

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Trabalho de Conclusão de Curso
Curso de Fonoaudiologia

Karine Baptista da Silva

**Diminuição da mordida aberta anterior e abandono de chupeta em crianças
respiradoras orais**

Porto Alegre

2022

Karine Baptista da Silva

**Diminuição da mordida aberta anterior e abandono de chupeta em crianças
respiradoras orais**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado ao Departamento de Fonoaudiologia da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre, como requisito parcial para a obtenção do
grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador: Marcia Angelica Peter Maahs

Co-orientadora: Rafaela Soares Rech

Porto Alegre

2022

Catálogo na Publicação

Silva, Karine Baptista da
Diminuição da mordida aberta anterior e abandono de
chupeta em crianças respiradoras orais / Karine Baptista
da Silva. -- 2022.
13 p. : il. ; 30 cm.

Relatório (trabalho de conclusão de curso) --
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre, Curso de Fonoaudiologia, 2022.

Orientador(a): Marcia Angelica Peter Maahs ;
coorientador(a): Rafaela Soares Rech.

1. Má Oclusão. 2. Mordida Aberta. 3. Respiração Bucal.
4. Chupeta. I. Título.

Resumo

A má oclusão é considerada um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência. Dentre as más oclusões, a mordida aberta anterior (MAA) é uma das mais prevalentes na infância e compromete significativamente a estética e a funcionalidade orofacial. É de etiologia multifatorial por fatores genéticos e/ou ambientais, e na infância é muito relacionada a hábitos de sucção de chupeta e/ou digital e a respiração oral. A intervenção deve ser o mais precoce possível, visando a estética e a funcionalidade orofacial adequadas, como a respiração nasal que é favorecida com a regressão da MAA, pois esta leva a um melhor vedamento labial. O objetivo deste estudo foi relatar características de uma série de casos de crianças respiradoras orais que tiveram a diminuição da MAA por abandono da chupeta durante a fase de dentadura decídua. O estudo foi transversal de análise de base dos dados antes e após o abandono de chupeta de 5 indivíduos do sexo masculino, respiradores orais em fase de dentadura decídua, que apresentavam MAA e idade entre 3 anos e 2 meses na primeira e 4 anos e 6 meses na última avaliação. Após o abandono da chupeta em um período que variou de 1 a 8 meses, ocorreu a melhora espontânea da MAA em 5 crianças respiradoras orais na fase de dentadura decídua. Somente na criança que não possuía obstrução significativa de vias aéreas, ocorreu o fechamento completo da MAA, em apenas 3 meses e 1 semana depois de não praticar mais o hábito.

Palavras-chaves: Má Oclusão; Mordida Aberta; Respiração Bucal; Chupeta

Abstract

Malocclusion is considered a public health problem due to your high prevalence. Among the malocclusions, the anterior open bite (AOB) is the one of the most prevalence in the childhood and significantly affects aesthetics and orofacial functionality. AOB has a multifactorial etiology due to genetic and/or environmental factors, and in the childhood it is closely related to pacifier and/or digital sucking habits and oral breathing. The intervention should be as early as possible aiming at adequate orofacial aesthetics and functionality, such as nasal breathing which is favored with AOB regression, because this leads to a better lip seal. The aim of this study was to report characteristics of a series of cases in mouth breathing children who had a decrease in AOB due to cessation of the pacifier during the deciduous dentition stage. The study was a cross-sectional analysis of baseline data before and after pacifier abandonment of 5 male individuals, oral breathers, on primary dentation, who had AOB and rage age between 3 years and 2 months in the firth evaluation and 4 years and 6 months in the last evaluation. After the pacifier cessation in a period ranging 1 to 8 months, there was a spontaneous improvement of AOB in 5 oral breathers' children in the primary dentation. Only in one child, that who did not have significant airway obstruction, happened a complete AOB self-correction, in just 3 months and 1 week after cessation the habit.

