



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

ANA CLARA AZEVEDO DA FONSECA

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES RESPIRADORES ORAIS

IMPERATRIZ-MA

2021

ANA CLARA AZEVEDO DA FONSECA

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES RESPIRADORES ORAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Esp. Fabrício Leocádio Rodrigues de Sousa

IMPERATRIZ - MA

2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

AZEVEDO DA FONSECA, ANA CLARA.

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES RESPIRADORES
ORIAS / ANA CLARA AZEVEDO DA FONSECA. - 2021.

22 p.

Orientador(a): FABRÍCIO LEOCÁDIO RODRIGUES DE SOUSA.
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
IMPERATRIZ/MA, 2021.

1. CRIANÇAS. 2. OTORRINOLARINGOLOGIA. 3. RESPIRAÇÃO
BUCAL. I. LEOCÁDIO RODRIGUES DE SOUSA, FABRÍCIO. II.

Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Ana Clara Azevedo da Fonseca
Título do TCC: Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes Respiradores Orais
Orientador: Fabrício Leocádio Rodrigues de Sousa
Co-orientador:

A Banca Julgadora de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública
realizada a 08/06/2021, considerou

() Aprovado

() Reprovado

Examinador (a): Assinatura:

Nome: Willian da Silva Lopes

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Examinador (a): Assinatura:

Nome: Iraciane Rodrigues Nascimento Oliveira

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Presidente: Assinatura:

Nome: Fabrício Leocádio Rodrigues de Sousa

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COVID-19 – *Corona Virus Disease 2019*

PLATBR – Plataforma Brasil

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SSPS 22.0 – *Software Statistical Package for the Social Sciences version 22.0*

RESUMO

Introdução: A síndrome do respirador oral é uma síndrome que se caracteriza pela mudança do padrão de respiração, de nasal para bucal, em um período maior de 6 meses. É mais prevalente em crianças de 4 a 17 anos e possui etiologia multifatorial, com predomínio de causas obstrutivas, apresenta-se com sintomatologia e complicações variáveis. O tempo de permanência e a intensidade da causa etiológica influenciam a instalação de alterações funcionais, estruturais, posturais e comportamentais, impactando diretamente a qualidade de vida desses pacientes. **Objetivo:** Determinar o perfil clínico-epidemiológico de respiradores bucais menores de 18 anos em um ambulatório otorrinolaringológico no município de Imperatriz-MA. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem transversal descritiva do tipo quantitativa que foi realizada em uma clínica particular do município de Imperatriz-MA, por meio da análise de 85 prontuários, de pacientes respiradores orais menores de 18 anos com diagnóstico entre 2018 e 2020. Os dados obtidos foram tabulados e analisados no software SSPS 22.0. **Resultados e Discussão:** Observou-se predomínio do sexo masculino (54,7%), da faixa etária escolar, entre 5 e 10 anos (51,2%) e idade média de $6,77 \pm 4,01$. Prevalência de diagnóstico etiológico obstrutivo (97,6%), com predomínio de rinopatia alérgica (65,88%), seguida de hipertrofia adenoamigdaliana. Notou-se que 100% dos pacientes apresentaram complicações. Houve tratamento multiprofissional em 20 pacientes e tratamento cirúrgico em 71,76% dos pacientes com melhora em 91,6% desses. Há associação ($p < 0,001$) entre tratamento cirúrgico e melhora de complicações. **Conclusão:** O estudo mostrou que há concordância entre o perfil clínico-epidemiológico de respiradores bucais na clínica estudada com a literatura.

Descritores: Respiração Bucal. Crianças. Otorrinolaringologia.

