

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

STÉFANI SERENO DELGADO
THAÍS DIAS MACHADO

**RESPIRADOR BUCAL: DIAGNÓSTICO PRECOCE E QUALIDADE DE
VIDA**

VOLTA REDONDA

2020

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**RESPIRADOR BUCAL: DIAGNÓSTICO PRECOCE E QUALIDADE DE
VIDA**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia
do Centro Universitário de Volta Redonda,
como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia

Alunos: Stéfani Sereno Delgado

Thaís Dias Machado

Orientadora: Alice Rodrigues Feres de Melo

Coorientadora: Roberta MansurCaetano

VOLTA REDONDA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária:Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

D352rDelgado, Stéfani Sereno.

Respirador bucal: diagnóstico precoce e qualidade de vida. / Stéfani Sereno Delgado; Thaís Dias Machado. – Volta Redonda: UniFOA, 2020.

26 p. II

Orientador (a): Alice Rodrigues Feres de Melo

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2020.

1. Odontologia - TCC. 2. Criança – respiração bucal – diagnóstico. I. Melo, Alice Rodrigues Feres de. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Respirador Bucal: diagnóstico precoce e qualidade de vida.”

Elaborado por: Stéfani Sereno Delgado e Thaís Dias Machado.

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em

Banca Avaliadora:

.....
Profª Doutora Alice Rodrigues Feres de Melo

.....
Profª Doutora Roberta Mansur Caetano

.....
Profª Doutora

DEDICATÓRIA

Dedicamos primeiramente este trabalho a Deus, o maior orientador das nossas vidas, Ele nunca nos abandonou nos momentos de necessidade. Acreditamos que sem a sua força a conclusão deste trabalho não seria possível. Por isso, dedicamos esta monografia a Ele, com muita gratidão e coração. Dedicamos esse trabalho também aos nossos avôs que fizeram o possível e impossível por nós, foram os maiores incentivadores para nossa formação acadêmica, essa vitória é nossa.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse em nossas vidas, muita gratidão por ele sempre estar no nosso meio que nunca nos deixou desistir, nos abençoando e sendo à nosso guia em meio à escuridão e em momentos difíceis.

Agradecemos ao Centro Universitário de Volta Redonda- UniFOA pela oportunidade de aprendermos de forma tão completa essa profissão e pelo modo acolhedor que nos recebeu, agradecemos todo corpo docente que demonstrou estar comprometido com a qualidade e excelência do ensino.

À professora Alice pela paciência e zelo todas as vezes que surgiram dúvidas e dificuldades durante o caminho, obrigada por não desistir da gente.

Agradecemos à nossa família que acreditaram em nossos sonhos e deram à oportunidade de estarmos hoje aqui, agradecemos nossos namorados por compreenderem nossa dedicação ao nosso projeto.

À todos que participaram direto ou indiretamente desse nosso sonho, o nosso muito obrigada.

EPÍGRAFE

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

RESUMO

A respiração oral é bastante frequente podendo ocasionar mal oclusões dentárias nas crianças e adolescentes. A criança com essa síndrome apresenta face alongada, desequilíbrio da força muscular facial; o palato duro tende a subir e a arcada dentária superior tende a se deslocar para frente e para dentro, entre outros fatores. Essa síndrome pode gerar um impacto negativo na qualidade de vida, especialmente relacionada aos problemas nasais, ao sono e a alimentação. O diagnóstico precoce pode evitar alterações esqueléticas faciais, atrasos no desenvolvimento de crianças e adolescentes, assim como, alterações posturais. O objetivo desse estudo foi, através de uma revisão de literatura, descrever sobre a síndrome do respirador oral, seus sinais e sintomas, fatores etiológicos, tratamento e enfatizar a importância de um diagnóstico precoce para uma melhor qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras-chave: Criança; Diagnóstico; Respiração bucal; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Mouth breathing is quite common and can cause dental occlusions in children and adolescents. The child with this syndrome has an elongated face, unbalanced facial strength; the hard palate tends to rise and the upper dental arch tends to move forward and inward, among other factors. This syndrome can have a negative impact on quality of life, especially useful for nasal problems, sleep and food. Early diagnosis can avoid facial skeletal changes, developmental delays in children and adolescents, such as postural changes. The aim of this study was, through a literature review, to describe a mouth breather syndrome, its signs and symptoms, etiological factors, treatment and to emphasize the importance of an early diagnosis for a better quality of life for these patients.

Keywords: Child; Diagnosis; Mouth breathing; Quality of life

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

et al.	E colaboradores
SRO	Síndrome do Respirador Oral
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda
%	Porcentagem

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	Diretrizes para autores	23
---------	-------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Conceitos e Fatores Etiológicos	12
2.2 Sinais e Sintomas	13
2.3 Diagnóstico e Tratamentos	14
2.4 Importância de um Diagnóstico Precoce na Qualidade de Vida	16
3 CONCLUSÃO.....	18
4 REFERÊNCIAS	19
ANEXO.....	23

1 INTRODUÇÃO

A respiração nasal é de extrema importância para todo funcionamento do nosso organismo, atuando no desenvolvimento do sistema estomatognático e auxiliando um correto crescimento e desenvolvimento craniofacial, além de permitir a harmonia facial¹. É responsável por filtrar o ar inspirado, umedecê-lo, e ainda esquentar o mesmo antes de entrar para os pulmões².