Keywords: Malocclusion; Open Bite; Mouth Breathing; Pacifiers

Lista de Ilustrações

Figura 1 – MAA antes do abandono da chupeta do Caso 1

Figura 2 – MAA após o abandono da chupeta do Caso 1

Figura 3 – MAA antes do abandono da chupeta do Caso 2

Figura 4 – Ausência de MAA após o abandono da chupeta do Caso 2

Figura 5 – MAA antes do abandono da chupeta do Caso 3

Figura 6 – MAA após o abandono da chupeta do Caso 3

Figura 7 – MAA antes do abandono da chupeta do Caso 4

Figura 8 – MAA após o abandono da chupeta do Caso 4

Figura 9 – MAA antes do abandono da chupeta do Caso 5

Figura 10 – MAA após o abandono da chupeta do Caso 5

Sumário

Autores e colaboradores	9
Introdução	10
Métodos	11
Relatos de Caso e Resultados	12
Caso Clínico 1.....	12
Caso Clínico 2.....	13
Caso Clínico 3.....	13
Caso Clínico 4.....	14
Caso Clínico 5.....	14
Discussão	15
Conclusão	16
Referências	18
Figuras	20

Diminuição da mordida aberta anterior e abandono de chupeta em crianças respiradoras orais

Karine Baptista da Silva, graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0734-4319>

Rafaela Soares Rech, Fonoaudióloga pela Universidade Federal de Ciências da Saúde Porto Alegre, docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3207-0180>

Larissa Dill, graduanda em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1408-057X>

Liandra Fritzen, Fonoaudióloga pela Universidade Federal de Ciências da Saúde Porto Alegre. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5761-7250>

Monalise da Costa Batista Berbert, Fonoaudióloga pela Universidade Federal de Minas Gerais, docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7837-629X>

Maria Cristina de Almeida Freitas Cardoso, Fonoaudióloga pela Universidade do Sagrado Coração Bauru/SP, docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0954-8174>

José Faibes Lubianca Neto Orcid: Otorrinolaringologista pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, docente do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. <https://orcid.org/0000-0003-2250-9193>

Marcia Angelica Peter Maahs, Ortodontista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9212-6422>

Introdução

A má oclusão é considerada um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência¹. É determinada a partir das alterações do crescimento e desenvolvimento craniofacial, que afetam a posição dos dentes, podendo produzir desvios estéticos, bem como distúrbios funcionais de oclusão, mastigação, deglutição, fala e respiração²⁻³. Seus fatores etiológicos são genéticos e/ou ambientais, ademais podem afetar o padrão esquelético, muscular e dentário⁴⁻⁵.

Dentre as más oclusões, a mordida aberta anterior (MAA) é uma das mais prevalentes na infância e compromete significativamente a estética e a funcionalidade orofacial³. A mordida aberta é caracterizada pela ausência de contato vertical normal entre os dentes antagonistas^{3,6}. Recebe a nomenclatura MAA quando envolve incisivos e caninos, e sua origem engloba uma série de aspectos multifatoriais⁷. Sendo assim, pode estar relacionada a fatores genéticos como a hereditariedade com tendência a crescimento vertical, e/ou a fatores ambientais como a presença de hábitos orais deletérios que podem ser de sucção de chupeta e/ou digital, anquilose dentária e anormalidades no processo de erupção, interferindo no crescimento e desenvolvimento normais das estruturas faciais, alterando a morfologia e a função do sistema estomatognático^{6,8}.

A sucção é um instinto natural e é a atividade muscular coordenada mais precoce de um bebê⁴. O ato de sucção durante a amamentação aumenta o tônus muscular e proporciona um crescimento e desenvolvimento oral adequado⁴. Atualmente, o uso de chupeta é aceito no primeiro ano de vida, pois reduz o risco de síndrome da morte súbita infantil, acalma a criança e melhora o seu desenvolvimento psicológico^{4,9}. Porém, pode trazer à criança efeitos orais desfavoráveis, como desmame precoce, aumento da probabilidade de otite média e má oclusão¹⁰. O seu uso durante a dentadura decídua pode ser causa de MAA e mordida cruzada posterior, interferindo no desenvolvimento harmonioso das estruturas orofaciais^{3-4,11}, e quanto mais prolongado o seu uso, maior o risco de levar a MAA⁶.