ABSTRACT

Introduction: The mouth breathing syndrome is characterized by a change in breathing pattern, from nasal to mouth breathing, in a period of 6 months. It is more prevalent in children aged 4 to 17 years old and has a multifactorial etiology, with predominance of obstructive causes, present itself with variable symptoms and complications. The length of stay and the intensity of the causes of disease influence the installation of functional, structural, postural and behavioral alterations, impacting the quality of life of these patients. **Objective:** Determine the clinical-epidemiologic profile of mouth breathers under 18 years of age in an otolaryngology service in the city of Imperatriz-MA. **Methodology:** This is a cross-sectional and descriptive study, with quantitative approach, that was conducted in a private clinic in the city of Imperatriz-MA, through the analysis of 85 medical records, of mouth-breather patients under 18 years old diagnosed from 2018 to 2020. The data obtained were tabulated and analyses in SPSS 22.0. **Results and Discussion:** Demonstrated higher prevalence in the male gender (54,7%), were in school age, 5 to 10 years old (51,2%) and mean age is $6,77 \pm 4,01$. There was a prevalence of obstructive etiologic diagnosis (97,6%), with predominance of allergic rhinopathy (65,88%), followed by adenotonsillar hypertrophy. It was noted that 100% of patients had complications. 20 patients were carried multiprofessional treatment and surgical treatment in 71,6% of patients, with improvement in 91,6% of them. There is an association ($p < 0,001$) between the surgical treatment and improvement of complications. **Conclusion:** The study showed that there is agreement between the clinical-epidemiologic profile of mouth breathers in the clinic studied and literature.

Descriptors: Mouth Breathers. Children. Otorhinolaryngology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
OBJETIVOS.....	14
MÉTODOS.....	15
RESULTADOS.....	17
DISCUSSÃO.....	19
CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ILUSTRAÇÕES.....	24
TABELA 01.....	24
TABELA 02.....	24
TABELA 03.....	25
TABELA 04.....	25
TABELA 05.....	25
ANEXO A	26
ANEXO B.....	27
ANEXO C.....	28
APÊNDICE A.....	30

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES RESPIRADORES ORAIS

ANA CLARA AZEVEDO DA FONSECA¹

FABRÍCIO LEOCÁDIO RODRIGUES DE SOUSA¹

[1] Faculdade de Medicina, Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão, Brasil

Autor para correspondência: Ana Clara Azevedo da Fonseca

Endereço: Universidade Federal do Maranhão. Rua Senador Millet, 446, Imperatriz, MA, Brasil. CEP: 65903-200

E-mail: ana.caf@discente.ufma.br

Telefone: (86) 99408-8739

Instituição responsável pelo envio do artigo: Faculdade de Medicina, Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão, Brasil.

Fonte financiadora do projeto: Financiamento Próprio.

Conflitos de interesse: não há.

Número do Parecer de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa: 3.704.370

Contribuição dos autores: FONSECA, A.C.A. e de SOUSA, F.L.R., conceberam o estudo e redigiram o artigo.

Título: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES RESPIRADORES ORAIS

Autores: Ana Clara Azevedo da Fonseca, Fabrício Leocádio Rodrigues de Sousa.

Status: Submetido

Revista: Brazilian Journal of Otorhinolaryngology

ISSN: 1808-8694

Fator de Impacto: Qualis B1

DOI:

INTRODUÇÃO

A respiração é uma função fisiológica vital e inata do ser humano que deve ser realizada de forma correta para proteger as vias aéreas superiores e proporcionar um desenvolvimento satisfatório do complexo craniofacial, de forma que, alterações na forma de respiração durante o período de desenvolvimento desencadeia modificações compensatórias no organismo.^{1,2}

A síndrome da respiração bucal é uma condição clínica na qual há substituição, parcial ou total, do padrão respiratório nasal para o padrão bucal em um período maior que seis meses, acometendo, em maior prevalência, as crianças.^{3,4}