O respirador bucal é aquele indivíduo que respira principalmente pela boca, podendo ser total (respiração somente bucal) ou parcial (tanto bucal, quanto nasal), apresentando um conjunto de sinais, sintomas e etiologias multifatoriais³.

A respiração bucal pode causar diversos efeitos negativos no crescimento e desenvolvimento das estruturas craniofaciais. A obstrução das vias aéreas superiores juntamente com a adaptação do fluxo aéreo por via bucal, geram alterações neuromusculares que causam danos no desenvolvimento facial ocasionando impactos indesejáveis na fala, alimentação, respiração, postura, qualidade do sono e até no desempenho escolar. Além disso, a respiração bucal é considerada como um fator de risco para o desenvolvimento de más oclusões como mordida aberta, mordida cruzada, entre outras alterações⁴.

A síndrome do respirador oral (SRO) apresenta diversas causas como obstruções nasais, hábitos orais deletérios e fatores genéticos, tendo como consequência insônia, agitação, hiperatividade, cansaço frequente, olheiras, baixa concentração, baba noturna, pouco apetite e alterações posturais⁵. Um prévio diagnóstico evita o agravamento da doença possibilitando uma melhor qualidade de vida a esses indivíduos⁶.

Leal (2008)⁷ relatou em seu estudo que as pessoas que sofrem com esse mal devem ser analisadas e avaliadas por vários profissionais, sendo que o cirurgião-dentista é de extrema importância para que implemente programas educativos e melhore a condição de vida dessas pessoas.

Portanto, o objetivo desse estudo foi descrever sobre a síndrome do respirador oral, seus sinais e sintomas, fatores etiológicos, tratamento e enfatizar a importância de um diagnóstico precoce para uma melhor qualidade de vida desses indivíduos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceitos e Fatores Etiológicos

A respiração bucal é uma síndrome caracterizada por um conjunto de alterações físicas e morfológicas, causando modificações no desenvolvimento craniofacial, como resultado da alteração no padrão respiratório, onde o indivíduo passa a respirar parcialmente ou totalmente pela boca⁸.

O termo “Respiração bucal” foi renomeado para “Respiração oral”⁹, podendo também ser chamado de Síndrome do Respirador Oral (SRO), Síndrome Obstrutiva Respiratória e Síndrome da Face Longa por causa da presença de mudanças de natureza mecânica da respiração, e/ou à presença de alguns aspectos faciais notado nos pacientes que possuem essa síndrome¹⁰. Entretanto, observa-se que todas essas são referidas nos estudos citados dessa pesquisa.

Para facilitar a respiração do indivíduo que possui essa síndrome, a cabeça é locomovida para frente, ocasionando uma diminuição do ligamento mediastino do diafragma¹¹. Deste modo, o trajeto fica retilíneo para a respiração e faz com que a inspiração seja mais acelerada e chegue antes nos pulmões, o osso triangular da articulação do ombro se eleva e a frente do tórax fica comprimida. Com isso acontece a implicação da musculatura do pescoço e porção mais elevada do membro superior, conseqüentemente ocasionando em uma respiração com deficiência de oxigênio. Através disso, os membros superiores e inferiores obtêm uma estrutura adaptativa a fim de conseguir o equilíbrio do corpo que com isso se torna comprometido¹².

A etiologia da SRO é multifatorial, podendo ter influências ambientais e obstrutivas¹³. Pode ser decorrente de hábitos bucais deletérios, como a sucção digital ou de chupeta, que dependendo da intensidade e frequência podem deformar a arcada dentária e alterar todo o equilíbrio facial. Também pode ser de origem obstrutiva, devido a uma variação anatômica, apresentando uma passagem aérea estreita. Outros fatores como posturadurante o sono, aleitamento artificial, alergias respiratórias, sinusites, desvio de septo nasal, pólipos nasais, hipertrofia das adenoides, hipertrofias de cornetos e hipertrofia de tonsilas palatinas, também podem causar a respiração bucal^{14,3}.

De acordo com Pereira (2001)¹⁵, a etiologia mais conhecida dessa síndrome é a obstrução nasal. A respiração pode ser apenas pelo nariz ou pelo nariz e boca ou apenas pela boca, o que é atípico e singular^{16,3}. Alguns indivíduos respiram pela boca por costume, sendo obtido em situações de congestionamento nasal. O congestionamento nasal é uma das etiologias da apneia e pode resultar em insônia e cansaço no dia a dia¹⁷.

Essa síndrome também pode ser adquirida por um hábito irregular como amamentação inadequada e o uso de mamadeiras e chupetas, o que faz com que ocorra a instalação de hábitos orais impróprios, gerando mudanças no aspecto físico e funcional¹⁸. O desmame prematuro pode ser considerado como uma das etiologias. Durante o aleitamento o bebê consegue obter uma respiração

nasal correta, através da utilização favorável da sucção, o que gera um bom desenvolvimento craniofacial ¹⁹.

2.2 Sinais e Sintomas

As lamúrias predominantes dos indivíduos com a SRO são: dispneia e apneia noturna, fadiga quando é feito algum esforço físico, dor nas costas e pescoço, disfunções do ouvido ou do paladar ²⁰, mau hálito^{21,22}, boca seca, acordar sufocado, insônia, cansaço, espirros e muita saliva durante a comunicação verbal ²².

