

SINTOMATOLOGIA DO RESPIRADOR ORAL*

Mouth breathing symptoms

Christhiane Blanco Paulo ⁽¹⁾

Cláudia Andorino da Conceição ⁽¹⁾

RESUMO

Objetivo: verificar a prevalência dos sintomas baba noturna, ronco, alergia e cefaléia em pacientes com queixas de respiração oral e/ou oronasal, e compará-los com os resultados obtidos em pacientes respiradores nasais. **Métodos:** foram analisadas 253 anamneses de pacientes de ambos os sexos, com idade entre 6 e 40 anos de uma clínica ortodôntica. **Resultados:** foram encontrados 102 (40%) respiradores orais e 151 (60%) respiradores nasais. Os sintomas citados prevaleceram significativamente no grupo dos respiradores orais, exceto o sintoma cefaléia. **Conclusão:** os sintomas: baba noturna, ronco e alergia apresentaram relação estatisticamente significante como queixa da respiração oral quando comparados aos respiradores nasais. O sintoma cefaléia não apresentou diferença.

DESCRITORES: Respiração bucal; Alergia; Cefaléia; Ronco; Salivação; Criança; Adulto

■ INTRODUÇÃO

Quando nascemos, respiramos pelo nariz e se não ocorrem interferências negativas, a respiração nasal continuará até o final da vida. Ao respirarmos pelo nariz, é possível limpar, aquecer e umidificar o ar fazendo com que ele chegue ao pulmão com uma melhor qualidade, havendo, assim, proteção das vias aéreas inferiores ⁽¹⁾.

A respiração nasal também favorece o crescimento e desenvolvimento facial harmônico, em razão do uso correto da musculatura que estimula os ossos ⁽²⁾.

Quando substituímos a respiração nasal pela oral ou, predominantemente, oral devemos considerá-la uma condição patológica, por acarretar importantes alterações morfo-funcionais no sistema estomatognático. Assim, deve ser diagnosticada de modo precoce para que uma atuação multidisciplinar seja iniciada em tempo hábil, bloqueando as interferências negativas ⁽³⁾.

Os fatores que contribuem para o aparecimento da respiração oral podem ser de origem:

1) Obstrutiva: atresia de coana, tumores da cavidade nasal e rinofaringe, hipertrofia de amígdalas e adenóides, rinites, sinusite, desvio de septo nasal, fratura nasal, corpos estranhos, polipose nasal;

2) Não obstrutiva: hábito, malformações craniofaciais, postura viciosa ⁽⁴⁻⁵⁾.

O indivíduo respirador oral pode apresentar sintomas característicos do quadro da síndrome do respirador oral, tais como: ronco e baba noturna; hiperatividade e dificuldade na aprendizagem; sonolência durante o dia; menor rendimento físico com cansaço freqüente; gengivas hipertrofiadas; olheiras; alteração de tônus com hipofunção dos lábios e bochechas; língua flácida e anteriorizada; deglutição atípica; congestão nasal; assimetrias faciais; alterações posturais; falta de apetite; narinas estreitas; indivíduo sem cor, muito magro ou obeso; respiração ruidosa; mastigação ruidosa ou unilateral; halitose e diminuição do paladar e olfato e mordida cruzada unilateral ⁽²⁾.

Nem todos os pacientes que permanecem com a boca aberta, são respiradores orais, visto que este selamento pode também ocorrer na porção média com o dorso da língua em contato com o palato duro e pela base da língua com o palato mole. Caso não haja selamento em nenhum destes pontos, teremos a respiração oral ou oronasal, que é a mais freqüente ⁽²⁻³⁾.

A respiração oral é muito prejudicial e poucas pessoas têm conhecimento de suas conseqüências e do modo correto de respirar ⁽⁶⁾. Muitas vezes, o paciente apresenta como queixa sintomas como, por exemplo, cefaléia, baba e outros, mas não conhece o seu tipo respiratório.

*Instituição de Origem: Fundação Lusíada de Santos – SP

¹Curso de Especialização em Motricidade Oral pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC) Fonoaudióloga Formada pela Fundação Lusíada de Santos – SP

Desta forma, o objetivo deste estudo é verificar se sintomas como baba noturna, ronco, alergia e cefaléia têm relação com as queixas de respiração oral ou predominantemente oral (oronasal).

