

CURSO DE ODONTOLOGIA

Mariana Ibing da Costa

O TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DA MORDIDA ABERTA

Santa Cruz do Sul

2017

Mariana Ibing da Costa

O TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DA MORDIDA ABERTA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

Orientadora: Prof. Me. Juliana Kraether

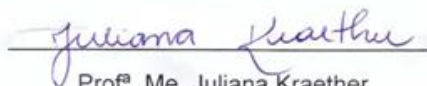
Santa Cruz do Sul

2017

Mariana Ibing da Costa

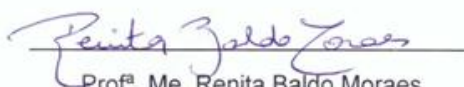
O TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DA MORDIDA ABERTA

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação por banca examinadora do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, como requisito para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.




Prof^ª. Me. Juliana Kraether

Professora orientadora - UNISC



Prof^ª. Me. Renita Baldo Moraes

Professora examinadora - UNISC



Prof. Me. Ricardo Sartori

Professor examinador - UNISC

Santa Cruz do Sul

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por iluminar meus passos até aqui e me guiar durante toda a minha jornada acadêmica. Por cuidar de mim e me dar forças para superar a saudade nesses anos que estive longe da família.

Agradeço também ao meu pai Cláudio e à minha mãe Gilca pelo amor incondicional e todos os esforços que nunca foram medidos para minha educação e formação pessoal e profissional, por sempre acreditarem em mim, apoiarem minhas escolhas e serem meus exemplos de vida.

Agradeço ao meu irmão Gustavo por estar sempre presente em minha vida, e a cada dia que passa nos tornarmos mais amigos.

Agradeço à minha avó Nídia que desde o primeiro semestre sempre veio ficar uns dias comigo aqui em Santa Cruz, obrigada por todo apoio, preocupação e amor.

Agradeço ao meu namorado Fabrício, pelo amor, paciência, e apoio em todos os momentos. Pode ter certeza que a caminhada teria sido mais difícil sem você para trilhar comigo. Obrigado também a toda sua família por terem me recebido com muito carinho e respeito.

Agradeço às minhas colegas e amigas (Camilla, Fernanda e Jenifer), que estiveram de mãos dadas comigo desde o início da faculdade, e assim permanecem ao término deste ciclo, obrigada pela amizade linda que construímos e pelos momentos inesquecíveis que vivemos nesses cinco anos.

Agradeço a todos os meus amigos e familiares que trilharam esse caminho comigo ao longo desses anos, que compreenderam minhas ausências, falhas e desesperos. Que me estenderam a mão em todos os momentos e tornam a vida mais leve e melhor de ser vivida.

Agradeço a toda família de Venâncio Aires (tia Ana, tio Airton, tia Ângela), que sempre se preocuparam comigo, era na casa de vocês que eu matava a saudade da minha família no primeiro ano de faculdade. Obrigada por tudo.

Agradeço a minha orientadora, professora Juliana, pelos seus ensinamentos e pela disposição para realizar este trabalho, a você meu carinho e meu agradecimento.

A todos, minha mais sincera gratidão e minha admiração.

Não é sobre chegar ao topo do mundo e saber que venceu. É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu.

(VILELA, Ana, 2016)

RESUMO

A mordida aberta é uma maloclusão que pode provocar alterações estéticas, fonéticas, psicológicas e respiratórias. O tratamento desta maloclusão fica dificultado pelo fato de ser decorrente da junção de vários fatores etiológicos. Entre os fatores genéticos, considera-se o padrão de crescimento vertical predeterminado. Entre os fatores ambientais, tonsilas hipertróficas, respiração bucal, anquilose dentária, irregularidades no processo de erupção e hábitos orais deletérios. Devido a sua etiologia multifatorial e aos diferentes problemas que provoca ao indivíduo, visou-se investigar a importância da intervenção de uma equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes com mordida aberta através desta revisão de literatura. Os resultados dos estudos mostraram que a amamentação deve ser incentivada por todos os profissionais da saúde, pois essa é melhor forma de prevenção para maloclusões, e que a grande maioria dos profissionais concorda com o tratamento multidisciplinar da mordida aberta, a fim de tratar o paciente integralmente e evitar recidivas, uma vez que, o resultado só será efetivo se todas as diferentes causas forem tratadas por profissionais capacitados.

Palavras-chaves: Mordida aberta. Tratamento multidisciplinar. Hábitos orais.

ABSTRACT

The open bite is a malocclusion that can cause aesthetic, phonetic, psychological and respiratory modifications. The open bite becomes difficult to treat because it has several etiological factors. On the genetic factors, there is a valuable predetermined growth pattern. About the environmental factors, there are several examples, such as hypertrophic tonsils, mouth breathing, dental ankylosis, eruption irregularities and deleterious oral habits. Due to open bite's multifactorial etiology and the different problems that it may causes to the individual, this literature work review aimed to investigated the importance of the multidisciplinary team intervention in the open bite patient's treatment. The results of this study have shown that all health professionals should encourage the breastfeeding because it is the better way to prevent the malocclusion. The vast majority of the health professionals agree with the multidisciplinary treatment for open bite in the order to treat the patient as wholly one and to avoid relapses. Thus, the effective results only can be achieved if the trained professionals treat all different consequences.

Keywords: Open bite. Multidisciplinary treatment. Oral habits.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 Mordida aberta.....	10
2.2 Etiologia da mordida aberta	11
2.3 Prevalência da mordida aberta	15
2.4 Tratamento multidisciplinar da mordida aberta	177
3 METODOLOGIA	25
3.1 Delineamento do estudo.....	25
3.2 Seleção do material bibliográfico	25
4 DISCUSSÃO	26
5 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A mordida aberta é definida como um trespassse vertical negativo entre os dentes dos arcos antagonistas, que pode estar presente tanto na parte anterior como na posterior do arco dentário, ou em ambas. Esta maloclusão pode acarretar alterações fonéticas, psicológicas, e respiratórias (BOB et al., 2014). Se não for tratada, poderá resultar em problemas fisiológicos e em desequilíbrio estético da face, que serão consequências de alterações dentárias e esqueléticas (POMPEIA et al., 2017).