A passagem de ar pelas vias aéreas ventilando o interior dos pulmões permite a evolução facial adequada através da força feita pela inspiração e expiração de ar pelo nariz. O fluxo da cavidade nasal desprovido e a falta de força da língua contra o palato levam a hipoplasia dos seios maxilares, ao estreitamento das cavidades nasais e da arcada dentária superior, o que favorece a má oclusão dentária. Além disso, o respirador bucal pode apresentar mudanças na face, como: maior volume vertical do terço inferior da face, arco maxilar estreito, palato ovalado, ângulo goníaco obtuso, desvio na oclusão dentária (mordida aberta anterior e/ou posterior, incisivos superiores vestibularizados, mordida cruzada) e localização do osso hióide mais alta ¹³.

Nos aspectos congênitos estão relatadas algumas mudanças como: desvio do septo nasal, fragmentação nasal, inflamação da nasofaringe, rinite alérgica, polipose nasossinusal, sinusite, aumento das tonsilas faríngeas, e tumores ²³. As consequências mais comuns são mudanças craniofaciais e dentárias, fonação, alterações físicas, comportamentais e das funções bucais ²⁴.

Influências sistêmicas acontecem de acordo com o tempo de duração e a severidade do padrão respiratório, podendo ocorrer efeitos deletérios nas condições de vida dos indivíduos devido ao estado psicológico, físico, social e pessoal. Os portadores dessa síndrome podem ter atraso do crescimento pondero-estatural; mudanças cardiológicas como pressão alta, hipertensão pulmonar e enfermidade pulmonar obstrutiva crônica; distúrbios respiratórios inferiores com presença maior de tosse, dispneia e apneia obstrutiva; confusões neuropsíquicas como mudança de comportamento (exemplo: hiperatividade, insônia, estresse, dificuldade de concentração, baixo desempenho escolar ainda que tenha raciocínio comum, emissão involuntária de urina durante a noite); dor de cabeça e maior probabilidade de desenvolver infecções ²⁵.

Em relação às alterações comportamentais as principais alterações são: irritação, mau humor, sonolência, inquietude, desconcentração, agitação, ansiedade, medo, depressão, desconfiança, impulsividade e déficit de aprendizagem¹⁰.

2.3 Diagnóstico e Tratamentos

O diagnóstico dessa doença de acordo com Pacheco et al. (2015)²⁶, pode ser realizado por meio da avaliação visual, com o paciente em pé e com o paciente sentado; anamnese com perguntas singulares e testes de respiração com espelho, teste de retenção da água e teste de selamento labial. No teste visual, com o paciente em pé, é analisado se o paciente possui selamento labial, alterações posturais, olheiras e face alongada. Já com o paciente sentado, é observado se possui mordida aberta anterior, palato profundo e estreito e se há presença de gengivite em incisivos superiores. Na anamnese o profissional faz os seguintes questionamentos: dorme com a boca aberta, consegue manter a boca fechada quando distraído, possui presença de ronco, baba no travesseiro, possui sonolência diurna, desperta-se com dor de cabeça, sente-se cansado facilmente, apresenta alergias, tem o nariz entupido com frequência ou coriza, apresenta dificuldades na escola ou de concentração.

Os exames de imagem são capazes de auxiliar no diagnóstico da SRO, são eles: telerradiografia cefalométrica lateral padronizada em cefalostato, utilizada habitualmente por ortodontistas pré e pós tratamento ortodôntico; a telerradiografia lateral de Cavum, mais costumeiramente utilizada por otorrinolaringologistas e a radiografia panorâmica, que é empregada abundantemente na odontologia ²⁷.

As pesquisas odontológicas e de diversas áreas da saúde têm destacado um grande interesse pelos problemas derivados da síndrome da respiração bucal, pois compromete o indivíduo de diversas formas alterando a saúde geral e a qualidade de vida ^{28,9}.

A respiração bucal acarreta uma série de distúrbios e sequelas que requerem um tratamento particularizado e multidisciplinar, envolvendo diversos profissionais da saúde além do médico, como, fisioterapeuta, nutricionista, cirurgião dentista, fonoaudiólogo e psicólogo ⁸.

Dentro de um cenário abrangente da interprofissionalidade, o cirurgião-dentista tem um papel importante para elaboração de programas educativo-preventivos direcionados a estes pacientes, levando em consideração o novo modelo de promoção de saúde, no qual as práticas clássicas de tratamento proporciona melhorias na saúde bucal e também na qualidade de vida dos indivíduos ⁷.

A intervenção ortodôntica das más oclusões acarretadas por hábitos bucais deletérios compreende um trabalho interprofissional, com atuação do ortodontista, do otorrinolaringologista ou alergista, do fonoaudiólogo e do psicólogo. Nesta equipe, o ortodontista corrige as alterações morfológicas e quando necessário encaminha o paciente para as demais especialidades. O otorrinolaringologista e o alergista assistem as obstruções das vias aéreas. O fonoaudiólogo reeduca a postura e a função lingual e instruem o paciente a respirar corretamente. O psicólogo contribui quando as crianças apresentam vício do hábito e resistência a pará-lo^{29,30, 31, 32}.