A respiração oral (RO) é patológica e pode ter causas estruturais ou funcionais. As causas estruturais são aquelas que levam a diminuição do tamanho da via aérea respiratória, como a obstrução nasal crônica e anomalias craniofaciais; ou aquelas que impedem um vedamento labial adequado, facilitando a entrada de ar pela boca, como alterações dentofaciais. No Brasil a RO ocorre em mais de 30% das crianças¹², e pode levar a alterações no padrão de crescimento craniofacial, como a face longa, atresia transversa da maxila, palato profundo e más oclusões dentárias, podendo estar diretamente relacionada à MAA¹³⁻¹⁴, que por sua vez facilita a entrada de ar pela boca¹⁵. Dentre as causas funcionais de RO estão o

hábito prolongado de sucção de chupeta e de mamadeira¹³. A MAA pode levar a incapacidade de apreender ou morder os alimentos e dificuldades de fala que impactam na qualidade de vida, pois ocorre um comprometimento estético e funcional. Assim, cabe ressaltar a relevância do tratamento precoce prevenindo seu agravamento ou desenvolvimento, identificando e intervindo nas suas causas por meio da atenção integral, como por exemplo a cessação de hábitos orais deletérios e/ou a correção da respiração oral^{8,16}.

A intervenção em MAA deve ser o mais precoce possível, visto que se trata de uma das más oclusões mais difíceis de serem corrigidas⁷, e a sua regressão favorece a respiração nasal, pois permite um melhor vedamento labial. A modalidade de tratamento dependerá da idade, do tipo de dentadura e da origem da MAA. Em fase de dentadura decídua, até em torno de 4 anos de idade, quando existe o hábito de chupeta e/ ou digital, normalmente o simples abandono do hábito leva a melhora espontânea da MAA¹⁷⁻¹⁸. Depois desta fase, principalmente no início da dentadura mista, além do abandono do hábito, é necessária intervenção específica¹⁹. Dentre as opções de tratamento há a grade palatina, os esporões linguais, as forças ortopédicas, o ajuste oclusal, as compensações dentárias com ou sem exodontias, os mini-implantes ou as miniplacas e a cirurgia ortognática^{8,20-21}.

Este estudo teve como objetivo relatar características de uma série de casos de crianças respiradoras orais que tiveram a diminuição da MAA por abandono da chupeta durante a fase de dentadura decídua.

Métodos

O delineamento foi do tipo série de casos, e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital de origem sob o parecer nº 1.900.382. Foi realizado um estudo transversal de análise de base de dados em fichas de avaliação clínica de Ortodontia e pesquisa em prontuários dos dados antes e após o abandono de chupeta de 5 indivíduos do sexo masculino, respiradores orais em fase de dentadura decídua, que apresentavam MAA e idade entre 3 anos e 2 meses na primeira e 4 anos e 8 meses na última avaliação. Todos os responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a participação dos indivíduos e o uso de imagens, assim como o termo de assentimento do menor.

Os indivíduos provêm do ambulatório de "Práticas Integradas em Respiração Oral" do Sistema Único de Saúde (SUS) do Hospital XXXXXX (pertencente ao Complexo Hospitalar XXXXXXXXXXX) em uma parceria com uma instituição de ensino. O ambulatório é especializado no atendimento ao público infanto-juvenil, que visa à atenção interdisciplinar. Fazem parte deste ambulatório, a equipe de Otorrinolaringologia que realiza o diagnóstico e o

tratamento médico da respiração oral, a professora de Ortodontia Aplicada à Fonoaudiologia que realiza a avaliação ortodôntica junto aos alunos de graduação e as professoras da área de Motricidade Orofacial do curso de Fonoaudiologia da instituição de origem que realizam a avaliação e o tratamento nesta área, quando necessários. Quando os indivíduos necessitam de intervenções de outras áreas são devidamente encaminhados.

Para os indivíduos desta amostra, foi solicitado pela equipe multidisciplinar o abandono do hábito de chupeta a ser realizado, orientando os responsáveis a auxiliarem e incentivarem as crianças, chamando atenção dos possíveis malefícios a oclusão e a saúde. Foram realizadas reavaliações ortodônticas periódicas da MAA, na qual a primeira deveria ser em torno de 3 meses após a avaliação. Para medir o tamanho da MAA antes e após o abandono do hábito, foi utilizado o paquímetro digital entre a incisal dos dentes 51 e 81.

Relatos de Casos e Resultados

Caso Clínico 1

Indivíduo do sexo masculino, 3 anos e 8 meses com relato de roncos noturnos e pausas respiratórias, espirros, prurido nasal, hiperplasia tonsilar, hábito de chupeta convencional, MAA de 7mm (Figura 1), ausência de diastemas normais para idade, caninos em Classe II, terço inferior da face aumentado, incompetência labial em repouso, posição habitual de língua baixa com interposição na fala e na deglutição e uso de chupeta.