Levando em consideração que a causa de qualquer agravo é a combinação de diversos fatores, sabe-se então que o desequilíbrio da face não resulta de uma única etiologia (MIOTTO et al., 2014). O tratamento da mordida aberta, normalmente, é muito difícil, pelo fato desta ser um efeito da junção de vários fatores etiológicos durante o crescimento maxilar e mandibular, o estabelecimento da função labial e lingual e o desenvolvimento dos dentes. O diagnóstico e intervenção no momento correto irão trazer sucesso ao tratamento (DOMANN et al., 2016). Na maioria dos casos, a maloclusão necessita ser tratada por uma equipe multidisciplinar para que o diagnóstico seja preciso e as soluções sejam satisfatórias (SANTOS, 2012; GRACCO et al., 2015; BRUGGEMANN et al., 2013).

A reeducação da função após o tratamento da mordida aberta é muito importante para prevenir recidivas, segundo Lorenzo (2014). Huang et al. (1990) avaliaram a estabilidade pós-tratamento com grade palatina ou pontas ativas da mordida aberta anterior em 33 pacientes. Os autores encontraram 17,4% de recidiva nesses casos. A posição ou postura da língua anormal é relatada como o motivo da perda de estabilidade.

É fundamental uma intervenção precoce com uma equipe multidisciplinar, composta por cirurgião-dentista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo e, até mesmo, psicólogo. O otorrinolaringologista tratará as vias aéreas superiores, o cirurgião-dentista restabelecerá a alteração dentária e esquelética e o fonoaudiólogo atuará na correção funcional muscular (ALMEIDA et al., 1999). O papel do psicólogo será de intervir nas variáveis psicossociais, modificar o comportamento dos pacientes e familiares e ajudá-los a enfrentar os tratamentos orais propostos (MORAES; PESSOTI, 1985). Porém, cabe ao cirurgião-dentista reconhecer a etiologia da

maloclusão e fazer o encaminhamento do paciente aos outros profissionais (ALMEIDA et al., 1999).

Assim sendo, este estudo visou realizar uma revisão bibliográfica acerca da importância da intervenção de uma equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes com mordida aberta, identificando os tipos de mordida aberta e as suas características, analisando a sua etiologia, pesquisando a sua prevalência e, por fim, definindo os profissionais que necessitam intervir para que o tratamento da mordida aberta seja efetivo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Mordida aberta

A mordida aberta acontece quando os dentes não encontram os seus antagonistas no arco oposto. Durante a erupção normal, os dentes e o osso alveolar se desenvolvem até encontrar os seus antagonistas, e se alguma interferência ocorrer durante a irrupção desses dentes, poderá resultar em uma mordida aberta (MOYERS, 1991). A mordida aberta também é descrita como um trespasse vertical negativo entre os dentes dos arcos antagonistas. Ela pode apresentar-se tanto na parte anterior como na parte posterior do arco dentário, ou em ambas. Este desvio de oclusão acarreta em problemas estéticos e funcionais, podendo provocar alterações na fala, alterações psicológicas e alterações na respiração (BOB et al., 2014).

A mordida aberta provoca alterações estéticas no paciente, prejudica o corte de alimentos, dificulta a pronuncia de alguns fonemas e, conseqüentemente, pode ocasionar situações incômodas ao indivíduo. Como em muitas maloclusões, a mordida aberta não possui apenas um fator etiológico, ela é multifatorial e acontece devido à junção de muitas variáveis, agindo no potencial de crescimento específico de cada pessoa (ALMEIDA et al., 2003). As alterações dentárias e esqueléticas causadas pela mordida aberta podem trazer conseqüências, como problemas fisiológicos e desequilíbrio na estética facial, caso a maloclusão não seja tratada (POMPEIA et al., 2017).

Pode-se dividir a mordida aberta em simples e complexa. Simples é quando ela está restrita a dentes e ao processo alveolar, na cefalometria não há medidas que não sejam normais, e o único problema é que alguns dentes não encontram a linha de oclusão. O grupo das mordidas abertas simples ainda se subdivide em anterior e posterior. Quase sempre, as anteriores são causadas por hábitos deletérios de sucção ou pela postura de língua anormal (MOYERS, 1991).

Mordidas abertas posteriores são consideradas raras em crianças, e geralmente a sua causa é por desenvolvimento alveolar vertical deficitário, molares decíduos anquilosados ou irrupção com falhas idiopáticas (MOYERS, 1991). A interposição lingual na região dos pré-molares e molares pode ocasionar uma mordida aberta posterior, que não tem um prognóstico muito bom e possui

resultados com menor estabilidade. Ela ocorre geralmente quando são perdidos dentes decíduos precocemente na região posterior, então a língua se interpõe neste local, dificultando a irrupção dos dentes substitutos e gerando a mordida aberta posterior (ALMEIDA et al., 1998).

Mordida aberta complexa é quando há displasia esquelética vertical, que também pode ser nomeada como mordida aberta esquelética. Nela, ocorre uma desarmonia na análise cefalométrica vertical, mais especificadamente nos ossos da altura da face anterior. Geralmente, a mordida aberta esquelética não é reconhecida quando a criança ainda é pequena, o que dificulta muito o seu tratamento (MOYERS, 1991).

2.2 Etiologia da mordida aberta

Os problemas de oclusão podem resultar de fatores hereditários e/ou ambientais. Os fatores hereditários são estabelecidos na fecundação e só os seus efeitos podem ser identificados, suas causas não. Os fatores ambientais são desencadeados pelo meio, como por exemplo, hábitos orais (MIOTTO et al., 2014). Entre os fatores genéticos, considera-se o padrão de crescimento vertical predeterminado. Entre os fatores ambientais, pode-se citar tonsilas hipertróficas, respiração bucal, anquilose dentária, irregularidades no processo de erupção e hábitos deletérios (BRUGGEMANN et al., 2013). Reconhecendo que a causa de qualquer agravo é multifatorial, também fica claro que o desequilíbrio da face não resulta de uma única etiologia (MIOTTO et al., 2014). Um paciente predisposto a esta maloclusão certamente a apresentará, e o grau da mordida aberta poderá ser influenciado pelos fatores ambientais (ALMEIDA et al., 2003).

Hábito pode ser definido pelo efeito da repetição de uma ação, que com o tempo torna-se resistente à modificação. Hábitos bucais deletérios são, na maioria das vezes, associados a maloclusões em pacientes que estão na fase de desenvolvimento do crânio e da face. Uma maloclusão depende da duração, frequência e intensidade do hábito (ABRÃO et al., 2014). Existe uma tendência natural facial, e o hábito deletério vai apenas intensificá-la. Conseqüentemente, o que vai influenciar na face são os padrões faciais interagindo com os hábitos orais, sendo a qualificação do hábito e as características do indivíduo os fatores que serão diferenças (MIOTTO et al., 2014).