A ideia é fomentar a execução de forma multidisciplinar que trabalhe na forma de prevenção e tratamento precoce, assentados em critérios de diagnóstico com propósito de evitar o tratamento sintomático ^{33,34,35,15}.

Nos indivíduos que apresentam alergias e/ou infecções respiratórias se faz necessário o uso de medicamentos sistêmicos. E, em determinadas situações onde há obstrução nasal, o uso de dispositivos de dilatação nasal deve ser utilizado. Vale ressaltar que esses tratamentos são realizados por um médico otorrinolaringologista ³⁶. Em casos onde há hipertrofia da adenoide e das amídalas, e desvio de septo a indicação é cirúrgica ³⁷.

Através de exercícios o fonoaudiólogo pode recuperar a função das musculaturas periorais, disfunções da fala e deglutição¹⁴. Já o fisioterapeuta dedica-se aos problemas relacionados à postura e respiração. O cirurgião dentista executa o diagnóstico prévio e o ortodontista realiza o tratamento de interferências no crescimento e desenvolvimento craniofacial que tem início na respiração alterada como a oral ^{38,33,15,39}.

Uma importante contribuição que a Ortodontia/Ortopedia Facial pode oferecer ao paciente com respiração oral é a expansão da maxila, aumentando o espaço para a língua, corrigindo o posicionamento dentário, mudando a forma e, por conseguinte devolvendo a função⁴⁰. Esse tratamento é utilizado quando há deficiência de largura maxilar correlacionada com um palato ogival⁴¹.

Esse tratamento é utilizado para as atresias maxilares há mais de 50 anos, através de alargamento do arco dentário e da cavidade nasal, contribuindo para uma respiração nasal mais efetiva⁴². Os resultados da expansão rápida da maxila não se limitam somente a ela, porque esta é associada a outros ossos. A expansão rápida dissocia as paredes externas da cavidade nasal lateralmente e causa abaixamento do palato e endireitamento do septo nasal. Esse decréscimo da resistência nasal melhora a capacidade intranasal e restaura a respiração ⁴¹.

Está melhor indicado para este tipo de tratamento os casos nos quais a respiração oral vem junto da falta de base nasal. A capacidade de expansão dentro da cavidade nasal deve ser atribuída à separação das apófises palatinas dos ossos maxilares, gerando um aumento intranasal pelo afastamento de suas paredes inferior e lateral, alcançando um aumento que pode ser até de 45%⁴⁰. No entanto, essa técnica geralmente não é utilizada em pacientes adultos, onde é mais indicada a opção cirúrgica assistida por expansão maxilar rápida ⁴¹.

A respiração de forma correta pode ser perdida pelo desmame precoce (antes dos seis meses de vida); durante a amamentação o bebê condiciona a postura de repouso dos lábios ocluídos e a respiração nasal. Com o desmame antecipado, a postura de lábios entreabertos transforma-se em referência o que favorece a respiração oral ⁴³.

A amamentação estimula uma correta respiração nasal, e conseqüentemente um adequado desenvolvimento craniofacial; quanto mais extenso o período de aleitamento materno, menor a incidência de hábitos de sucção, respiração bucal e bruxismo⁴⁴.

Além de um tratamento multidisciplinar, cada indivíduo demanda um protocolo individualizado, somado a isso grande parte do sucesso do tratamento está ligado a colaboração, interesse e assiduidade do indivíduo para com o tratamento proposto, não somente durante como também após a terapia para evitar recidivas^{33,34,35,15}.

2.4 Importância de um Diagnóstico Precoce na Qualidade de Vida

Sustentado por estudos epidemiológicos, foi percebido que a respiração bucal pode ser considerada como uma questão de saúde pública. Problemas respiratórios são percebidos entre 10% a 25% da população, tendo impacto na qualidade de vida dos cidadãos⁴⁵.

A definição de qualidade de vida é muito abrangente e soma diversos aspectos objetivos e subjetivos da vida⁴⁶, envolvendo não somente aspectos econômicos, mas também o estado psicológico, físico e social do indivíduo⁴⁷.

Apesar de algumas controvérsias na literatura sobre a respiração bucal afetar a qualidade de vida, onde alguns estudos afirmaram que há poucos indícios para manter a teoria de que a respiração bucal tenha interferência negativa na qualidade de vida dos indivíduos^{48,49}, a maioria dos estudos analisados relata que a respiração bucal pode causar danos na qualidade de vida, não somente na respiração, mas nas questões funcionais e comportamentais^{50,51,25,52}, principalmente no que se refere aos problemas nasais, como o sono e alimentação²⁵.

Os sinais e sintomas como alterações orofaciais, posturais, oclusais, comportamentais, na aprendizagem e na qualidade de sono, caracterizam a respiração bucal como uma síndrome. Visto que interferem na qualidade de vida da criança, que estará em um estado psicológico dominado pela insatisfação pessoal, cansaço e emocionalmente abalado^{50,51}.

Como a respiração bucal afeta a qualidade do sono, a disposição, o comportamento e o desempenho escolar são prejudicados, visto que as crianças além de não terem restauração física e mental encontram-se exageradamente cansadas devido um sono inadequado. Outrossim, tem baixa frequência escolar devido a estas circunstâncias. Um sono efetivo e sem interrupções pode potencializar a aprendizagem e o funcionamento cognitivo, além de ter uma função importante na solidificação da memória^{53, 54, 55,56}.