A conduta médica consistiu em solicitação de Rx cavum e audiometria com imitanciometria. Foi receitado a fluticasona, o soro fisiológico e o cetotifeno por 45 dias. A criança e o responsável foram informados quanto à possibilidade de adenotonsilectomia e da necessidade do uso de aparelho ortodôntico em momento oportuno. Solicitou-se o abandono da chupeta gradualmente, respeitando o aspecto emocional do indivíduo, para que quando chegasse aos 4 anos de idade não a utilizasse mais, favorecendo assim a possibilidade de regressão da MAA espontaneamente.

Três meses e uma semana após a primeira avaliação, o indivíduo retornou ao ambulatório para monitoramento do abandono do hábito, e a sua mãe relatou que desde o dia da consulta prévia ele não utilizou mais a chupeta, dizendo que não queria ficar com os dentes “tortos”. Observou-se então a melhora significativa da MAA, que passou a ser 1,5mm (Figura 2). Houve a diminuição de 5,5mm. Foi indicado seguir o acompanhamento da regressão da MAA e dos aspectos funcionais e demais alterações oclusais

Caso Clínico 2

Indivíduo do sexo masculino, 3 anos e 6 meses, com relato de ocorrência de otite média aguda de repetição. O médico identificou tubo de ventilação na orelha direita, respiração oral e não foi constatada obstrução significativa de vias aéreas. Foi receitado Fluticasona Spray e desloratadina por 20 dias e lavagem nasal com soro fisiológico 0,9%.

Na avaliação ortodôntica a criança apresentou MAA, vestibuloversão dos incisivos superiores e inferiores, sobressaliência aumentada e uso de chupeta, porém não permitiu a medição da MAA. O mesmo e seu responsável foram orientados quanto à importância do abandono do hábito de sucção de chupeta gradualmente e quanto a uma higiene oral adequada.

Após 4 meses, a criança retornou ao ambulatório para reavaliação, e a mãe relatou ronco noturno e melhora das otites com tratamento clínico. Em relação ao hábito de sucção de chupeta, ela informou que a criança não utilizava mais na creche, mas estava resistente e inclusive chegou à consulta dormindo com a chupeta na boca. No entanto, nesta segunda avaliação a colaboração foi melhor e foi possível realizar a medição da MAA que foi de 5mm (Figura 3). Novamente foi repassada a orientação quanto a remoção da chupeta, sugerindo à responsável a troca por algo de maior interesse da criança.

O indivíduo retornou em 3 meses e uma semana após a segunda avaliação. A mãe relatou o abandono total da chupeta e constatou-se que a MAA fechou completamente (Figura 4). Foi indicado seguir o acompanhamento devido aos aspectos funcionais e demais alterações oclusais.

Caso Clínico 3

Indivíduo do sexo masculino, 3 anos e 10 meses com queixa principal de respiração oral, apresentou relato de roncos sem apneia, prurido nasal, rinorréia hialina, hiperplasia adenoidiana e tonsilar, narinas estreitas, língua flácida, palato profundo, posição habitual de língua baixa com interposição na deglutição e na fala, lesões sugestivas de cárie e desgastes dentários por provável grande ingestão de bebidas ácidas, MAA de 7mm (Figura 5), sobressaliência aumentada, ausência de diastemas na arcada dentária superior e uso de chupeta.

A conduta consistiu no agendamento de cirurgia de adenotonsilectomia e encaminhamento para avaliação clínica com odontólogo devido às cáries. Além disso, a mãe foi orientada quanto à higiene oral adequada, redução da oferta de bebidas ácidas e sobre a

importância de iniciar o abandono do hábito de sucção de chupeta, considerando que a criança tem forte apego. A mãe foi orientada a remover lentamente a chupeta.

O indivíduo retornou ao ambulatório somente após 6 meses e 26 dias para reavaliação. A mãe relatou que o mesmo tinha abandonado a chupeta há 1 mês. A MAA reduziu para 5mm (Figura 6), havendo uma diminuição de 2mm da mesma. Foi indicado seguir o acompanhamento da regressão da MAA e dos aspectos funcionais e demais alterações dento-oclusais.