Essa condição decorre de etiologia multifatorial, que se divide em causas obstrutivas, sendo os principais diagnósticos etiológicos dos pacientes, como hipertrofia de tonsilas faríngeas, rinite alérgica e desvio de septo nasal, e causas deletérias, por hábitos bucais lesivos, como sucção digital, de chupetas e/ou de mamadeiras, de forma que podem se sobrepor, dessa forma, a respiração bucal pode ser classificada em orgânica ou funcional, de acordo com a presença ou não de causa obstrutiva.^{2,5,6}

A amamentação materna exclusiva até os seis meses de idade é o principal fator protetor contra o desenvolvimento da síndrome, uma vez que possui múltiplos benefícios ao lactente, sendo eles nutricionais, imunológicos, cognitivos e sociais além disso a postura e a pega correta da criança durante a amamentação contribuem para o aprimoramento da respiração nasal, dessa forma, o desmame precoce, antes dos seis meses, prejudica a respiração nasal, favorecendo a sobreposição da respiração oral.²

Observa-se uma prevalência de doenças obstrutivas na etiologia da síndrome e sua relação à idade do paciente, de forma que se observa uma variância etiológica de acordo com a faixa etária dos pacientes, além disso, as condições adquiridas, como hiperplasia adenoideana

e hiperplasia adenoamigdaliana, bem como hábitos bucais deletérios são mais prevalentes em lactentes e pré-escolares, até os 4 anos, ao passo que a rinite alérgica é a principal causa da sintomatologia em escolares e adolescentes.^{4,7,8}

Estando a respiração relacionada com o desenvolvimento humano, respiradores bucais apresentam um desequilíbrio da homeostasia sistêmica, expressando alterações anatômicas, respiratórias, musculares, posturais, nutricionais e neurocognitivas, que são influenciadas de forma direta pela idade do paciente no início dos sintomas, além do tempo de permanência e intensidade da obstrução, impactando na qualidade de vida do paciente.^{9,10,11}

A respiração nasal permite a reabsorção óssea na parte interna das fossas nasais e deposição óssea na parte externa, dessa forma, a mudança de padrão de respiração causa anormalidades craniofaciais desenvolvendo nos pacientes a face típica adenoideana, caracterizada pelo hipodesenvolvimento da mandíbula e maxila, narina estreita e subdesenvolvida, lábio inferior evertido, sulco nasolabial curto e expressão facial vaga.^{3,8,9}

Além disso, a estreita relação da respiração com a musculatura facial permite o desenvolvimento de alterações musculoesqueléticas, desencadeando distúrbios de mastigação, deglutição e de fala. O conjunto dessas alterações ósseas e musculoesqueléticas e suas complicações é caracterizada como síndrome da obstrução respiratória.^{2,3,11}

Os respiradores orais tendem a anteriorizar e estender a cabeça na tentativa de facilitar a respiração, mudando o centro de gravidade do corpo e alterando sua mecânica postural, de maneira que acentua a lordose lombar e a cifose torácica fisiológicas do paciente, desencadeando uma menor expansibilidade torácica, apesar disso, tais alterações tendem a se corrigirem de forma espontânea.^{2,12}

Outras complicações que as causas obstrutivas desencadeiam são a apneia e a fragmentação do sono, seja pela diminuição de oxigênio sanguíneo durante o sono ou pelo uso de fármacos sem orientação médica, como anti-histamínicos, que atravessam a barreira hematoencefálica, e conseqüentemente se manifesta com agitação noturna, bruxismo e enurese que acarretam outros distúrbios do sono, entre eles o ronco, uma das principais manifestações dos respiradores bucais.^{3,7}

A somatória dessas alterações altera a qualidade de vida das crianças que começam a desenvolver alterações neurocomportamentais, como rebeldia, agressividade, hiperatividade, isolamento social, problemas de atenção e aprendizado, com mau desempenho escolar.^{3,4}

À vista disso, o diagnóstico precoce desses pacientes permitindo o correto encaminhamento à uma equipe multiprofissional, viabilizando o início do tratamento clínico e/ou cirúrgico com otorrinolaringologista, alergologista, fonoaudiólogo, dentista e/ou com fisioterapeuta, promovendo melhora na qualidade de vida dos pacientes e prevenindo complicações graves funcionais e estruturais.^{1,3}