Portanto, os fatores etiológicos devem ser precocemente diagnosticados e tratados em crianças. O diagnóstico precoce pode evitar ou minimizar alterações esqueléticas faciais, atrasos no crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, evitar alterações posturais^{57,58}, e reduzir o comprometimento do ajuste psicossocial⁵⁷.

É de grande importância o diagnóstico e o encaminhamento precoce aos profissionais especialistas, quando ainda não foram desenvolvidas grandes deformações ósseas na face, alterações cardiorrespiratórias, imunológicas e comportamentais ⁵⁷. O indivíduo deve ser encaminhado para uma avaliação integral, permitindo um tratamento em equipe que pode englobar o ortodontista, o pediatra, o alergista, o otorrinolaringologista, o fonoaudiólogo e o fisioterapeuta, o que permite identificar as possíveis causas da SRO, visando interceptá-las e minimizar os danos de suas repercussões, proporcionando melhora da saúde e função desses indivíduos⁵⁹.

A respiração bucal quando diagnosticada precocemente permite uma intervenção rápida, de fundamental importância para melhora da qualidade de vida dos indivíduos por essa síndrome ⁶⁰.

3 CONCLUSÃO

A síndrome do respirador bucal pode ser definida como resultado de um desvio do padrão normal de respiração; causa efeitos negativos no crescimento e desenvolvimento das estruturas craniofaciais, além de impactos indesejáveis na fala, alimentação, respiração, postura, qualidade do sono e desempenho escolar, gerando transtornos na qualidade de vida desse indivíduo.

O tratamento adequado exige um trabalho interprofissional na vida desse paciente, como o otorrinolaringologista, o fonoaudiólogo, o psicólogo e o ortodontista.

Um diagnóstico precoce é fundamental para que ocorra um tratamento correto e assertivo, podendo evitar o agravamento da doença e possibilitando uma melhor qualidade de vida a esses indivíduos.

4REFERÊNCIAS

1. Almeida FL, Silva AMT, Serpa EO. Relação entre má oclusão e hábitos orais em respiradores orais. CEFAC. 2009; 11(1):86-93.
2. Di Francesco RC, Passerotii G, Paulucci B, MinitiA. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004; 70(5):665-70.
3. FelcarJM, Bueno IR, Massan ACS, Torezan RP, Cardoso JR. Prevalência de respiradores bucais em crianças de idade escolar. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(2):437-44.
4. Carvalho RC. Síndrome do respirador bucal: revisão de literatura. Uberlândia: 2017. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal de Uberlândia - Faculdade de Odontologia.
5. Morimoto T, Karolczak APB. Associação entre as alterações posturais e a respiração bucal em crianças. Fisioter. Mov.2012; 25(2):379-88.
6. CintraCF, Castro FFM, Cintra, PPV. As alterações oro-faciais apresentadas em pacientes respiradores bucais.Rev Bras Alerg Immunopatol.2000; 23(2):78-83.
7. Leal RB. Impacto do padrão de respiração,prevalência e fatores associados na qualidade de vida em escolares do Recife/PE. Pernambuco: 2008.Tese (Doutorado em Odontologia) - Universidade de Pernambuco - Faculdade de Odontologia de Pernambuco.
- 8.Santos FG. Síndrome do respirador bucal: do diagnóstico ao tratamento. Porto Alegre: 2019.32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Odontologia.
9. LealRB. Elaboração e validação de instrumento para avaliar a qualidade de vida do respirador oral.Pernambuco: 2004. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade de Pernambuco - Faculdade de Odontologia de Pernambuco.
10. De MenezesVA, Tavares RLO, Granville-Garcia AF. Síndrome da respiração oral: alterações clínicas e comportamentais. Arq Odontol. 2009; 45(3):160-5.
11. AragãoW. Respirador Bucal. J pediatr. 1988; 64(4):349-52.
12. Ponte STD. Respiração Bucal. Londrina: 2000. Monografia (Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica - Motricidade Oral).
13. Imbaud TC, Mallozi MC, Domingos VB, Solé D, Frequency of rhinitis and orofacial disorders in patients with dental malocclusion. Ver Paul Pediatr. 2016;34(2):184-8.
14. Frasson JMD, de Araújo Magnani MBB, Nouer DF, de Siqueira VCV, Lunardi, N. Comparative cephalometric study between nasal and predominantly mouth breathers. Brazilian journal of otorhinolaryngology.2006; 72(1):72-81.
15. Pereira SL. Respiração bucal e aprendizagem. Itajaí: 2001. 52f. Monografia (Especialização em Fonoaudiologia – Motricidade Oral) - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica.
16. De Andrade FV, De Andrade DV, AraújoAS, RibeiroACC, Deccax LDG, Nemr K. Alterações estruturais de órgãos fonoarticulatórios e más oclusões dentárias em respiradores orais de 6 a 10 anos. CEFAC. 2005; 7(3):318-25.
17. UdaKaT, Suzuki H, Fujimura T, Hiraki N, Shiomori T, Kitamura T, et al. Relationships between nasal obstruction, observed apnea, and daytime sleepiness. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 2007; 137(4):669-73.

