2	27	93,1	27	84,4	79	97,8	$p^{(2)} = 0,615$
Vedamento labial	28	96,6	29	100,0	30	93,8	87	96,7	$p^{(2)} = 0,771$
Tipo de oclusão	21	72,4	23	79,3	23	71,9	67	74,4	$p^{(1)} = 0,765$
Deglutição	18	62,1	18	62,1	20	62,5	56	62,2	$p^{(1)} = 0,999$
Olheiras	26	89,7	26	89,7	26	81,3	78	86,7	$p^{(2)} = 0,582$
TOTAL	29	100,0	29	100,0	32	100,0	90	100,0	

(1): através do teste Qui-quadrado de Pearson. (2): através do teste Exato de Fisher.

Na Tabela 3, destacam-se as maiores diferenças percentuais para os ortodontistas que citaram “deficiência de aprendizagem” (alterações comportamentais) como sequelas provocadas pela respiração bucal, com percentual mais elevado entre os que tinham de 11 a 20 anos de graduado em relação aos que tinham 21 anos ou mais de graduado (37,9% x 12,5%). O tempo de duração da respiração bucal foi o item mais citado pelos pesquisados como associado a sequelas. Para nenhum dos itens foi verificada associação significativa com o tempo de graduado, ao nível de significância de 5%.

Todos os 29 pesquisados que trabalham em local público informaram que encaminham os seus pacientes ao otorrinolaringologista e ao fonoaudiólogo. Para os outros itens citados, verifica-se (Tab. 4) que a maior diferença percentual entre as faixas de tempo

ocorreu para os que encaminham para o psicólogo no grupo com 21 anos ou mais de graduado (7,7%) e as outras duas faixas de tempo (37,5%). Em relação ao protocolo de atendimento no serviço privado, a maior diferença percentual entre as faixas de tempo de graduado foi registrada para os que encaminham para o pediatra, que foi mais elevada na faixa de 11 a 20 anos de graduado do que na faixa de até 10 anos. Entretanto, entre os pesquisados que trabalhavam em serviço público e privado, não se comprovou associação significativa entre o tempo de graduado e os itens relativos ao encaminhamento.

Dois pesquisados consideraram o tratamento multidisciplinar como sem importância nos casos de respiração bucal, sendo que ambos tinham 21 anos ou mais de graduados, sem associação significativa ($p > 0,05$) (Tab. 5).

TABELA 3 - Avaliação das questões relacionadas às sequelas da respiração bucal segundo o tempo de graduado dos profissionais.

Variável	Tempo de graduado (anos)						Grupo Total		Valor de p
	Até 10		11 a 20		21 ou mais		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Quais os fatores que interferem nas sequelas da respiração bucal?									
Idade do paciente	20	69,0	24	82,8	23	71,9	67	74,4	p ⁽¹⁾ = 0,444
Fator etiológico	20	69,0	24	82,8	26	81,3	70	77,8	p ⁽¹⁾ = 0,379
Tempo da respiração bucal	26	89,7	25	86,2	25	78,1	76	84,4	p ⁽²⁾ = 0,508
Outros	1	3,4	-	-	-	-	1	1,1	p ⁽²⁾ = 0,644
Em sua opinião, quais as sequelas provocadas pela respiração bucal?									
A – Alterações craniofaciais e dentárias									
Má oclusão	28	96,6	29	100,0	28	87,5	85	94,4	p ⁽²⁾ = 0,123
Faces adenoideanas	6	20,7	10	34,5	8	25,0	24	26,7	p ⁽¹⁾ = 0,477
B – Alterações dos órgãos fonoarticulares									
Vedamento labial inadequado	7	24,1	9	31,0	10	31,3	26	28,9	p ⁽¹⁾ = 0,790
Hipertrofia gengival	1	3,4	6	20,7	3	9,4	10	11,1	p ⁽²⁾ = 0,111
Padrão miofacial alterado	2	6,9	6	20,7	7	21,9	15	16,7	p ⁽²⁾ = 0,252
C – Alterações corporais									
Alteração da postura	11	37,9	12	41,4	11	34,4	34	37,8	p ⁽¹⁾ = 0,853
Olheiras	4	13,8	4	13,8	4	12,5	12	13,3	p ⁽²⁾ = 1,000
Deficiência respiratória	9	31,0	5	17,2	7	21,9	21	23,3	p ⁽¹⁾ = 0,449
D – Alterações das funções orais									
Deglutição atípica	10	34,5	11	37,9	9	28,1	30	33,3	p ⁽¹⁾ = 0,710
Alteração da fala	2	6,9	1	3,4	-	-	3	3,3	p ⁽²⁾ = 0,305
E – Alterações comportamentais									
Deficiência de aprendizagem	8	27,6	11	37,9	4	12,5	23	25,6	p ⁽¹⁾ = 0,072
Má qualidade de vida	3	10,3	3	10,3	-	-	6	6,7	p ⁽²⁾ = 0,135
Cansaço físico	2	6,9	2	6,9	2	6,3	6	6,7	p ⁽²⁾ = 1,000
Baixa autoestima	2	6,9	1	3,4	-	-	3	3,3	p ⁽²⁾ = 0,305
TOTAL	29	100,0	29	100,0	32	100,0	90	100,0	