A etiologia das maloclusões, principalmente da mordida aberta anterior, está altamente relacionada com hábitos orais (DEGAN; RONTANI, 2007). A introdução do hábito oral acontece por ele ser prazeroso, satisfatório e agradável ao indivíduo. Inicialmente a participação da pessoa na realização do ato é consciente, e após a repetição, o hábito torna-se inconsciente. Se a consequência desse comportamento for satisfatória, o hábito continuará, porém se ele cessar por volta dos três ou quatro anos de idade, ainda é possível que a forma das arcadas dentárias seja preservada e as maloclusões instaladas sejam solucionadas (CORRÊA, 2013). Hábitos orais, do ponto de vista da ortodontia, devem ser preocupantes quando estiverem presentes em crianças com mais de três anos de idade. Em crianças menores de três anos, os efeitos que foram causados por hábitos de sucção, podem corrigir-se espontaneamente na maioria dos casos quando o hábito for interrompido, o que torna os resultados mais favoráveis. Com o passar do tempo, os hábitos tendem a se reduzirem, e se eles cessarem na dentição decídua, ajudará para a auto-correção (MIOTTO et al., 2014). Se os hábitos orais deletérios permanecerem durante o desenvolvimento da criança, eles poderão ocasionar sérios problemas de estrutura e de função no sistema estomatognático, e, conseqüentemente, o tratamento será dificultoso (ALMEIDA et al., 1999).

A amamentação impulsiona o desenvolvimento do sistema estomatognático, proporciona a respiração nasal e completa as necessidades emocionais da criança. Ela fará a musculatura trabalhar intensamente e influenciar no correto crescimento ósseo e muscular, proporcionando a criança saciedade da sua necessidade de sucção. Como o aleitamento artificial (mamadeira) não demanda muito esforço, a criança vai tentar suprir a sua necessidade de sugar, e então ela pode passar a ter hábitos não nutritivos de sucção, como sucção de dedo, lábio, chupeta e objetos (MOIMAZ et al., 2013). A amamentação evita que hábitos deletérios se instalem e, portanto, evita também problemas de oclusão (SANTOS, 2012; MOIMAZ et al., 2013; GISFREDE et al., 2016; CASAGRANDE et al., 2008).

Serra Negra et al. (1997) afirmam que crianças que foram amamentadas por tempo pequeno, desenvolvem com mais frequência hábitos orais deletérios, com um risco sete vezes maior em relação a crianças que foram amamentadas por no mínimo seis meses. Muitos fatores devem ser levados em consideração na etiologia dos hábitos deletérios além da amamentação, como fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos, e a predisposição genética. Os profissionais da saúde devem

falar sobre a importância da amamentação, mostrando todos os benefícios para o desenvolvimento oral, nutricional, imunológico, afetivo e psicológico da criança, e também devem tratar a criança ou encaminhá-la a um profissional de outra área, caso ela apresentar alguma alteração funcional (CASAGRANDE et al., 2008).

Hábitos orais podem deformar o crescimento e desenvolvimento dos ossos, mudar a posição dos dentes, alterar a função respiratória e a fala, sendo definidos como causadores importantes das maloclusões, quando são inseridas forças diferentes no sistema estomatognático (MIOTTO et al., 2014). Os hábitos orais que provocam a mordida aberta são: sucção digital, uso de chupeta, desvios funcionais linguais ou labiais e respiração bucal (DOMANN et al., 2016).

A sucção nutritiva consiste na ingestão do alimento, através da mama ou da mamadeira, e a sucção não nutritiva se caracteriza pela sucção dos dedos, chupeta ou outro objeto que não tenha uma finalidade nutricional (CORRÊA, 2013). Hábitos de sucção proporcionam efeitos relevantes no palato duro e alterações na posição dentária e no movimento da língua, com mudanças musculares na face e mudanças fonoarticulatórias, acarretando alto risco de desenvolver mordida aberta anterior e defeitos na motricidade oral (ABRÃO et al., 2014). Durante o hábito de sucção não nutritiva, tanto o dedo como a chupeta se insere entre os incisivos superiores e inferiores, bloqueando a sua erupção, e enquanto isso, os dentes posteriores se desenvolvem normalmente no sentido vertical (NAKAO et al., 2016). Durante a prática da sucção não nutritiva, o palato é pressionado, a arcada dentária superior é empurrada para frente e a inferior empurrada para trás, a língua fica baixa e os lábios muito abertos, que predispõe respiração bucal (BOB et al., 2014).

A deglutição normal acontece sem que os músculos da face se contraíam, os dentes estão ocluindo e a língua se mantém dentro da boca. A deglutição anormal é ocasionada pela interposição lingual, onde nos primeiros anos de vida é normal, e quando a dentição decídua se completa, essa deglutição anormal é substituída pela normal (RAKOSI; IRMTRUD; GRAEBER, 1999). Para saber se a deglutição do paciente é normal, deve-se observar algumas características: dentes em oclusão, sucção da língua contra o palato, músculos periorais não participam da deglutição e a língua toca a papila incisiva. Se acontecer alguma alteração na oclusão dentária, na musculatura da face e na pressão da língua, o paciente possui deglutição atípica. É fundamental averiguar desvios fonéticos com atenção para as letras T, D, N, S e Z, pois essas consoantes articulam no local que a língua pressiona, no ato de

deglutição, resultando em um problema chamado de “Sigmatismo” (NAKAO et al., 2016).

A interposição lingual pode acontecer tanto na parte anterior como na posterior das arcadas dentárias e essa disfunção pode causar mordida aberta anterior ou posterior (RAKOSI; IRMTRUD; GRAEBER, 1999). O hábito deletério de interposição da língua tem uma relação significativa com a mordida aberta anterior e posterior, que é justificado pela forma que o paciente costuma interpor a língua (MACHO et al., 2012). Na interposição labial, o lábio inferior é sugado e pressionado contra a língua. Se o lábio tiver uma atividade durante o ato de deglutição, este pode ser considerado um sintoma de disfunção orofacial (RAKOSI; IRMTRUD; GRAEBER, 1999).