O principal tratamento otorrinolaringológico cirúrgico realizado em crianças, bem como a principal indicação cirúrgica para os casos de síndrome do respirador oral é a adenotonsilectomia ou adenoamigdalectomia, ou seja, a remoção das tonsilas faríngeas (adenoides) e palatinas (amígdalas), no entanto, sua prática não reverte de forma completa a sintomatologia dos pacientes, observa-se a redução da gravidade dos sintomas durante o dia, melhorando a qualidade de vida, mas que podem permanecer durante o sono por até 3 anos após a cirurgia.¹³

OBJETIVOS

Objetivo Primário ou Geral

Determinar o perfil clínico-epidemiológico de respiradores bucais menores de 18 anos em um ambulatório otorrinolaringológico no município de Imperatriz-MA.

Objetivos secundários ou específicos

Identificar qual sexo e qual faixa etária estão mais propensos ao desenvolvimento da síndrome do respirador oral.

Determinar os principais diagnósticos etiológicos dos respiradores bucais.

Observar quais as principais complicações e repercussões na qualidade de vida desses pacientes.

Identificar se há correlação entre tratamento cirúrgico e redução da sintomatologia

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter quantitativo realizado no município de Imperatriz-MA.

Os dados foram obtidos a partir da análise de prontuários eletrônicos da base do sistema da clínica particular de otorrinolaringologia OtoClínica, MDMed, mediante uso do Termo Fiel Depositário (ANEXO A), conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, autorização do estabelecimento (ANEXO B) e aprovação em Comitê de Ética de Pesquisa, com parecer de número 3.704.370 (ANEXO C).

Foram incluídos na análise 85 pacientes respiradores bucais, com idade inferior ou igual a 18 anos, que foram diagnosticados entre os períodos de 2018 a 2020, que apresentaram piora ou melhora da qualidade de vida após escolha do tratamento e foram excluídos aqueles com prontuários incompletos e/ou maiores de 18 anos.

As variáveis utilizadas na pesquisa foram baseadas nos itens da ficha de formulário dos pacientes com síndrome do respirador bucal (APÊNDICE A): faixa etária, dividida em lactentes (0-2), pré-escolar (2-4), escolar (5-10) e adolescentes (11-18), sexo, diagnóstico etiológico, tratamento multiprofissional e/ou cirúrgico, principais complicações e melhora pós-cirúrgica das complicações. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel do pacote Office Professional Plus 2016 e exportadas para análises no *Software Statistical Package for the Social Science* – (SPSS) versão 22.0, por meio do emprego de estatística descritiva.

O presente estudo esteve suscetível à riscos psicológicos e sociais mínimos, ao desencadear possível grau de apreensão no participante e/ou responsável diante da incerteza do resultado da pesquisa, que foi minimizado ao se realizar de forma criteriosa a coleta e análise dos dados. Ao passo que, gerou conhecimento acerca da epidemiologia atual dos respiradores bucais no município, bem como ao que cerne a percepção do processo saúde-doença, para as comunidades científica e acadêmica.

Os resultados foram descritos em tabelas de frequência absoluta e percentual, representando a parte descritiva. A estatística inferencial foi realizada por meio do teste Qui-quadrado com finalidade de verificar as associações. O nível de confiança adotado foi de 95%, foram aceitos como estatisticamente significativos os testes com valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram analisados 85 casos de respiradores bucais diagnosticados entre os anos de 2018 e 2020, com 38 pacientes pertencentes ao sexo feminino (44,2%) e 47 ao sexo masculino (54,7%), com idade média de $6,77 \pm 4,01$, de forma que acomete principalmente a faixa etária escolar (5-10 anos), sendo responsável por 51,2% dos casos. (TABELA 01)