(1): através do teste Qui-quadrado de Pearson. (2): através do teste Exato de Fisher.

TABELA 4 - Avaliação do protocolo de atendimento do respirador bucal nos serviços público e privado, segundo o tempo de graduado dos profissionais.

Variáveis	Tempo de graduado (anos)						Grupo Total		Valor de p
	Até 10		11 a 20		21 ou mais				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Protocolo serviço público									
Otorrinolaringologista	8	100,0	8	100,0	13	100,0	29	100,0	**
Fonoaudiólogo	8	100,0	8	100,0	13	100,0	29	100,0	**
Psicólogo	3	37,5	3	37,5	1	7,7	7	24,1	p ⁽¹⁾ = 0,221
Dentista	3	37,5	1	12,5	3	23,1	7	24,1	p ⁽¹⁾ = 0,651
Pediatra	3	37,5	2	25,0	3	23,1	8	27,6	p ⁽¹⁾ = 0,869
Ortodontia/Ortopedia	7	87,5	7	87,5	12	92,3	26	89,7	p ⁽¹⁾ = 1,000
TOTAL	8	100	8	100,0	13	100,0	29	100,0	
Protocolo serviço privado									
Otorrinolaringologista	27	93,1	29	100,0	30	93,8	86	95,6	p ⁽¹⁾ = 0,542
Fonoaudiólogo	29	100,0	28	96,6	32	100,0	89	98,9	p ⁽¹⁾ = 0,644
Psicólogo	4	13,8	6	20,7	4	12,5	14	15,6	p ⁽¹⁾ = 0,762
Dentista	6	20,7	7	24,1	8	25,0	21	23,3	p ⁽²⁾ = 0,917
Pediatra	4	13,8	10	34,5	7	21,9	21	23,3	p ⁽²⁾ = 0,171
Ortodontia/Ortopedia	28	96,6	28	96,6	31	96,9	87	96,7	p ⁽¹⁾ = 1,000
TOTAL	29	100,0	29	100,0	32	100,0	90	100,0	

(1): através do teste Exato de Fisher. (2): através do teste Qui-quadrado de Pearson.

TABELA 5 - Avaliação da questão "Qual a sua opinião quanto ao tratamento multidisciplinar nos casos de respiração bucal?", segundo o tempo de graduado dos profissionais.

Opinião sobre o tratamento multidisciplinar	Tempo de graduado (anos)						Grupo Total		Valor de p
	Até 10		11 a 20		21 ou mais				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Muito importante	28	96,6	29	100,0	30	93,8	87	96,7	p ⁽¹⁾ = 0,284
Importante	1	3,4	-	-	-	-	1	1,1	
Sem importância	-	-	-	-	2	6,3	2	2,2	
TOTAL	29	100,0	29	100,0	32	100,0	90	100,0	

(1): através do teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

A alteração do padrão respiratório pode repercutir na saúde geral do indivíduo^{1,9,15,16,18} e, portanto, não se restringe à ocorrência de distúrbios apenas de interesse ortodôntico. Para a maioria dos profissionais (70%), o diagnóstico da respiração é feito na fase da anamnese, momento em que os ortodontistas, em especial os com formação mais recente ($p < 0,05$), procuram investigar outros transtornos associados à respiração bucal²⁷.