A respiração bucal, frequentemente é associada à interposição lingual e labial e deglutição atípica, e existem várias hipóteses da sua causa, como vias aéreas superiores obstruídas, septo desviado, membrana basal e corneto inflamado, adenóides, entre outros. A respiração bucal ocorre da seguinte maneira: quando a pessoa inspira e expira, o ar só passa pela boca, aumentando a pressão neste local. O palato vai aprofundar e os seios maxilares ficarão atrésicos (FERREIRA, 2001). Pacientes com o hábito de respiração bucal representam 83% de casos de mordida aberta anterior. O cirurgião-dentista deve reconhecer o hábito e remeter o paciente ao otorrinolaringologista para tratar a obstrução nasal (NAKAO et al., 2016). Hábitos orais deletérios causam alterações que necessitam ser tratadas por áreas distintas (fonoaudiologia, odontologia e otorrinolaringologia). Pacientes que praticam hábitos orais estão predispostos a ter infecções respiratórias, e em consequência disso, ter respiração bucal e problemas de oclusão, levando a indicação de tratamento ortodôntico (CAVASSANI et al., 2003).

Alguns autores acreditam que a onicofagia, ou seja, o ato de roer unhas pode causar deglutição atípica e, conseqüentemente, a mordida aberta anterior, pois ela interfere no desenvolvimento facial, podendo ocasionar um crescimento vertical facial exagerado. Este hábito pode ser ocasionado por problemas de ansiedade, e para o término dele é necessária conscientização do próprio paciente (FERREIRA, 2001).

2.3 Prevalência da mordida aberta

No estudo de prevalência de maloclusão em crianças de 7 a 12 anos de idade, estudantes de escolas públicas em Lins e Promissão (SP), foi identificado 17,65% de prevalência de mordida aberta (ALMEIDA et al., 2011). Em João Pessoa (PB), foi realizada uma pesquisa abrangendo crianças de 7 a 9 anos de idade, de escolas de ensino municipal, para encontrar a prevalência de maloclusão. Ao todo foram examinadas 162 crianças, e delas apenas 11,7% apresentaram mordida aberta anterior (SOUSA; SOUSA, 2013). Num total de 673 modelos analisados na clínica de ortodontia da Universidade Federal de Santa Maria (RS), de pessoas com idade de 7 a 11 anos, 129 apresentaram mordida aberta anterior, possuindo uma prevalência de 19,2% desta maloclusão (BORTOLUZZI et al., 2013).

Foram avaliadas 1006 crianças brasileiras, de 9 a 13 anos de idade, em Brasília (DF). Destas, 211 apresentavam mordida aberta anterior e 795 não a apresentavam, indicando uma prevalência de 20,97% desta maloclusão no estudo, e também foi constatado que o padrão dolicofacial está relacionado com a mordida aberta anterior (JUNIOR et al., 2013). Um estudo realizado em Venda Branca (SP), teve como objetivo avaliar a saúde bucal de pré-escolares e verificar associação dos indicadores socioeconômicos com qualidade de vida. O número de crianças que participaram foi 61. Entre todas as maloclusões, apenas a mordida aberta foi associada com qualidade de vida, com uma prevalência de 27,978% (CASTRO et al., 2013).

A prevalência da mordida aberta anterior em um estudo realizado em crianças brasileiras de 5 anos de idade foi de 12,1 %. Crianças que moram na região Sul apresentaram duas vezes mais chance de possuir mordida aberta anterior do que as que moram nos outros estados brasileiros, e crianças que apresentaram alterações no *overjet* (aumentado) possuíam 14,7 vezes mais chance de serem diagnosticadas com mordida aberta anterior (MACHADO et al., 2014). Na cidade de Campina Grande (PB), foi realizado um estudo com 732 crianças com idade de 3, 4 e 5 anos, estudantes de 33 escolas (públicas e privadas), com o objetivo de encontrar a prevalência de problemas de oclusão e associações com indicadores sociais e econômicos. A prevalência da mordida aberta anterior foi de 21%, sendo um dos problemas de oclusão mais frequentes neste estudo (SOUSA et al., 2014). Noutro estudo feito na cidade de Santa Maria (RS), 478 crianças foram examinadas, de 12

a 59 meses de idade. A prevalência de mordida aberta anterior foi de 26,8%. Os autores concluíram que a mordida aberta anterior intervém negativamente na qualidade de vida associada à saúde oral, causando dificuldades para dormir, comer e pronunciar palavras (ROSA et al., 2015).

Foram avaliadas 903 crianças de 3 a 5 anos de idade, de escolas de ensino público da cidade de Vitória (ES), a fim de diagnosticar a mordida aberta anterior e hábitos orais deletérios. A prevalência de mordida aberta foi de 20%. Observou-se que a maioria das crianças estudadas, que apresentaram mordida aberta anterior, tinham 3 anos de idade. As crianças que usavam chupeta possuíam risco aproximadamente cinco vezes maior de apresentar esta maloclusão, e naquelas que apresentavam o hábito deletério de sucção digital a chance era três vezes maior (MIOTTO et al., 2014). No estudo da cidade de Vazante (MG), foram examinadas 670 escolares, divididos em dois grupos: de 7 a 9 anos e de 10 a 12 anos de idade. A presença de mordida aberta anterior foi mais encontrada nas crianças de 7 a 9 anos, com 4,20% de prevalência. Observou-se neste estudo que a mordida aberta diminui desde o primeiro período transitório até o segundo, que pode ser explicado por essa maloclusão estar relacionada com os hábitos deletérios de sucção e de posição atípica lingual, que tendem a estar mais presente na primeira infância (MORAIS et al., 2016).

Em um estudo realizado em escolares no estado do Recife, foi pesquisada a prevalência e fatores associados à respiração oral, e encontraram nas alterações faciais dos respiradores orais um percentual de 60% de mordida aberta anterior (MENEZES et al., 2006). Em um estudo realizado com estudantes de escolas municipais na cidade de Araraquara (SP), com hábitos de sucção não nutritiva, particularmente de dedo e chupeta, de 3 a 6 anos de idade, a maloclusão de maior prevalência foi a de mordida aberta anterior, com 72%, estando bastante associada aos hábitos de sucção, principalmente ao uso de chupeta (BOECK et al., 2013). No estudo que avaliou 138 crianças de 4 e 5 anos de idade, em Campo Limpo Paulista (SP), o intuito era de identificar o tempo de amamentação e hábitos deletérios; concluiu-se que a chupeta é o hábito deletério mais prejudicial, ela aumentou 33,3 vezes a chance de mordida aberta (BUENO et al., 2013).