18. Carvalho GD. S.O.S.Respirador Bucal: uma visão funcional e clínica da amamentação. 2 ed. São Paulo: Editora Lovise, 2010.
19. SilvaRZO. O paciente respirador oral e o tratamento ortodôntico. Porto Alegre: 2011. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre -Faculdade de Odontologia.
20. Eiser C, MorseR. The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2001; 22(4):248-26.
21. 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. Belo Horizonte: 2006. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal de Minas Gerais – Faculdade de Medicina.
22. Lemos CMD, WilhelmsenNSW, MionODG, Mello Júnior JFD. Alterações funcionais do sistema estomatognático em pacientes com rinite alérgica: estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2009; 75(2):268-74.
23. ZicariAM, Albani F, Ntrekou P, Rugiano A, DuseM, Mattei A, et al. Oral breathing and dental malocclusions. *Eur J Paediatr Dent*.2009; 10(2):59-64.
24. Veron HL, Antunes AG, Milanesi JDM, Corrêa ECR. Implications of mouth breathing on the pulmonary function and respiratory muscles. *Revista CEFAC*. 2016;18(1):242-51.
25. Popoaski C, Marcelino TDF, SakaeTM, Schmitz LM, Correa LHL. Avaliação da qualidade de vida em pacientes respiradores orais. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*. 2012; 16(1):74-81.
26. Pacheco MCT, Casagrande CF, Teixeira LP, Finck NS, Araújo MTMD. Guidelines proposal for clinical recognition of mouth breathing children. *Dental press journal of orthodontics*. 2015; 20(4):39-44.
27. Ianni FilhoD, Bertolini MM, LopesML. Contribuição multidisciplinar no diagnóstico e no tratamento das obstruções da nasofaringe e da respiração bucal. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2006; 4(6):90-102.
28. Jorge EP, Abrão J, Castro ABBAT. Estudo da resistência nasal em pacientes com má oclusão de Classe II divisão 1ª de Angle, utilizando a rinomanometria anterior ativa. *Rev. dent. press ortodon. ortop. Maxilar*. 2001;6(1):15-30.
29. GaribDG, Da Silva Filho OG, Janson G. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte II)- fatores ambientais. *Revista Clínica de Ortodontia Dental Press*.2010; 9(3):61-73.
30. Prieto LA Flaiban E, Negrete D, Santos DCL. The use of self-ligating brackets in day by day at odontologic clinic. *Rev odontol Univ Cid*. 2016; 28(3):230-9.
31. De CarvalhoTM, Miranda AF. Ortopedia e Ortodontia em crianças com Síndrome de Down. *Revista Ciências e Odontologia*. 2017; 1(1):29-34.
32. Rodrigues JA, Souza-Silva BN, Baldrighi SEZDM, Paranhos LR, César CPHAR. Interference of mouth breathing with orthodontic treatment duration in Angle Class II, Division 1. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2017; 46(3):184-8.
33. Queluz D P, Gimenez CMM. A síndrome do respirador bucal. *Rev. CROMG (Impr.)*.2000; 6(1):4-9.
34. Sartori SE. Respiração bucal patológica ou adaptada. Londrina: 2000. Tese (Doutorado em Fonoaudiologia) - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica.
35. GasparCS. A respiração bucal e sua influência sobre as alterações no desenvolvimento crânio-facial. Recife: 2001. 33f. Monografia (Especialização em Fonoaudiologia – Motricidade Oral)– Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica.

36. Darrow DH, Siemens C. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *The Laryngoscope*. 2002; 112(100):6-10.
37. Posnick JC, Fantuzzo JJ, Troost T. Simultaneous intranasal procedures to improve chronic obstructive nasal breathing in patients undergoing maxillary (Le Fort I) osteotomy. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 2007; 65(11):2273-81.
38. Ferreira ML. A incidência de respirações bucais em indivíduos com oclusão Classe III. *J. bras. ortodon. ortop. Facial*. 1999; 4(21):223-40.
39. Onofre NML, Mezzomo FS, Tavares CAE. Tratamento ortodôntico interceptativo em paciente respirador bucal. *Ortodon Gaúch*. 2006; 10(1):59-65.
40. Paranhos LR, Cruvinel MOB. Respiração Bucal: Alternativas Técnicas em Ortodontia e Ortopedia Facial no Auxílio ao Tratamento. *J. Bras Ortodon. Ortop. Facial*. 2003; 8(45):253-9.
41. Babacan H, Sokucu O, Doruk C, Ay S. Rapid maxillary expansion and surgically assisted rapid maxillary expansion effects on nasal volume. *Angle Orthod*. 2006; 76(1):66-71.
42. Wiltenburg AL, Assencio-Ferreira VJ. Características respiratórias de pacientes respiradores orais após disjunção palatina. *Rev CEFAC*. 2002; 4(2):131-5.
43. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLDA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *Jornal de Pediatria*. 2003; 79(1):7-12.
44. Voi Trawitzki LV, Anselmo-Lima WT, Melchior MO, Grechi TH, Valera FCP. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2005; 71(6):747-51.
45. Negae MH, Alves MC, Kinoshita RI, Bittencourt ZZIC, Gagliardo H. Qualidade de vida em sujeitos respiradores orais e oronasais. *Rev. CEFAC*. 2013; 15(1):105-10.
46. Monteiro R, Braile DM, Brandau R, Jatene FB. Qualidade de vida em foco. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. 2010; 25(4):568-74.
47. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de saúde pública* 2004; 20(2):580-8.
48. Neiva PD, Kirkwood RN, Godinho R. Orientation and position of head posture, scapula, and thoracic spine in month-breathing children. *Int J Pediatr Otorhinolarygol*. 2009; 73(2):227-36.
49. César CPHAR, Silva KD, Paranhos LR, Baldrighi SEZDM. Quality of life of subjects with and without nose breathing difficulties. *Biosciences journal*. 2016; 32(1):272-78.
50. Campanha SMA, Freire LMS, Fontes MJF. O impacto da asma, da rinite alérgica e da respiração oral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *CEFAC*. 2008; 10(4):513-19.
51. Hoffmann CF, De Machado FCM, Mezzomo CL. Relação entre tipo facial e postura de lábios e língua em respiradores bucais. *Revista Clínica de Ortodontia Dental Press*. 2012; 11(3):120-5.
52. Milanesi JDM, Weber P, Berwig LC, Ritzel RA, Silva AMTD, Corrêa ECR. Childhood mouth-breathing consequences at adult age: ventilatory function and quality of life. *Fisioterapia em Movimento*. 2014; 27(2):211-8.
53. Gaultney JF. The prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance. *Journal of American College Health*. 2010; 59(2):91-7.