Em relação aos aspectos clínicos dos respiradores bucais constatou-se que 83 desses pacientes possuem diagnóstico etiológico de causa obstrutiva (97,6%), com rinite alérgica como principal diagnóstico etiológico (65,88%), seguido por hipertrofia adenoamigdaliana (11,7%), hipertrofia adenoideana (9,4%) e hipertrofia amigdaliana (8,2%), destes, 48 pacientes apresentavam uma segunda patologia associada ao diagnóstico principal, com prevalência de hipertrofia adenoamigdaliana e hipertrofia amigdaliana, e apenas 2 pacientes possuem causa deletéria como diagnóstico etiológico, referente a 2,4% dos pacientes analisados (TABELA 02). De forma que a rinite alérgica apresenta uma frequência relativa de 40,9, seguida de hipertrofia adenoamigdaliana presente em 20,4% dos pacientes, seguidas de hipertrofia amigdaliana (18,2%) e hipertrofia adenoideana (10,9%), enquanto o desvio de septo está presente em apenas 8,8% dos pacientes. (TABELA 03)

No que se refere à presença de complicações, todos os pacientes relataram presença de ao menos uma complicação, com predomínio de roncos noturnos (100%), com ou sem apnéia do sono, em todas as crianças analisadas, seguida da obstrução respiratória, ou alterações odonto-crânio-faciais, presente em 42 dos pacientes (49,41%) além disso pode-se observar a presença de outras complicações, como alterações no sono (21,17%), descritas como sono agitado, despertar noturno, enurese noturna, insônia e apnéia noturna, seguidas de alterações na fala, presente em 13 dos pacientes (15,29%), outras repercussões (10,58%) e alterações neurocomportamentais (8,23%). (TABELA 02)

Em relação ao tipo de tratamento nota-se que apenas 20 pacientes estiveram em tratamento clínico multiprofissional, com alergologistas e/ou fonoaudiólogos, de forma que os 76,47% dos demais pacientes fazem tratamento apenas com otorrinolaringologista e pediatra. Entretanto, observa-se uma prevalência de 71,76% dos pacientes realizaram tratamento cirúrgico, adenoidectomia e amigdalectomia, isoladas ou simultâneas (61 pacientes), frente a 24 pacientes que não se submeterem à procedimento cirúrgico (28,23%). Dos pacientes que foram submetidos à cirurgia constata-se que 55 pacientes apresentaram melhora das complicações em até 1 ano e apenas 6 pacientes voltaram a apresentar complicações após o período estipulados e em menor intensidade. (TABELA 02)

Ao correlacionar tratamento cirúrgico com melhora das complicações, observou-se que 90,16% dos pacientes submetidos à cirurgia obtiveram melhora da sintomatologia ($p < 0,001$) e 9,84% desses não obtiveram melhora da sintomatologia ($p < 0,001$). (TABELA 04)

A correlação entre faixa etária e diagnóstico etiológico demonstrou que em todas as faixas etárias, pré-escolares, escolares e adolescentes, possuem como principal hipótese diagnóstica a rinopatia alérgica, no entanto apresentou $p > 0,05$, dessa maneira infere-se que no presente estudo não houve relação estatística entre as variáveis. (TABELA 05)

DISCUSSÃO

O presente estudo realizado em serviço de otorrinolaringologia da rede privada de Imperatriz-MA apresenta um leve predomínio do sexo masculino com 54,7% analisados em relação ao sexo feminino (44,2%), sem causa associada, em consonância com Abreu, R.R. *et al*, 2008, que evidenciou a prevalência leve do sexo masculino (52,7%) em relação ao feminino.