2.4 Tratamento multidisciplinar da mordida aberta

O tratamento da mordida aberta, de modo geral é muito difícil, porque ela pode resultar de inúmeros fatores etiológicos durante o crescimento ósseo, o desenvolvimento dos dentes e a determinação das funções labiais e linguais. Diagnosticar e intervir na hora certa, irão trazer sucesso e estabilidade ao tratamento (DOMANN et al., 2016). Uma maloclusão precisa ser tratada por uma equipe multidisciplinar composta por cirurgião-dentista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo e psicólogo para obter um diagnóstico preciso e resultados satisfatórios (ALMEIDA et al., 1999; GRACCO et al., 2015; BRUGGEMANN et al., 2013; HENRIQUES et al., 2000; ALMEIDA et al., 2003; CAVASSANI et al., 2003; MONGUILHOTT, FRAZZON, CHEREM, 2003; ABRÃO et al., 2014). O papel do otorrinolaringologista será de tratar as vias aéreas superiores, a atuação do cirurgião-dentista será no restabelecimento das alterações dentárias e esqueléticas, e o fonoaudiólogo corrigirá a função muscular (ALMEIDA et al., 1999). O psicólogo terá a função de intervir nas variáveis psicossociais, auxiliando na modificação do comportamento dos pacientes e familiares, e também ajudará a encarar os tratamentos orais recomendados (MORAES; PESSOTI, 1985). No entanto, é o cirurgião-dentista que deve reconhecer as possíveis causas da maloclusão e encaminhar o paciente aos outros profissionais (ALMEIDA et al., 1999).

Barrêto, Faria e Castro (2003) buscaram conhecer em seu trabalho a opinião de profissionais da saúde que atendem crianças e suas abordagens preventivas e terapêuticas. Os autores concluíram que o uso de chupeta, mamadeira e hábitos de sucção não devem ser tratados apenas quando já passaram a ser um problema para o indivíduo, pois a prevenção é algo mais fácil de ser praticada, e a amamentação é a melhor forma de prevenir os hábitos deletérios, e por possuir tantos outros benefícios, ela deve ser recomendada por todos os profissionais da saúde. Estes profissionais devem conscientizar as pessoas das consequências dessas práticas, já que a melhor intervenção a se fazer é a prevenção (MELO; PONTES, 2014). É fundamental que haja uma maior interação entre estes profissionais, para melhores resultados na prevenção e tratamento desses hábitos (BARRÊTO; FARIA; CASTRO, 2003). É essencial que o cirurgião-dentista identifique os hábitos para poder intervir e propiciar um efetivo tratamento (MACHO et al., 2012). O paciente aceitar o

tratamento é importante para que os resultados sejam satisfatórios, e deve-se evitar que o hábito seja substituído por outro (CORRÊA, 2013).

Quando se descobre uma mordida aberta, deve-se considerar alguns fatores antes de fazer alguma intervenção. No primeiro momento, é fundamental que se faça um exame do paciente para encontrar as possíveis etiologias desta maloclusão: problemas emocionais, problemas respiratórios, alterações funcionais ou todos esses fatores atuando em conjunto (ALMEIDA et al., 1998). É necessário observar a hereditariedade, a severidade da maloclusão e dos fatores ambientais. A análise cefalométrica será útil para determinar o padrão de crescimento da face e o quanto os ossos e dentes estão envolvidos. Diante de tudo isso, é possível descobrir se a maloclusão será de prognóstico favorável ou não, e qual será o melhor tratamento para o caso (ALMEIDA et al., 2003).

A intervenção na mordida aberta dentária deve ser realizada antes que os incisivos permanentes erupcionem, pois se os hábitos de sucção forem removidos, ainda poderá acontecer uma autocorreção, sem prejudicar o psicológico da criança. No entanto, essa autocorreção nem sempre ocorre, principalmente se já houver outros hábitos, como a interposição lingual e/ou labial e respiração bucal. Com isso, o cirurgião-dentista deverá corrigir a oclusão que foi alterada, e também encaminhar o paciente ao fonoaudiólogo, que tratará a função, com o intuito de promover uma correção precoce (ALMEIDA et al., 1999).

Durante a dentição mista, os hábitos orais são considerados as principais causas da mordida aberta, principalmente interposição lingual ou labial. A grade palatina e uma abordagem multidisciplinar é o tratamento indicado. Encaminhar o paciente ao psicólogo quando precisar, e ao otorrinolaringologista se ele for respirador oral. Na dentição permanente, o tratamento ortodôntico deve ser realizado com aparelho fixo. Sessões de fonoaudiologia são necessárias após o fechamento da mordida aberta, visto que enquanto o paciente estiver usando a grade palatina, não conseguirá executar os exercícios indicados pelo fonoaudiólogo. Se o paciente for adulto, a cirurgia ortognática é indicada, porém a terapia miofuncional é fundamental (HENRIQUES et al., 2000).

Uma simples mordida aberta dentária, se não contar com um tratamento adequado das suas causas, poderá se transformar em dentoalveolar na dentição mista, e quando o crescimento facial terminar, poderá ainda evoluir para uma maloclusão esquelética na dentição permanente (ALMEIDA et al., 1998). Quando a

intervenção da mordida aberta for realizada no período de dentição mista, e ela ainda tiver caráter dentoalveolar, o prognóstico será favorável. Porém, quando houver envolvimento esquelético, o tratamento ortodôntico por si só poderá não trazer resultados favoráveis. Nestes casos, na maioria das vezes, é necessária a junção do tratamento ortodôntico com a cirurgia ortognática, especialmente em pacientes que já passaram do surto de crescimento facial. A recidiva pode acontecer em qualquer caso de mordida aberta, mesmo com a cirurgia ortognática. No entanto, quando houver uma intervenção adequada e precoce, a estabilidade da correção aumenta (ALMEIDA et al., 2003).