54. Leal RB, Gomes MC, Granville-Garcia AF, Goes PS, de Menezes VA. Development of a questionnaire for measuring health-related quality of life among children and adolescents with mouth breathing. *American journal of rhinology & allergy*. 2015; 29(6):212-5.
55. Leal RB, Gomes MC, Granville-Garcia AF, Goes PS, de Menezes VA. Impact of breathing patterns on the quality of life of 9-to 10-year-old schoolchildren. *American journal of rhinology & allergy*. 2016;30(5):147-52.
56. Ribeiro GCA, Santos IDD, Santos ACN, Paranhos LR, César CPHAR. Influence of the breathing pattern on the learning process: a systematic review of literature. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. 2016; 82(4):466-78.
57. Menezes VAD, Cavalcanti LL, Albuquerque TCD, Garcia AFG, Leal RB. Respiração Bucal no contexto multidisciplinar: percepção de ortodontistas da cidade do Recife. *Dental Press J Orthod*. 2011; 6(6):84-92.
58. Vitor A, Marquetto M, Leal B. A importância do diagnóstico precoce para se evitar as consequências da respiração bucal. *Journal of Research in Dentistry*. 2019. [acesso 30 de outubro de 2019]; Disponível em: http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/JR_Dentistry/article/view/8309
59. Della JP. Importância do diagnóstico precoce da respiração bucal-criação de folder ilustrativo. Tubarão: 2018. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina.
60. Mustafá AMM, Ribeiro ALR, Silva AM, Tiago CM. Síndrome do respirador bucal e suas implicações na cavidade oral com foco na gengivite e cáries: uma revisão de literatura. *Journal of Orofacial Investigation*. 2015; 2(1):15-21.

ANEXO A - Normas de Publicação

Normas para publicação

Revista virtual de acesso gratuito ao texto integral



A Revista SOTAU é um periódico online editado pelo Sindicato dos Odontologistas de Taubaté e Região. Aceita publicações de cartas ao Editor, artigos científicos e casos clínicos de todas as especialidades da Odontologia.

Os princípios que serão observados em suas edições baseiam-se na total liberdade de expressão, limitada apenas pelo rigor científico e pela ética.

Os artigos submetidos para publicação deverão ser originais e inéditos e de inteira responsabilidade de seus autores, que deverão concordar em ceder os direitos autorais para a SOTAU Revista Virtual de Odontologia.

Os manuscritos serão submetidos anonimamente à apreciação de 2 membros do Conselho Editorial, que opinarão sobre a recomendação para publicação, a recomendação de modificações ou a rejeição. A decisão será do Editor, que comunicará ao Autor o resultado. A versão final, que poderá ter alterações de redação, deverá ter a concordância do Autor.

Os artigos deverão ser escritos em português e devem ser enviados para o SOTAU:

SOTAU- Sindicato dos Odontologistas de Taubaté e Região
Av. Cassiopéia, n° 64 – J. Satélite – São José dos Campos – SP
CEP: 12230-010 – Telefax: (12) 3931-1376

APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

O manuscrito deverá conter além do texto científico, o Termo de Cessão de direitos autorais à Revista e, quando for o caso, o consentimento por escrito do paciente, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o Termo de Divulgação de Potencial Conflito de Interesses, conforme os modelos no final destas normas.

Deve ser apresentada 1 cópia impressa completa do artigo com as respectivas figuras, anexos, tabelas, gráficos etc.

Deverá ser apresentada uma versão eletrônica, com os seguintes requisitos

1. Texto – arquivo em formato DOC ou RTF, utilizando um processador de texto tipo WORD ou similar;

2. Figuras e Imagens – arquivos em separado nos formatos JPG ou TIF;
3. Tabelas – arquivos em separado nos formatos DOC ou XLS;
4. Gráficos – convém ser encaminhados no formato XLS para permitir edição.