Caso Clínico 4

Indivíduo do sexo masculino e 3 anos e 6 meses, respirador oral, com relato da mãe de ronco sem apneia e uso de chupeta. O médico constatou aumento das adenoides de grau moderado na radiografia de cavum e recomendou seguir o uso de Fluticasona Spray por 3 meses. Além disso, apresentava vedamento labial forçado, maxila atrésica com mordida cruzada nos dentes 53 e 63, MAA de 6mm (Figura 7), menos diastemas que o normal para idade na arcada superior.

Foi recomendado à mãe seguir auxiliando na boa higiene oral da criança e estimulá-la ao abandono do hábito de chupeta gradualmente, visando à regressão da MAA. Retornou para reavaliação após 2 meses e 2 dias, porém o indivíduo manteve o hábito de sucção e a MAA permanecia com a mesma medida. A mãe foi reorientada a respeito dos benefícios do abandono da chupeta.

Após 1 ano e 26 dias a criança retornou para reavaliação e apresentou melhora da MAA, que passou a ser 3mm (Figura 8), havendo uma diminuição desta de 3mm. No entanto, o abandono da chupeta só havia ocorrido há 2 meses. Foi encaminhado para tratamento ortodôntico da mordida cruzada dos dentes 53 e 63 e da MAA remanescente, porém esta ainda poderia melhorar devido ao abandono da chupeta. Além disso, foi indicado seguir o acompanhamento da regressão da MAA e dos aspectos funcionais.

Caso Clínico 5

Indivíduo do sexo masculino, 3 anos e 2 meses, relato de roncos noturnos e pausas respiratórias, respiração oral, faringotonsilites de repetição, hiperplasia tonsilar, hábito de sucção de chupeta, boca aberta durante o sono e mastigação ineficiente, MAA de 4mm (Figura 9), mordida cruzada posterior bilateral e apinhamento dentário superior.

A equipe de otorrinolaringologia indicou adenotonsilectomia e prescreveu o uso contínuo de fluticasona. A mãe foi orientada quanto à higiene oral e os benefícios e importância do abandono do hábito de sucção de chupeta.

Após 1 ano e 3 meses foi realizado um teleatendimento, no qual indivíduo recuperava-se da cirurgia de adenotonsilectomia realizada há 10 dias, e logo depois a mãe percebeu melhora no sono, na respiração e na mastigação, pois observou uma mastigação mais eficiente e com menos esforço, aceitando melhor outras consistências alimentares. O abandono da chupeta havia ocorrido há 5 meses, e visivelmente percebeu-se uma melhora da MAA.

A criança compareceu para reavaliação 3 meses após o teleatendimento, e a mãe relatou que apesar da melhora na respiração, ele ainda dormia com a boca aberta. Fazia 8 meses do abandono da chupeta e a MAA estava em 1mm (Figura 10), havendo uma diminuição desta de 3mm. Foi encaminhado para tratamento ortodôntico da mordida cruzada posterior e foi indicado ao indivíduo seguir o acompanhamento da regressão da MAA e dos aspectos funcionais.

Discussão

O abandono do hábito de sucção de chupeta ainda na fase de dentadura decídua demonstrou-se determinante para a melhora da MAA. As crianças descritas neste estudo, tinham idade inferior a 4 anos na avaliação em que foi solicitada a remoção gradual da chupeta, e tiveram diminuição da MAA. Esses achados corroboram com a literatura, que revela que até em torno dos 4 anos de idade, a MAA pode ter melhora espontânea com o simples abandono do hábito¹⁷⁻¹⁸. Cabe comentar que a frequência e o tempo de duração do hábito se associam ao desenvolvimento da MAA⁷, sendo a intervenção precoce importante, pois a autocorreção pode ocorrer em fase de dentadura decídua²⁰. No presente estudo, o tempo de abandono do hábito deletério variou entre 1 a 8 meses, e todos obtiveram melhora da MAA. Um estudo identificou melhora significativa na MAA, com 3 meses de abandono do hábito de sucção de chupeta²². A melhora significativa da MAA após 3 meses e uma semana sem praticar o hábito também ocorreu em 2 crianças deste estudo.