O melhor aparelho que corrigirá a mordida aberta anterior é a grade palatina, porque funcionará como um obstáculo mecânico, onde a criança não conseguirá fazer a sucção de dedo e chupeta, e também não conseguirá fazer a interposição lingual durante a fala e deglutição, pois a língua ficará retruída. Nesse caso, haverá o crescimento normal da face, e conseqüentemente a correção da maloclusão. O tratamento precoce das mordidas abertas possui ótimo prognóstico. Em dentes permanentes, não se pode usar a grade palatina para corrigir a mordida aberta, em razão de quase não haver mais potencial de crescimento vertical dentoalveolar. Alternativas de tratamento para esses casos são a cirurgia ortognática ou então uso de elásticos intermaxilares, no entanto, eles apresentam estabilidade reduzida (ALMEIDA et al., 1999). A confecção da grade palatina é realizada com um fio de aço de espessura de 0,6 mm, e ela deve se estender em toda a área da mordida aberta anterior. Porém, ela não deve tocar nos dentes, não pode interferir nos tecidos circundantes, e nem no movimento mandibular (ALMEIDA et al., 1998). Em um estudo realizado por Bona et al. (2016), foi necessário colocar uma barreira de acrílico junto a grade, para evitar que a paciente realizasse interposição lingual, dado que, só a grade palatina não foi suficiente para que o hábito deletério paralisasse. Quando o paciente não colaborar, é indicado usar a grade palatina fixa (BOB et al., 2014).

Segundo Moyers (1991), também pode ser usado aparelho fixo com o objetivo de mover os incisivos e corrigir os trespases horizontal e vertical. Os aparelhos funcionais (Ativador, Bionator e aparelho de Frankel) são indicados para o uso na dentição mista. No tratamento da mordida aberta posterior, pode ser usado tanto o Bionator como o Ativador, onde o anteparo lingual impede que a língua fique no lugar da mordida aberta. De acordo com Domann et al. (2016), os aparelhos que

podem ser utilizados para o tratamento da mordida aberta, são: Aparelho Extrabucal de Tração Alta, Aparelho *Bite Block*, Grade Palatina, Disjunção com Grade, Bionator de *Balters* Fechado e Esporão Colado Lingual Nogueira. Bruggemann et al. (2013) também citam o aparelho extrabucal conjugado, extrações dentárias e uso de aparatos temporários de ancoragem como tratamento para mordida aberta anterior, porém, os autores afirmam que é fundamental a atuação de uma equipe multidisciplinar no tratamento, visto que a função dos aparelhos é limitada. O tratamento da mordida aberta esquelética consiste em diagnosticar o mais cedo possível, remover todas as causas, e consultar um pediatra ou um otorrinolaringologista também é importante. Como estes casos podem ser difíceis, eles necessitam de aparelhos prolongados e variados.

É declarado um grande número de pessoas com deformidade dento-facial associadas a algum sofrimento psíquico, o qual justifica uma intervenção psicológica (JUGGINS; FEINMANN; SHUTE, 2006). A psicologia vai intervir nas variáveis psicossociais que rodeiam o diagnóstico e tratamento na Odontologia para preservar a saúde geral do paciente, e ajudá-lo a enfrentar as situações durante o tratamento (MORAES; PESSOTI, 1985). Aparelhos ortodônticos associados ao trabalho psicológico possuem resultados de sucesso. Em crianças com idade acima de três anos, podem ser usados aparelhos removíveis intrabucais associados ao tratamento psicológico. Porém, a imposição de métodos ou o uso de dispositivos mecânicos como forma de tratamento sem a concordância da criança não terá muito sucesso e poderá prejudicar o seu psicológico. É de suma importância que o mesmo diálogo esclarecedor que é feito com a criança seja feito com os pais, pois eles também contribuem no tratamento (CORRÊA, 2013).

Os mais variados dispositivos ortodônticos serão eficientes no tratamento da mordida aberta, porém não impedem a criança de continuar praticando o hábito deletério. Por esse motivo, a cooperação familiar, a vontade e cooperação do paciente e uma abordagem multidisciplinar são fundamentais para um bom prognóstico, com o fim de restabelecer a oclusão e a estética e também melhorar a autoestima e qualidade de vida da criança. O tratamento psicológico, juntamente com o tratamento ortodôntico, é importante para o controle dos fatores emocionais e psicossociais, em razão do hábito deletério estar servindo como uma válvula de escape contra algum acontecimento pessoal, como no caso clínico realizado por Bona et al. (2016), em que a paciente realizava sucção digital e seus pais estavam

em processo de separação, e isso estava afetando o comportamento da criança. Por isso, quando necessário, é fundamental encaminhar o paciente ao psicólogo, visto que há a possibilidade dos hábitos orais deletérios serem resultado de uma queixa maior (MONGUILHOTT; FRAZZON; CHEREM, 2003). Ainda que a literatura considere relevante os fatores psicossociais relacionados com deformidades dento-faciais, os cirurgiões-dentistas não dão tanta importância para os cuidados da saúde mental concomitante com o tratamento ortodôntico, encaminhando pouco seus pacientes a psicólogos. E a principal justificativa para não realizarem esse encaminhamento é o medo da reação do paciente (SILVA et al., 2016).

A relação entre a Ortodontia e a Fonoaudiologia ocorre através do estudo das funções orais, que são a respiração, sucção, mastigação e deglutição, permitindo assim uma forte ligação entre essas duas especialidades (DAHAN, 2008). A multidisciplinaridade entre Fonoaudiologia com a Ortodontia é fundamental para o sistema estomatognático, pois a Fonoaudiologia atua na função e a Ortodontia atua na anatomia. A ligação entre essas duas áreas resulta em saúde e bem-estar, visto que gera um sistema harmônico. Os profissionais devem relacionar a sua área com um trabalho em conjunto com outras áreas, colocando em primeiro lugar a qualidade de vida de seus pacientes (RECH et al., 2015).

O tratamento com fonoaudiólogo consiste em modificar comportamentos incorretos de postura de lábios, língua, bochechas e mandíbula, e na coordenação da respiração, fazendo a criança e a família se conscientizarem sobre a relevância do hábito deletério (CAVASSANI et al., 2003). O acompanhamento fonoaudiológico é importante, pois tem o objetivo de adequar a musculatura peribucal, para que a correção da mordida aberta seja mais efetiva (BONA et al., 2016). A mioterapia orofacial se dá por meio de exercícios aplicados na musculatura orofacial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA, 2003). A terapia miofuncional aumenta a força muscular e previne que o desenvolvimento craniofacial ocorra de forma alterada, já que as estruturas vão ter uma nova postura em repouso e durante as funções do sistema estomatognático (GALLO; CAMPIOTTO, 2009).