De maneira geral, a seleção dos métodos e critérios clínicos de diagnóstico está diretamente relacionada com os objetivos das diferentes especialidades de saúde. Um dos maiores problemas no diagnóstico da respiração é a ausência de uma definição precisa sobre o respirador bucal, já que a respiração nasal pode ocorrer em graus variados^{26,28}.

Os principais parâmetros de diagnóstico do padrão respiratório foram: vedamento labial, postura corporal e presença de olheiras, sendo a placa metálica de Glatzel (3,3%), a espátula (6,7%) e o tempo de água na boca (14,4%) por 3 minutos ($p > 0,05$) critérios pouco utilizados pelos profissionais (Tab. 2). O uso desses métodos é mais frequente para a determinação do modo respiratório, e não do fator causal. O uso do espelho bucal (56,7%) e de radiografias (38,9%) também foi citado com percentuais elevados.

Em virtude da complexidade da respiração bucal e da diversidade de órgãos e estruturas comprometidas¹⁰, o diagnóstico deve ser realizado pelo otorrinolaringologista (radiografia de cavum e nasofibrosopia), ortodontista (telerradiografia) e fonoaudiólogo^{11,13}. É essencial a determinação do fator etiológico, para não se indicar condutas terapêuticas errôneas^{20,29}, bem como a análise de outras alterações nos contextos físico, emocional e social que comprometem a saúde e a qualidade de vida do indivíduo^{15,16,21}.

Quando indagados sobre os fatores que contribuem para o agravamento da respiração bucal, os mais citados foram duração, fator etiológico e

idade, sendo a diferença do tempo de graduado não significativa ($p > 0,05$). Salienta-se que a amamentação natural, nos primeiros meses de vida, estimula a respiração nasal²³ e, além de suprir as necessidades nutritivas e emocionais, faz com que a criança desenvolva, de maneira adequada, as estruturas faciais e bucais, evitando a instalação de hábitos de uso de chupeta e mamadeira, sucção digital e onicofagia^{6,14,29}.

Assim, são de grande importância o diagnóstico e o encaminhamento precoce aos especialistas, quando ainda não foram desenvolvidas deformações ósseas na face, alterações cardiorrespiratórias, imunológicas e comportamentais^{22,26}. No presente estudo, 87 profissionais (96,5%) consideram o tratamento multidisciplinar imprescindível e apenas 2,2% (2) dos que tinham 21 ou mais anos de graduado avaliam esse aspecto como irrelevante, sem associação significativa ($p > 0,05$) (Tab. 5).

Os profissionais foram unânimes em afirmar que a respiração bucal provoca várias sequelas, sendo as mais comuns, segundo a literatura: face alongada²⁷, narinas estreitas, vedamento labial inadequado, falta de tônus na musculatura facial^{17,24}, olhos caídos ou inclinados, olheiras, fechamento dos ombros, desequilíbrio da coluna, e nariz pequeno. Verificou-se que os itens mais citados foram: o vedamento labial (97,8%), a postura corporal (96,7%) e olheiras (86,7%). Esses dados são concordantes com os de outros estudos^{2,17,28}.

Dentre as características bucais, destacam-se: lábios hipotônicos, ressecados, evertidos, palato estreito e profundo, boca entreaberta, arcada superior atrésica, Classe II, má oclusões (assimetria facial, mordida aberta e cruzada posterior)^{24,26,29} e alterações da deglutição, sucção e fonação^{4,13,22,23}. O maior percentual de sequelas citado pelos profissionais foi no grupo das alterações craniofaciais e dentárias, sendo a má oclusão apontada por 94,4%, dados similares aos de outros estudos^{13,21}.

Com frequência, os respiradores bucais apresentam alterações comportamentais como: irritação, mau humor, sonolência, inquietude, descon-

centração, agitação, ansiedade, medo, depressão, desconfiança, impulsividade^{6,19} e dificuldades de aprendizagem^{20,30}. Esses dados confirmam a opinião dos entrevistados e de outros autores^{1,7}, para os quais é fundamental a prevenção e o diagnóstico precoce da respiração bucal, objetivando reduzir o comprometimento do ajuste psicossocial.