ESTRUTURA

FOLHA DE ROSTO

Deve conter a identificação dos autores, com nome, endereço, telefones para contato e email.

ARTIGOS CIENTÍFICOS (PESQUISAS, ARTIGOS E TESES)

Título em português
Título em Inglês
Nome(s) do(s) autor(es), titulação do(s) autor(es)
Resumo e palavras-chaves, em português
Abstract e Keywords, em Inglês
Introdução e/ou revisão da literatura
Materiais e métodos
Resultados
Discussão
Conclusões
Referências

REVISÃO DE LITERATURA

Título em português
Título em Inglês
Nome(s) do(s) autor(es), titulação do(s) autor(es)
Resumo e palavras-chaves, em português
Abstract e Keywords, em Inglês
Introdução e/ou revisão da literatura
Resultados
Discussão
Conclusões
Referências

RELATO DE CASO CLÍNICO

Título em português
Título em Inglês
Nome(s) do(s) autor(es), titulação do(s) autor(es)
Resumo e palavras-chaves, em português
Abstract e Keywords, em Inglês
Introdução e/ou revisão da literatura
Relato do caso
Discussão
Conclusões
Referências

FORMATAÇÃO DE PÁGINA:

Margens superior e inferior: 2,5 cm
Margens esquerda e direita: 2,5 cm
Tamanho do papel: A4
Alinhamento do texto: justificado

Recuo especial da primeira linha dos parágrafos: 1,25 cm

Espaçamento entre linhas: 1,5 linhas

Controle de linhas órfãs/viúvas: desabilitado

As páginas devem ser numeradas

Fonte: Arial

Tamanho da fonte: 10

Unitermos e key words: recomenda-se consultar os descritores em Ciências da Saúde – Bireme (www.bireme.br/decs/)

Citações de referências bibliográficas no texto: seguir o Sistema Numérico de Citação, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Não citar os nomes dos autores e o ano de publicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

A apresentação das referências bibliográficas deve seguir a normatização do Estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/#print>)

Os títulos de periódicos devem ser impressos sem negrito, itálico ou grifo e abreviados conforme o "List of Journals Indexed in Index Medicus" (www.nlm.nih.gov/tsd/serials/IJL.html).

As referências devem ser numeradas em ordem de aparecimento no texto pelos sobrenomes dos autores, que devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. A vírgula só deve ser usada entre os nomes dos diferentes autores. Incluir ano, volume, número (fascículo) e páginas do artigo logo após o título do periódico.

Exemplo:

Artigo

Liu ZJ, Yamagata K, Kasahara Y, Ito G. Electromyographic examination of jaw muscles in relation to symptoms and occlusion of patients with temporomandibular joint disorders. *J Oral Rehabil.* 1999 Jan;26(1):33-47.

Livro:

Dawson PE. Avaliação, Diagnóstico e Tratamento dos Problemas Oclusais, Artes Médicas, 1980, 49-100.

Artigo em periódico on-line/Internet:

Oliveira H, Avoglio JLV. Disfunção Oclusal da ATM: características e diagnóstico. *SOTAU R virtual Odontol.* 2007, 1:8-19. Disponível em <http://sotau.dind.googlepages.com/revista>. Acesso em .../.../.....

TABELAS OU QUADROS

Devem constar, respectivamente, sob as denominações de "Tabela" ou "Quadro" no arquivo eletrônico e em cópia impressa à parte, e ser numerados em algarismos arábicos.

A legenda deve acompanhar a tabela ou o quadro e ser posicionada abaixo destes.

Devem ser auto-explicativos e, obrigatoriamente, citados no corpo do texto na ordem de sua numeração.

Sinais ou siglas apresentados devem estar traduzidos em nota colocada abaixo do corpo da tabela/quadro ou em sua legenda.

FIGURAS

Devem constar sob a denominação de "Figura" e ser numeradas com algarismos arábicos.

As legendas devem ser fornecidas em folha impressa à parte.

Devem ser citadas no corpo do texto, sucessivamente, na ordem de sua numeração.

Sinais ou siglas devem estar traduzidos em sua legenda.

Devem possuir boa qualidade técnica e artística.

Na apresentação de imagens e texto, deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou estar reconhecível em fotografias, a menos que expresse por escrito o seu consentimento, o qual deve acompanhar o trabalho enviado.

Fotografias digitais devem ser enviadas em separado, gravadas em CD, com resolução mínima de 300dpi, nos formatos TIF ou JPEG e com o nome do arquivo Figura 1, Figura 2 etc

GRÁFICOS

Devem constar sob a denominação de "Gráfico", numerados com algarismos arábicos e fornecidos em cópia impressa à parte.

A legenda deve acompanhar o gráfico e ser posicionada abaixo deste.

Devem ser obrigatoriamente citados no corpo do texto, sucessivamente, na ordem de sua numeração.

Sinais ou siglas apresentados devem estar traduzidos em sua legenda.

As grandezas demonstradas na forma de barra, setor, curva ou outra forma gráfica devem vir acompanhadas dos respectivos valores numéricos para permitir sua reprodução com precisão.

IMPORTANTE

O uso de imagens, gráficos, tabelas etc já publicados precisam ser acompanhados de autorização de uso do detentor dos direitos autorais, ficando este aspecto sob inteira responsabilidade do autor(es).