Acredita-se que o tratamento ortodôntico não será efetivo se não associá-lo a um tratamento fonoaudiológico por meio de uma reabilitação miofuncional orofacial (VARANDAS; CAMPOS; MOTTA, 2008). O tratamento da mordida aberta é mais efetivo quando aplicado em conjunto com terapia ortodôntica e exercícios miofuncionais (SMITHPETER, COVELL, 2010; MONGUILHOTT, FRAZZON,

CHEREM, 2003). Somente remover os hábitos deletérios pode não resolver totalmente o problema, sendo fundamental a terapia miofuncional orofacial para aumentar a força muscular e equilibrar as funções que foram modificadas (DEGAN; RONTANI, 2007).

A primeira infância é um ótimo momento para a intervenção de um fonoaudiólogo, porque a criança é bastante vulnerável a influência de outras pessoas. Com o intuito de melhorar o desenvolvimento do indivíduo, ações multidisciplinares e preventivas nessa fase da vida são imprescindíveis (MATOS et al., 2017). No entanto, alguns pacientes apresentam certa resistência em aceitar esses encaminhamentos, e o principal motivo é a falta de tempo. Outros pacientes, com condições financeiras favoráveis costumam aderir ao tratamento fonoaudiológico facilmente (VARANDAS; CAMPOS; MOTTA, 2008).

A maior parte dos ortodontistas acredita na importância da atuação do fonoaudiólogo na ortodontia, os encaminhamentos geralmente ocorrem após a remoção do aparelho ortodôntico, e a mordida aberta é uma das maloclusões mais encaminhadas (BALINHA, 2014). Em uma pesquisa feita por Amaral et al. (2006), todos os profissionais (cirurgiões-dentistas e fonoaudiólogos) participantes acreditam na relevância da interação entre essas duas áreas. Também é relatada uma grande resistência por parte dos pacientes em aceitar o encaminhamento fonoaudiológico. Na pesquisa de Safraider (2016), a maior parte dos ortodontistas declara importante a intervenção de fonoaudiólogos, porém alguns não realizam os encaminhamentos. E nesta mesma pesquisa, alguns ortodontistas não acreditam na importância da atuação de um fonoaudiólogo junto à clínica odontológica.

Na história da Odontologia, os ortodontistas começaram a se preocupar com as funções efetuadas pela boca, em consequência das recidivas que aconteciam após os tratamentos ortodônticos. Alguns cirurgiões-dentistas concordam e outros discordam da execução de exercícios reeducadores dos músculos e das funções orais. Os fonoaudiólogos realizam a reabilitação miofuncional orofacial, e desde então esse tema tornou-se comum, sendo estudado em muitos países (MARCHESAN, 2005). A abordagem multidisciplinar reduz os riscos de ocorrer recidivas no tratamento da mordida aberta anterior (HENRIQUES et al., 2000).

A interação entre cirurgiões-dentistas e fonoaudiólogos tem o propósito de aperfeiçoar o tratamento, deixando-o mais completo e propiciando qualidade de vida e contentamento para os pacientes (SILVA; CANTO, 2014). Segundo Amaral et al.

(2006), o ortodontista deve esperar o paciente receber alta fonoaudiológica para então conceder a alta ortodôntica, em razão da estabilidade após o tratamento ortodôntico, que só é conseguida após o restabelecimento do equilíbrio dos músculos.

A falta de pressão do lábio superior sobre os incisivos e os dentes entreabertos para auxiliar a respiração, ocasionará a ruptura do equilíbrio das forças que mantêm a oclusão, gerando a mordida aberta anterior (CINTRA; CASTRO; CINTRA, 2000). Com isso, o sucesso do tratamento da mordida aberta também depende da intervenção de um otorrinolaringologista, dado que muitos efeitos secundários são criados em função de alguma modificação no sistema respiratório. Consequentemente, é importante a intervenção nas vias aéreas superiores, terminando com uma possível obstrução respiratória e concedendo a restauração desta função (MACIEL; LEITE; 2005).

Huang et al. (1990), avaliaram a estabilidade pós-tratamento com grade palatina ou pontas ativas da mordida aberta anterior em 33 pacientes. A recidiva encontrada foi de 17,4%. A posição ou postura da língua anormal é relatada como o motivo da perda de estabilidade nesse estudo. Nogueira et al. (2005) afirmam em seu estudo que, se após o tratamento ortodôntico ou cirúrgico ocorrer falhas na adaptação da postura da língua, poderá ocorrer recidiva para mordida aberta anterior. Varandas, Campos e Motta (2008) pesquisaram sobre a opinião dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte e Itabira sobre a fonoterapia. Concluiu-se que os profissionais consideram importante a atuação fonoaudiológica e que os distúrbios miofuncionais orofaciais são frequentemente associados às recidivas das maloclusões. No estudo de Lopez-Gavito et al. (1985), foram analisados casos de mordida aberta tratados apenas ortodonticamente, dez anos depois. Houve recidiva de 35% dos casos. Smithpeter e Covell (2010) constataram em seu estudo menor recidiva nos casos tratados com a terapia miofuncional, concluindo que a mordida aberta está relacionada com a presença da postura anormal lingual. A reeducação da função após o tratamento da mordida aberta é muito importante para prevenir recidivas, e a estabilidade do tratamento da mordida aberta não parece depender tanto da técnica ortodôntica, mas sim da eliminação do fator etiológico, segundo Lorenzo (2014).

A intervenção da mordida aberta, ainda na dentição decídua ou mista, é de suma importância, pois ajuda em aspectos estéticos, funcionais e psicológicos do

paciente, apresentando uma efetividade grande devido ao período de desenvolvimento do crânio e da face, ao período de tratamento diminuído e à terapia mecânica mais simples. É fundamental que o cirurgião-dentista tenha essa visão, para que os encaminhamentos aos demais profissionais sejam mais eficientes, resultando no sucesso do tratamento. O cirurgião-dentista deve tratar cada paciente como único, sem padronizar a mordida aberta, levando em consideração que forma e função possuem íntimo contato (HENRIQUES et al., 2000). É importante a integração de outros profissionais no tratamento dos hábitos orais, como fonoaudiólogos, psicólogos e otorrinolaringologistas, com acompanhamentos permanentes com o intuito de evitar a recidiva (ABRÃO et al., 2014). Logo, cabe ao cirurgião-dentista examinar o paciente como um todo, e não apenas do ponto de vista ortodôntico, para propiciar a ele o melhor tratamento possível (BRAVIM; MARCONDES, 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

O presente trabalho consiste em uma revisão de literatura, abrangendo os idiomas português, espanhol e inglês, datando os anos de 1985 até 2017.