MÉTODOS

Foram levantados e analisados os dados dos prontuários de 253 pacientes, de ambos os sexos, e com idade variando entre 6 e 40 anos que procuraram o serviço de ortodontia da clínica particular na cidade de Bertoga – São Paulo, Região Sudeste do Brasil, no período compreendido entre março e setembro de 2002.

Estes dados foram colhidos diretamente da anamnese feita aos próprios pacientes ou seus responsáveis pela ortodontista, com posterior avaliação articular e bucal do indivíduo em questão.

O programa Microsoft Access foi usado, em cujo espelho constaram os sintomas: cefaléia, baba noturna, alergia e ronco.

A respiração oral e oronasal foram consideradas como respiração oral.

Ética: essa pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, sob número 159/02, tendo sido considerada como sem risco, não necessitando do consentimento livre e esclarecido.

Estatística: o nível de significância adotado para a aplicação das técnicas estatísticas foi de 5% (0,050), tendo sido aplicado o teste de Qui-quadrado para quantificar estatisticamente as relações existentes entre a variável tipo de respiração e as variáveis baba noturna, ronco, alergia e cefaléia.

O programa usado para a confecção da parte destinada à estatística é o SPSS, em sua versão 10.0.

RESULTADOS

Pela análise dos prontuários, pôde-se observar que, dos 253 pacientes avaliados, 102 (40%) referiram seu tipo respiratório como oral e 151 (60%), nasal.

Baseando-se nos sintomas avaliados, observou-se que:

- 66 (64,7%) dos respiradores orais e 42 (27,8%) dos respiradores nasais apresentaram baba noturna (Tabela 1).

Para esse resultado existe uma relação estatisticamente significativa entre respiração e baba noturna, ou seja, geralmente as pessoas que têm baba noturna são respiradoras orais, com $p < 0,001$.

Foram considerados somente os dados que foram declarados, ou seja, dos 253 elementos amostrais disponíveis, tivemos para essa tabela, 248, o que foi considerado uma perda desprezível.

- 34 (33,3%) dos respiradores orais e 23 (15,5%) dos respiradores nasais apresentaram ronco (Tabela 1).

Para esse resultado existe uma relação estatisticamente significativa entre respiração e ronco, ou seja, as pessoas que roncam, geralmente são respiradoras orais, com $p = 0,001$.

Neste caso, também foram considerados apenas os dados declarados, ou seja, dos 253 elementos amostrais disponíveis, 251 fizeram parte desta análise, o que também foi considerada uma perda desprezível.

- 70 (68,6%) dos respiradores orais e 5 (3,3%) respiradores nasais apresentaram alergia (Tabela 1).

Para esse resultado existe uma relação estatisticamente significativa entre respiração e alergia, ou seja, em geral as pessoas que são respiradoras orais, têm alergia, com $p < 0,001$.

Foi considerada a totalidade da amostra, com 253 elementos amostrais.

- 40 (39,2%) dos respiradores orais e 47 (31,1%) dos respiradores nasais apresentaram cefaléia (Tabela 1).

Para esse resultado não existe uma relação estatisticamente significativa entre respiração e cefaléia, ou seja, a distribuição da presença de cefaléia se equivale para ambos os tipos de respiração, com $p = 0,184$.

Foi considerada a totalidade da amostra, com 253 elementos amostrais.

Tabela 1. Correlação entre sintomas e o tipo de respiração em 253 prontuários estudados.

Sintoma	Respiração Oral n = 102 (40%)	Respiração Nasal n = 151 (60%)	Significância*
Baba noturna	66 (64,7%)	42 (27,8%)	Significante
Ronco	34 (33,3%)	23 (15,2%)	Significante
Alergia	70 (68,6%)	5 (3,3%)	Significante
Cefaléia	40 (39,2%)	47 (31,1%)	não significativa

DISCUSSÃO

Pelo fato de a respiração ser uma das funções vitais de nosso organismo, seu desequilíbrio causa alterações em vários órgãos e sistemas.

Só as cavidades nasais possuem condições perfeitas para que o ar chegue aos pulmões na temperatura ideal, favorecendo uma excelente oxigenação ao organismo e proporcionando uma melhor qualidade de vida.