A idade da população no estudo variou de 2 a 18 anos, com média de 6,77 anos ($\pm 4,01$), com predomínio da faixa etária escolar, entre 5 e 10 anos, correspondendo a 51,2% dos casos. Esses dados condizem com a literatura que evidenciam um predomínio de casos nessa faixa etária.^{3,10,13}

Segundo alguns autores a principal etiologia da síndrome do respirador bucal é de causa obstrutiva, com rinite alérgica, como principal diagnóstico. Tais dados condizem com os obtidos na pesquisa, que constatam que 97,6% dos pacientes possuíam respiração bucal decorrente de causa obstrutiva, dessas 65,88% são desencadeados por rinite etiológica, seguidas por hipertrofia adenoamigdalina (11,7%). Além disso, observa-se que não há relação estatística entre faixa etária e diagnóstico etiológico ($p < 0,05$). Dessa forma as hipóteses diagnósticas correspondem ao encontrado na literatura, já a associação ($p > 0,05$) não significativa entre diagnóstico etiológico e faixa etária é discrepante com a literatura.^{4,7,8}

Esse estudo determinou que todos os pacientes apresentam ao menos uma complicação durante o percurso da doença, entre elas todos apresentaram roncos associado a respiração bucal, com ou sem apneia do sono, seguidos de obstrução respiratória, alterações do sono, alterações na fala, outras repercussões, como epistaxe e halitose e/ou alterações neurocomportamentais. Tais dados também podem ser observados na literatura.^{2,3,4,11}

Além disso, observou-se que apenas 20 pacientes do presente estudo foram submetidos à tratamento multiprofissional, ao passo que 71,76% dos pacientes realizaram tratamento cirúrgico, adenotonsilectomia, com melhora das complicações de 90,16% desses

pacientes após serem submetidos à tratamento cirúrgico, havendo relação entre tratamento cirúrgico e melhora das complicações, com $p < 0,001$. Condizendo com a literatura que afirma melhora da sintomatologia após tratamento cirúrgico, com retorno de sintomas leves em até 3 anos.¹³

Considerou-se como possíveis limitações deste estudo: o relato insuficiente dos responsáveis pela criança de sintomatologia e complicações por julgarem que não possui relevância ou seriam normais. Além disso, a pandemia vivenciada no ano de 2020, decorrente da infecção por SARS-Cov-2019 (COVID-19) influenciou os dados, bem como sua obtenção, ao restringir e diminuir a frequência de busca pelo profissional de saúde e de realização de cirurgias eletivas.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a síndrome da respiração bucal, no presente estudo, possui uma prevalência moderada nos pacientes de sexo masculino e na faixa etária escolar, entre 5 e 10 anos. A maioria dos pacientes possuíam obstrução como causa, com predomínio etiológico da rinopatia alérgica, além de possuírem ao menos uma complicação decorrente da síndrome. Há prevalência do tratamento cirúrgico frente ao tratamento multiprofissional, e associação com a melhora das complicações desses pacientes.

Dessa maneira, de modo geral, observou-se no estudo que o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes respiradores orais na clínica estudada é concordante com a literatura atual.