A maioria dos profissionais pesquisados reconhece o respirador bucal como um paciente especial, portador de uma série de afecções e sequelas, que necessita de um tratamento diferenciado e interdisciplinar, dentro de uma visão abrangente de multidisciplinaridade (Tab. 4, 5). Esse fato pode ser justificado pela ênfase dada ao problema nos últimos anos, reconhecendo-se a importância do

atendimento integrado para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo^{16,21}. Contudo, a dificuldade de acesso aos serviços públicos e o desconhecimento da população sobre as sequelas provocadas pela patologia em si podem interferir nesse contexto.

CONCLUSÕES

- » Um percentual elevado de profissionais tem conhecimento da síndrome da respiração bucal e de suas sequelas para o paciente.
- » O tratamento multidisciplinar é imprescindível para a reabilitação integral do indivíduo de acordo com a maioria dos ortodontistas/ortopedistas pesquisados.

Mouth breathing within a multidisciplinary approach: Perception of orthodontists in the city of Recife, Brazil

Abstract

Objectives: To assess the knowledge of orthodontists in the city of Recife, Brazil, about mouth breathing, and to examine their treatment protocols. **Methods:** In this cross-sectional study, members of the Orthodontics and Facial Orthopedics Association of Pernambuco responded individual structured interviews. A form with 14 questions, validated using the face value method, was used to collect data. The level of significance was set at 5%. **Results:** Of the 90 participants, 55.6% were women; the highest educational level was a specialization degree for 78.9%; most worked only in private practice (67.8%), and 38.9% were also professors. The most frequent diagnostic criteria were: body posture (97.8%), lip sealing (96.7%), and dark circles under the eyes (86.7%), and these percentages were similar for groups according to years since graduation. The use of the Glatzel mirror was infrequent (3.3%). The most frequently mentioned mouth breathing sequelae were craniofacial (94.4%) and body posture (37.8%) changes. According to interviewees, mouth breathing duration (84.4%) was the item most often associated with sequelae. There were no significant associations between years since graduation and any of the factors under analysis. Most respondents, whether working in private clinics or in the public healthcare system, believed that mouth breathers should be treated by a multidisciplinary team. **Conclusions:** Most orthodontists, regardless of experience, have knowledge of the mouth breathing syndrome and understand the need of specialized treatment within a multidisciplinary approach.

Keywords: Mouth breathing. Orthodontics. Perception.

REFERÊNCIAS

1. Alvarenga AL, Pádua IPM, Silveira IA. O respirador bucal. *Pro Homine*. 2003;2(2):21-5.
2. Andrade FV, Andrade DV, Araújo AS, Ribeiro ACC, Deccax LDG, Nemr K. Alterações estruturais de órgãos fonoarticulatórios e más oclusões dentárias em respiradores orais de 6 a 10 anos. *Rev CEFAC*. 2005;7(3):318-25.
3. Bianchini AP, Guedes ZCF, Vieira MM. Estudo da relação entre a respiração oral e o tipo facial. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2007;73(4):500-5.
4. Bicalho GP, Motta AR, Vicente LCC. Avaliação da deglutição em crianças respiradoras orais. *Rev CEFAC*. 2006;8(1):50-5.
5. Carvalho GD. SOS respirador bucal: obstáculos nas diferentes estruturas dificultando ou impedindo o livre processo respiratório. [on line] 1999 oct-nov-dec [Acesso 2005 Feb 10] . Disponível em: <http://www.ceaodontofono.com.br/artigos/art/1999/out99.htm>.
6. Carvalho GD. Síndrome do respirador bucal ou insuficiente respirador nasal. *Rev Secret Saúde*. 1996;2(18)22-4.