A respiração oral é um hábito pernicioso que exerce influência negativa sobre o desenvolvimento e crescimento dos componentes do esqueleto craniofacial^(4,7).

Dentre os sintomas avaliados e relacionados com a respiração oral, observou-se que:

A baba noturna ocorreu, em sua maioria, no grupo dos respiradores orais, tendo como referência o grupo dos respiradores nasais, considerados como grupo controle.

Tal resultado foi confirmado em pesquisas diversas que referem a baba como um sintoma aparente, no qual o próprio paciente ou seu responsável sempre a relata durante a anamnese, antes mesmo de referir seu tipo respiratório, levando-nos, então, a pesquisar se há ou não obstrução nasal⁽⁶⁾.

O ronco foi outro sintoma confirmado como mais aparente em respiradores orais, comparado ao grupo controle, sendo este um termo leigo utilizado para exprimir o relaxamento da musculatura da faringe, e da obstrução parcial ou total, das vias aéreas superiores durante o sono. A obstrução parcial nasal durante o sono leva a um aumento da velocidade do ar ao entrar no organismo, o que provoca o ressecamento das mucosas e intensifica o ronco, surgindo, desse modo, diversos distúrbios clínicos^(4,8).

O ronco e a Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono são citados na literatura como sintomas da obstrução nasal, ocorrem em 70% dos roncopatas e obedecem a três tipos de comportamento respiratório noturno, geralmente, seqüenciais e evolutivos: respiração inadequada, ronco e Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono.

As causas do ronco podem ou não estar intimamente ligadas à respiração oral, entrando em jogo vários fatores etiológicos:

- obstrução nasal – desvios septais, rinites alérgicas, hipertrofia adenoidea e outras;
- colapso do tecido mole sobre as vias aéreas – hiperplasia amigdalina, dobras mucosas excessivas e acúmulo de gordura submucosa;
- comprimento excessivo do palato mole e da úvula ou redundância da mucosa com subsequente estreitamento do orifício naso-faríngeo;
- musculatura local com tônus muscular incompetente – hipotireoidismo, distúrbios neuro-musculares, degenerativos centrais, efeito de sedativos, tranquilizantes; anti-histamínicos, antieméticos, álcool e relaxamento pós-prandial. Estas são as causas mais comuns do ronco iniciado em adultos, mesmo que não apresentem queixas de respiração oral⁽⁸⁾.

A Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono inclui: ronco, sonolência diurna, fadiga matinal, sono não reparador e cefaléia, sintoma este a ser discutido, posteriormente.

A alergia foi outro sintoma que prevaleceu em respiradores orais, em número muito superior ao do grupo controle, e é considerado um dos agentes etiológicos mais comuns da respiração oral, demonstrado e confirmado no resultado encontrado.

Dentre as manifestações alérgicas, temos a rinite alérgica como a principal causa da respiração oral, uma patologia

bastante freqüente. Estima-se que 10,0% de toda a população sofra desta patologia. Entre crianças e adolescentes, esta taxa encontra-se em torno de 15 a 20,0%^(5,9).

Em determinado momento da vida, a criança pode adquirir rinite alérgica ou gripe. Qualquer um destes fatores, ou ainda outros, podem obstruir as vias aéreas superiores, fazendo com que ela passe a respirar pela boca em detrimento das vias normais.

Desta forma, uma patologia corriqueira pode levar a criança a tornar-se um respirador oral, prejudicando o desenvolvimento normal, não só da face, mas produzindo alterações morfofuncionais em todo o organismo⁽¹⁰⁾.

O tratamento da rinite alérgica é clínico, além de ser recomendado um controle ambiental rigoroso a fim de estimular a respiração nasal fora dos momentos de crise^(4,5).

O sintoma cefaléia predominou nos respiradores orais, apesar da diferença não ter sido significativa quando comparado ao grupo controle, como ocorreu em relação aos outros sintomas. Desta forma, podemos afirmar que a cefaléia não apresenta relação com o tipo respiratório.

Não foram encontrados trabalhos que relacionam cefaléia versus respiração.