A MAA é uma má oclusão de causa multifatorial, sendo necessário, muitas vezes o tratamento multidisciplinar. Nos casos clínicos descritos, foram identificados 3 fatores ambientais que poderiam ser a etiologia da MAA: a respiração oral¹³⁻¹⁴, o hábito de sucção de chupeta⁶ e a interposição lingual^{6,8}, podendo ocorrer a inter-relação de todos estes, conforme os que o indivíduo apresenta. Identificou-se que a retirada do hábito de sucção de chupeta teve impacto positivo na redução da MAA, porém todos os indivíduos também estavam em

tratamento para respiração oral com o otorrinolaringologista, o que pode ter contribuído com os resultados obtidos. Inclusive, o fechamento completo da MAA ocorreu na criança que não apresentava obstrução significativa das vias aéreas.

A interposição lingual pode ser primária quando é a principal causa da má oclusão ou secundária quando é decorrente da adaptação da língua em função de outras alterações morfológicas causadas por hábitos de sucção de dedo ou chupeta^{8,23}. Além disso, também pode ocorrer nos casos de hiperplasia das amígdalas palatinas, devido ao contato da porção posterior da língua com as amígdalas hipertrofiadas gerar dor ao indivíduo, que acaba posicionando a língua para frente e para baixo, interpondo entre os incisivos e contribuindo para o desenvolvimento da MAA²³. Os casos clínicos 1 e 3 apresentavam posição habitual de língua baixa com interposição na fala e na deglutição, que pode ser considerada secundária decorrente do hábito de sucção de chupeta e/ou decorrente da hiperplasia das amígdalas, e pode ter contribuído para a MAA, ou a presença MAA pode ter favorecido a estas posturas linguais. A redução da MAA obtida nestes indivíduos pode favorecer a uma melhora postural da língua em repouso e durante as funções.

A MAA está associada à postura de lábios entreabertos, tônus de lábios diminuído, postura de língua em repouso inadequada e interposição lingual anterior durante a deglutição e fala²². Muitos destes aspectos estavam presentes nos casos clínicos relatados. Diante disso, destaca-se a necessidade de atuação fonoaudiológica na adequação das funções e estruturas miofuncionais orofaciais nestes indivíduos. Além disso, este estudo reforça a necessidade da intervenção multidisciplinar precoce em crianças com respiração oral, visando o abandono de hábitos orais deletérios, melhora das más oclusões, melhora de aspectos miofuncionais, além da melhora da RO.

Como fatores limitadores deste estudo têm o tempo de acompanhamento que poderia ser maior e a amostra pequena que impede de realizar correlações estatísticas entre as variáveis. Porém, como os indivíduos apresentavam alterações funcionais e outras alterações oclusais, alguns foram encaminhados para realizarem os devidos tratamentos, e outros não retornaram para reavaliação.

Conclusão

Após o abandono da chupeta em um período que variou de 1 a 8 meses, ocorreu a melhora espontânea da MAA em 5 crianças respiradoras orais na fase de dentadura decídua.

Somente na criança que não possuía obstrução significativa de vias aéreas, ocorreu o fechamento completo da MAA, em apenas 3 meses e 1 semana depois de não praticar mais o hábito.