Diante dessas informações faz-se necessário a orientação da população em geral, sobretudo pais e cuidadores de crianças, bem como dos profissionais escolares e demais profissionais da saúde, a identificarem os principais sinais e sintomas da síndrome e buscarem atendimento profissional especializado para as crianças, auxiliando no diagnóstico e tratamento correto, prevenindo complicações, além de promover melhora na qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. MENEZES, V. A. de et al. Mouth breathing within a multidisciplinary approach: perception of orthodontists in the city of Recife, Brazil. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá, v. 16, n. 6, p. 84–92, dez. 2011.
2. FELCAR, J. M. et al. Prevalence of mouth breathing in children from an elementary school. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 427–435, mar. 2010.
3. SBP. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Barueri, SP**, 2017.
4. POPOASKI, Cristiane et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes respiradores orais. **Int Arch Otorhinolaryngol**, v. 16, n. 1, p. 74-81, 2012.
5. CUNHA, T. M. A.; MENDES, C. M. C. Implicações sistêmicas e conduta clínica da síndrome do respirador bucal: revisão de literatura. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 13, n.3, p. 388-392, set/dez. 2014.
6. SAGAZ, Karoline Regina et al. Respiração oral e qualidade de vida: revisão bibliográfica. 2016.
7. DI FRANCESCO, Renata C. et al. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, v. 70, n. 5, p. 665-70, 2004.
8. QUAGLIA, Teresa Cristina dos Reis Carvalho. O adolescente respirador bucal. **Adolescência e Saúde**, v. 2, n. 3, p. 30-32, 2005.
9. LEITE, R. M. S. et al. Chronic oral breathing as a risk factor for the development of actinic cheilitis. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 1, p. 73–78, fev. 2003.
10. ABREU, Rubens Rafael et al. Prevalence of mouth breathing among children. **Jornal de pediatria**, v. 84, n. 5, p. 467-470, 2008.
11. NISHIMURA, Cintia Megumi; GIMENEZ, S. R. M. L. Perfil da fala do respirador oral. **Rev CEFAC**, v. 12, n. 3, p. 505-8, 2010.

12. PACHECO, Maria Christina Thomé et al. Guideline's proposal for clinical recognition of mouth breathing children. **Dental press journal of orthodontics**, v. 20, n. 4, p. 39-44, 2015.
13. LEE, Seo-Young et al. Mouth breathing, "nasal disuse," and pediatric sleep-disordered breathing. **Sleep and Breathing**, v. 19, n. 4, p. 1257-1264, 2015.

ILUSTRAÇÕES

TABELA 01: Caracterização Epidemiológica de Pacientes Respiradores Orais em Imperatriz-MA (n=85)

	n	%
Sexo		
Feminino	38	44,7%
Masculino	47	55,3%
Faixa Etária		
Pré-escolar	30	35,3%
Escolar	44	51,8%
Adolescentes	11	12,9%

TABELA 02: Caracterização Clínica de Pacientes Respiradores Orais em Imperatriz-MA (n=85)

	n	%
Diagnóstico Etiológico		
Deletério	2	2,4%
Obstrutivo	83	97,6%
Hipótese Diagnóstica		
Rinopatia Alérgica	56	65,9%
Hipertrofia Adenoamigdaliana	10	11,8%
Hipertrofia Amigdaliana	7	8,2%
Hipertrofia Adenoideana	8	9,4%
Desvio de Septo	2	2,4%
Complicações		
Roncos	85	100%
Obstrução Respiratória	42	49,41%
Alteração no Sono	18	21,17%
Alteração Fala	13	15,29%
Outras Repercussões	9	10,58%
Alterações Neurocomportamentais	7	8,23%
Tratamento Multiprofissional		
SIM	20	23,5%
NÃO	65	76,5%
Tratamento Cirúrgico		
SIM	61	71,8%
NÃO	24	28,2%
Melhora das Complicações		
SIM	55	64,7%
NÃO	6	7,1%
NULO	24	28,2%

TABELA 03: Frequência Relativa das Hipóteses Diagnósticas.

	F	%
Desvio de Septo	12	8,8
Hipertrofia Adenoamigdaliana	28	20,4
Hiperplasia	1	0,8
Hipertrofia Amigdaliana	25	18,2
Hipertrofia Adenoideana	15	10,9
Rinopatia Alérgica	56	40,9

TABELA 04: Associação quanto ao tratamento cirúrgico e complicações após cirurgia entre os pacientes que fizeram tratamento cirúrgico.

		Melhora da Sintomatologia			Total	p-valor
		NÃO	SIM			
Tratamento Cirúrgico	NÃO	24	0	0	24	<0,001*
	SIM	0	6	55	61	<0,001*
Total		24	6	55	85	

* Teste Qui-Quadrado

TABELA 05: Associação diagnóstico etiológico e faixa etária.