7. Cintra CFSC, Castro FM, Cintra PPVC. As alterações orofaciais apresentadas em pacientes respiradores bucais. *Rev Bras Alergia Imunopatol.* 2000;23(2):78-83.
8. Correa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. In: Altmann EBC, Vaz ACN. Atualização fonoaudiológica em Odontopediatria. 2ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2005. p. 56-69.
9. Coimbra C. O tratamento da respiração bucal. 2002. [Acesso 2003 Mar 24]. Disponível em: www.jfsservice.com.br/viver/arquivo/dicas/2002/10/17-Cal/.
10. Coelho MF, Terra VHTC. Implicações clínicas em pacientes respiradores bucais. *Rev Bras Patologia Oral.* 2004;3(1):17-9.
11. Costa CMF. Influência do tratamento da respiração oral na sintomatologia de crianças com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade [dissertação]. 2007. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
12. 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.
13. Di Francesco RC, Bregola EGP, Pereira LS, Lima RS. A obstrução nasal e o diagnóstico ortodôntico. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 2006;11(1):107-13.
14. Ferraz MJPC, Souza MA. Respiração bucal. Uma abordagem interdisciplinar. 2003. [Acesso 2005 out 14]. Disponível em: www.respiremelhor.com.br/artigos.php.
15. Jorge TM, Duque C, Félix GB, Costa B, Gomide MR. Hábitos bucais: interação entre Odontopediatria e Fonoaudiologia. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2002;5(26):342-50.
16. Leal RB. Elaboração e validação de um instrumento para avaliar a qualidade de vida do respirador oral [dissertação]. Recife (PE): Universidade de Pernambuco; 2004.
17. Lessa FCR, Enoki C, Feres MFN, Valera FCP, Lima WTA, Matsumoto MAN. Influência do padrão respiratório na morfologia craniofacial. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;71(2):156-60.
18. Lemos CM, Junqueira PAS, Gomez MVSG, Faria MEJ, Basso SC. Estudo da relação entre oclusão dentária e a deglutição no respirador oral. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2006;10(2):114-8.
19. Lusvargui L. Identificando o respirador bucal. *Rev APCD.* 1999;53(4):265-74.
20. Marchesan IQ. Avaliação e terapia dos problemas da respiração. In: Marchesan IQ. Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. São Paulo: Guanabara Koogan; 1998.
21. Menezes VA, Leal BR, Pessoa RS, Pontes RMES. Prevalência e fatores associados à respiração oral em escolares participantes do projeto Santo Amaro-Recife, 2005. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(3):394-9.
22. Parizotto SPCOL, Nardão GT, Rodrigues CRMD. Atuação multidisciplinar frente ao paciente portador da síndrome da respiração bucal. *J Bras Clín Odontol Int.* 2002;6(36):445-9.
23. Paiva JB. Entrevista. Identificando o respirador bucal. *Rev APCD.* 1999;53(4):265-74.
24. Queluz DP, Gimenez CMM. A síndrome do respirador bucal. *Rev CROMG.* 2000;6(1):4-9.
25. Rodrigues HOSN, Faria SR, Paula FSG, Motta AR. Ocorrência de respiração oral e alterações miofuncionais orofaciais em sujeitos em tratamento ortodôntico. *Rev CEFAC.* 2005;7(3):356-62.
26. Saffer M, Rasia Filho AA, Lubianca Neto JF. Efeitos sistêmicos da obstrução nasal e da respiração oral persistente na criança. *Rev AMRIGS.* 1995;39(3):179-82.
27. Schlenker WL, Jennings BD, Jeiroudi MT, Caruso JM. The effects of chronic absence of active nasal respiration on the growth of the skull: a pilot study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2000;117(6):706-13.
28. Suliano AA, Rodrigues MJ, Caldas Júnior AF, Fonte PP, Porto-Carreiro CF. Prevalência de maloclusão e sua associação com alterações funcionais do sistema estomatognático entre escolares. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(8):1913-23.
29. Spinelli MLM, Casanova PC. Respiração Bucal. 2002 fev [Acesso 2006 set 24]. Disponível em: www.odontologia.com.br/imprimir.asp?id=224&idesp=14.
30. Vera CFD, Conde GES, Wajnsztein R, Nembr K. Transtornos de aprendizagem e presença de respiração oral em indivíduos com diagnóstico de transtornos de déficit de atenção /hiperatividade (TDAH) CEFAC. 2006;8(4):441-55.

Enviado em: 13 de novembro de 2007
Revisado e aceito: 4 de dezembro de 2008

Endereço para correspondência

Valdenice Aparecida de Menezes
Rua Carlos Pereira Falcão 811/602 – Boa Viagem
CEP: 51.021-350 – Recife/PE
E-mail: valdmenezes@hotmail.com