Referências

1. Tondolo Junior J, Knorst JK, Menegazzo GR, Emmanuelli B, Ardenghi TM. Influence of malocclusion on oral health-related quality of life in children: a seven-year cohort study. *Dental Press J Orthod.* 2021;26(2):e2119244.
2. Pereira MR, Jardim LE, Figueiredo MC, Faustino-Silva DD. Prevalência de má oclusão em crianças de quatro anos de idade e fatores associados na Atenção Primária à Saúde. *2017;23:10.*
3. Alencar LBB, Oliveira EBD, Silva IL, Sousa SCAD, Araújo VFD, Fonseca FRA. Hábitos associados à mordida aberta anterior em crianças : uma revisão integrativa. *Arquivos em Odontologia.* 2021;57:244–52.
4. Ling HTB, Sum FHKMH, Zhang L, Yeung CPW, Li KY, Wong HM, et al. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health.* 2018;18(1):145.
5. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Ortodontia contemporânea (5a. ed.).* Rio de Janeiro: Elsevier Health Sciences Brazil - T; 2014.
6. Silva EC da, Ostetto GR. Mordida aberta anterior em crianças associada ao uso de chupeta: uma revisão integrativa, SC [TCC]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2020.
7. Matos BSD, Carvalho EMLD, Gonçalves GDS, Silva LAHD. Etiologia, diagnóstico e tratamento da mordida aberta anterior na dentadura mista. *Revista Rede de Cuidados em Saúde* 2019,13(1) [Online]. Available from Internet (<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/5386>). ISSN-1982-6451
8. Arroyo IR, Cruz CM, Crepaldi MV, Soares LG, Kawauchi MY, Peron BG. Tratamento precoce da mordida aberta anterior. *REVISTA FAIPE* 2017, 7(1):16-24 [Online]. Available from Internet (<https://revistafaipe.com.br/index.php/RFAIPE/article/view/68>). ISSN 2179-9660
9. Caruso S, Nota A, Darvizeh A, Severino M, Gatto R, Tecco S. Poor oral habits and malocclusions after usage of orthodontic pacifiers: an observational study on 3–5 years old children. *BMC Pediatrics.* 2019;19(1):294.
10. Scudine KG de O, Freitas CND, Moraes KSGND, Bommarito S, Possobon RDF, Boni RC, et al. Multidisciplinary Evaluation of Pacifier Removal on Oro-Dentofacial Structures: A Controlled Clinical Trial. *Front Pediatr.* 13 de setembro de 2021;9:703695.
11. Schmid KM, Kugler R, Nalabothu P, Bosch C, Verna C. The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review. *Prog Orthod.* dezembro de 2018;19(1):8.
12. Bianchini AP, Guedes ZCF, Hitos S. Respiração oral: causa x audição. *Revista CEFAC* 2009, 11(1) [online]. Available from Internet (<https://doi.org/10.1590/S1516-18462008005000009>). ISSN 1982-0216.

13. Batista MJP. Associação entre hábitos orais, respiração bucal e má-oclusão relato de caso clínico, RS [TCC]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
14. Grippaudo C, Paolantonio EG, Antonini G, Saulle R, Torre GL, Deli R. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2016;36(5):386-394.
15. Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
16. Fonseca SL, Cordeiro LM, Adriano DL, Horsts DS, Frade JC, Nascimento RW. Mordida aberta anterior e sua associação a hábitos orais deletérios em crianças: uma revisão bibliográfica. In: Seminário Científico do UNIFACIG: 2019 [Online]. Anais.
17. Graber TM, García JL. Ortodontia: teoría y práctica. México: Interamericana; 1991.
18. Albuquerque ÉB de O, An TL. Mordida aberta anterior na infância : revisão crítica da literatura, DF [TCC]. Brasília: Universidade de Brasília; 2016.
19. Silva Filho OGD, Gomes Gloncalves RJ, Maia FA. Sucking habits: clinical management in dentistry. *J Clin Pediatr Dent*. 1991;15(3):137–56.
20. Silva BCD, Santos DCL dos, Flaiban E, Negrete D, Santos RL dos. Mordida aberta anterior: origem e tratamento. *Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo* 2019; 31(1): 68-73
21. Domann J, Cruz CM, Crepaldi MV, Crepaldi M de LS, Oliveira BL dos S de. Mordida aberta anterior, etiologia, diagnóstico e tratamento precoce. *REVISTA FAIPE* 2017,6(2):28-42. [Online], ago. 2017. ISSN 2179-9660. Available from Internet (<https://revistafaipe.com.br/index.php/RFAIPE/article/view/61>). ISSN 2179-9660.
22. Verrastro AP. Avaliação oclusal e miofuncional oral em crianças com dentição decídua completa e mordida aberta anterior antes e após remoção do hábito de sucção de chupeta, SP [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
23. Almeida RRD, Santos SCBN, Santos ECA, Insabralde CMB, AlmeidaE MR. Mordida aberta anterior-considerações e apresentação de um caso clínico. *Dental Press Ort Ortop Fac*. 1998;3(2):17–29.

Figuras

Figura 1 – MAA antes do abandono da chupeta do Caso 1



Figura 2 – MAA após o abandono da chupeta do Caso 1



Figura 3 – MAA antes do abandono da chupeta do Caso 2



Figura 4 – Ausência de MAA após o abandono da chupeta do Caso 2



Figura 5 – MAA antes do abandono da chupeta do Caso 3



Figura 6 – MAA após o abandono da chupeta do Caso 3



Figura 7 – MAA antes do abandono da chupeta do Caso 4



Figura 8 – MAA após o abandono da chupeta do Caso 4



Figura 9 – MAA antes do abandono da chupeta do Caso 5



Figura 10 – MAA após o abandono da chupeta do Caso 5