		Desvio de Septo	Hipertrofia Adenoamigdaliana	Hipertrofia Adenoideana	Hipertrofia Amigdaliana	RA	Total	p-valor
ADOLESCENTE	0	1	1	0	1	8	11	0,613
ESCOLAR	1	1	7	4	5	26	44	0,613
PRÉ-ESCOLAR	1	0	2	4	1	22	30	0,613
Total	2	2	10	8	7	56	85	0,613

* Teste Qui-Quadrado

ANEXO A**AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

Eu, Fernanda Aguiar da Cruz, responsável técnica, fiel depositário dos prontuários e da base de dados da instituição OTOCLÍNICA situada em Imperatriz-MA declaro que o pesquisador Ana Clara Azevedo da Fonseca está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES RESPIRADORES ORAIS** cujo objetivo geral é **DETERMINAR O PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE RESPIRADORES BUCAIS MENORES DE 18 ANOS EM UM AMBULATÓRIO OTORRINOLARINGOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ-MA**. Adicionalmente, esse projeto consiste em analisar os prontuários nos quesitos idade, sexo, diagnóstico, complicações e cirurgia durante os meses de outubro de 2019 à maio de 2020.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Imperatriz, 06 de Julho de 2019.

Fernanda Aguiar da Cruz
(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

Dra. Fernanda Aguiar
Cirurgia - Cabeça e Pescoço
CRM - MA 6172 / RQE - 1311

ANEXO B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a pesquisadora **ANA CLARA AZEVEDO DA FONSECA** orientada por **FABRÍCIO LEOCÁDIO RODRIGUES DE SOUSA** estão autorizados a realizar neste estabelecimento o projeto de pesquisa **"PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES RESPIRADORES ORAIS"**, cujo objetivo geral é **"DETERMINAR O PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE RESPIRADORES BUCAIS MENORES DE 18 ANOS EM UM AMBULATÓRIO OTORRINOLARINGOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ-MA."**

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa;
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Atenciosamente,

Fernanda Aguiar da Cruz

Responsável Técnico Otolíngica
(assinatura e carimbo)

Dra. Fernanda Aguiar
Cirurgiã - Cabeça e Pescoço
CRM - MA 6172 / RQE - 1311

Imperatriz-MA, 06 de julho de 2019

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES RESPIRADORES ORAIS

Pesquisador: FABRICIO LEOCADIO RODRIGUES DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19749519.6.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.704.370

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1394586.pdf	10/11/2019 11:52:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	10/11/2019 11:51:17	FABRICIO LEOCADIO RODRIGUES DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/11/2019 11:49:33	FABRICIO LEOCADIO RODRIGUES DE SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC.pdf	02/08/2019 09:31:51	FABRICIO LEOCADIO RODRIGUES DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	FIEL_DEPOSITARIO.pdf	02/08/2019 09:31:03	FABRICIO LEOCADIO RODRIGUES DE SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.pdf	02/08/2019 09:29:43	FABRICIO LEOCADIO RODRIGUES DE SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	02/08/2019 09:22:22	FABRICIO LEOCADIO RODRIGUES DE SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Continuação do Parecer: 3.704.370

Não

SAO LUIS, 13 de Novembro de 2019

Assinado por:
Flávia Castello Branco Vidal Cabral
(Coordenador(a))

APÊNDICE A**FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIO**

Sexo: () FEMININO () MASCULINO

Faixa Etária: () 0-2: LACTENTES

() 2-4: PRÉ-ESCOLAR

() 5-10: ESCOLAR

() 11-18: ADOLESCENTES

Diagnóstico etiológico: () causa obstrutiva: _____

() causa deletéria

1. Presença de Complicações:

() NÃO

() SIM: _____

2. Tratamento Clínico Multiprofissional:

() SIM () NÃO

3. Tratamento Cirúrgico:

() SIM () NÃO

4. Melhora das Complicações Após Cirurgia:

() SIM () NÃO