A cefaléia pode ter como causa vários outros fatores, que não são relacionados à obstrução nasal propriamente dita, pois pode ser secundária a problemas em quaisquer regiões do corpo e pode ter inúmeras causas como tumores cerebrais, meningites, aneurismas, problemas nos olhos, ouvido, garganta, resfriados, tensão pré-menstrual, e outros, além da cefaléia primária, sendo ela própria, a doença e o sintoma, como por exemplo, a enxaqueca.

Quando a cefaléia é relacionada à obstrução nasal, pode ser causada por resfriado ou gripe, alergias, poluição, sinusite (onde a dor acomete a testa, seios paranasais e/ou nariz, onde estão localizados os seios da face).

A cefaléia também pode ser uma conseqüência da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono, no qual o indivíduo apresenta dificuldade para dormir, não há um equilíbrio entre as trocas gasosas de oxigênio e de gás carbônico. A dor é matutina e frontal⁽¹¹⁾.

■ CONCLUSÃO

A análise dos resultados obtidos permite concluir que os sintomas baba noturna, ronco e alergia estão diretamente relacionados ao tipo respiratório. Prevalecem em sua maioria no grupo dos respiradores orais, apesar também de encontrá-los nos respiradores nasais.

Já o sintoma cefaléia não apresenta uma relação significativa com o tipo respiratório.

ABSTRACT

Purpose: to verify the higher levels of night salivary secretion, snoring, allergy and headache symptoms on patients with oral breath complaints and compare them with the results from nasal breather patients. **Methods:** it was analyzed 253 interviews from both gender patients from an orthodontic clinic, with ages between 6 and 40 years old. **Results:** 102 oral breathers patients and 151 nasal breathers patients were found. The symptoms above were significantly higher in the mouth-breathing group, with the exception of the headache symptom. **Conclusions:** the analyzed symptoms, with the exception of headaches, present a significant statistical relation with the mouth-breathing patients when compared with the nasal breathers.

KEYWORDS: Mouth breathing; Allergy; Headache; Snoring; Salivation; Child; Adult

REFERÊNCIAS

1. Marchesan IQ. O trabalho fonoaudiológico nas alterações do sistema estomatognático. In: Marchesan IQ, Bolaffi C, Dias Gomes IC, Zorzi JL, organizadores. Tópicos em fonoaudiologia 1994. São Paulo: Lovise; 1994. p.83-96
2. 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. p.24-36.
3. Parolo AMF, Bianchini EMC. Pacientes portadores de respiração bucal: uma abordagem fonoaudiológica. Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial 2000;5:76-81.
4. Lusvarghi L. Identificando o respirador bucal. Rev da APCD 1999;53:265-74.
5. Di Francesco RC. Respirador bucal: a visão do otorrinolaringologista. J Bras Fonoaudiol 1999;1:56-60.
6. Soncini F, Dornelles S. Respiração: contradição entre as informações dos pais e os resultados da avaliação fonoaudiológica. Fono Atual 2000;1(11):43-51.
7. Molina OF. Fisiopatologia craniomandibular: oclusão e ATM. 2ª ed. São Paulo: Pancast; 1995.
8. Problemas comuns. Ronco e síndrome da apnéia do sono. [online] 2002 nov [cited 2002 nov 22]. Available from: URL: http://www.lincx.com.br/lincx/orientacao/problemas/ronco_apneia.html
9. Cintra CFSC, Castro FFM, Cintra PPVC. As alterações oro-faciais apresentadas em pacientes respiradores bucais. Rev Bras Alergia Imunopatol 2000;23:78-83.
10. Prates NS, Magnani MBBA, Valdrighi HC. Respiração bucal e problemas ortodônticos: relação causa-efeito. Rev Paul Odontol 1997;19:14-6, 18-9.
11. Cefaléia do tipo tensional. In: Dor de cabeça - on line. 2002 nov [cited 2002 nov 20]. Disponível em: URL: http://www.dordecabeca.com.br/htm/sht_definicao.sht

RECEBIDO EM: 13/02/03

ACEITO EM: 18/05/03

Endereço para correspondência:

Rua Dr. Antonio Bento, 230/54 - CEP 11075-260 - Santos - SP

Fone: (13) 3221-4871

E-mail: chrisblanco@uol.com.br