3.2 Seleção do material bibliográfico

Os livros utilizados para o embasamento teórico são do acervo da Biblioteca Central da Universidade de Santa Cruz do Sul e do Google Livros. Os artigos científicos foram coletados nas bases de dados Portal de Periódicos da CAPES, *US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed)*, *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)* e Google Acadêmico.

As Palavras-chaves pesquisadas foram: mordida aberta, tratamento multidisciplinar, hábitos orais, *open bite*, *multidisciplinary treatment*.

4 DISCUSSÃO

A mordida aberta é uma maloclusão altamente prevalente e de etiologia multifatorial, que ocasiona um desequilíbrio estético, funcional, psicológico e respiratório ao indivíduo. Pode ocorrer recidiva quando ela não for tratada corretamente, fazendo o conhecimento acerca de um tratamento multidisciplinar ser alvo de muitos estudos científicos, a fim de estabelecer a importância da intervenção de outros profissionais da área da saúde, além do ortodontista, no tratamento de pacientes com mordida aberta.

Barrêto, Faria e Castro (2003), Degan e Rontani (2007), Abrão et al. (2014) e Miotto et al. (2014), estão em consenso no que diz respeito a etiologia das maloclusões, afirmando que ela está altamente relacionada com hábitos orais. Barrêto, Faria e Castro (2003), Degan e Rontani (2007) e Abrão et al. (2014) ainda acrescentam que a mordida aberta é uma das maloclusões mais prevalentes quando relacionadas aos hábitos orais deletérios. No entanto, Degan e Rontani (2007), também relatam que não há um consenso entre os profissionais quanto ao melhor método para tratar os hábitos deletérios, e por isso eles afirmam que é preciso haver uma maior interação entre as especialidades existentes, a fim de alcançar melhores resultados.

Sucção digital, chupeta, mamadeira, posição atípica lingual, deglutição atípica e respiração bucal são consideradas hábitos orais deletérios, que podem levar ao desenvolvimento de uma mordida aberta. Boeck et al. (2013), Bueno et al. (2013), Miotto et al. (2014) e Morais et al. (2016), estão em concordância no que diz respeito ao uso da chupeta como hábito de sucção, que é considerada o hábito de sucção deletério com maior associação à presença de mordida aberta pelos autores, porém Morais et al. (2016) também acrescentam a posição atípica lingual.

Os benefícios da amamentação para a criança são bastante discutidos atualmente em inúmeros artigos científicos. Serra Negra et al. (1997), Casagrande et al. (2008), Santos (2012), Moimaz et al. (2013) e Gisfrede et al. (2016), afirmam em seus trabalhos que a amamentação é uma forma de prevenção para hábitos orais deletérios, que são causadores de maloclusões. Porém, Casagrande et al. (2008) também concluem em seu trabalho que o aleitamento artificial não pode ser considerado a única etiologia dos hábitos deletérios, fatores sociais, psicológicos, culturais, biológicos e genéticos também devem ser levados em consideração.

Segundo Barrêto, Faria e Castro (2003), Casagrande et al. (2008) e Moimaz et al. (2013), a amamentação possui inúmeros benefícios, e por esse motivo deve ser recomendada, incentivada e discutida por todos os profissionais da saúde.

Tratamentos coadjuvantes podem ajudar na estabilidade da oclusão normal que é alcançada pelo tratamento ortodôntico. Almeida et al. (1999), Henriques et al. (2000), Almeida et al. (2003), Cavassani et al. (2003), Monguilhott, Frazzon e Cherem (2003), Bruggemann et al. (2013), Abrão et al. (2014) e Gracco et al. (2015), ressaltaram em seus estudos a importância da intervenção de outros profissionais, além do cirurgião-dentista, no tratamento de hábitos orais e da mordida aberta. No entanto, na opinião de Almeida et al. (1999), no topo do tratamento está a perspicácia do cirurgião-dentista em diagnosticar e encaminhar para as outras áreas, visto que é ele que deve reconhecer o que está causando a presente malocclusão no paciente.

A motricidade orofacial é uma área da fonoaudiologia que estuda a musculatura da face, boca e língua, que atende problemas de sucção, mastigação, deglutição, respiração, posicionamento da língua anormal, e maloclusões. Almeida et al. (1999), Smithpete e Covell (2010), Monguilhott, Frazzon e Cherem (2003) e Bona et al. (2016), possuem a mesma opinião no que diz respeito a atuação de um fonoaudiólogo no tratamento de mordida aberta, todos eles acreditam ser importante para que a correção desta malocclusão seja mais efetiva. Amaral et al. (2006), Balinha (2014) e Safraider (2016), relatam em seus trabalhos que a maioria dos profissionais (cirurgiões-dentistas e fonoaudiólogos) acreditam ser importante a intervenção de fonoaudiólogos no tratamento ortodôntico. Balinha (2014) ainda acrescenta que a mordida aberta é uma das maloclusões mais encaminhadas para outros profissionais da saúde. E Amaral et al. (2006), também afirmam que há uma grande resistência por parte dos pacientes em procurar o tratamento fonoaudiológico encaminhado, que concorda com a pesquisa de Varandas, Campos e Motta (2008), que diz que alguns pacientes apresentam certa resistência para aceitar esses encaminhamentos, e o principal motivo para isso é a falta de tempo, no entanto, outros pacientes com condições financeiras favoráveis costumam aderir ao tratamento fonoaudiológico facilmente. A pesquisa de Safraider (2016) também relata que alguns profissionais não fazem os encaminhamentos, e alguns não acham importante a atuação do fonoaudiólogo junto ao tratamento ortodôntico.

Muitos hábitos orais podem ser decorrentes de algum problema pessoal, necessitando da intervenção de um psicólogo no tratamento da mordida aberta. Monguilhott, Frazzon e Cherem (2003), Juggins, Feinmann e Shute, (2006), Corrêa (2013), Bona et al. (2016) e Silva et al. (2016) concordam com a interação da psicologia com a odontologia durante o tratamento ortodôntico para possuir resultados de sucesso. Porém, Silva et al. (2016) concluem em seu estudo que os cirurgiões-dentistas não dão tanta importância para os cuidados da saúde mental concomitante com o tratamento ortodôntico, encaminhando pouco seus pacientes a psicólogos, por medo da reação do paciente.

A respiração oral é muito frequente, principalmente em crianças, e acredita-se que ela pode levar a alterações importantes na oclusão dentária. Nakao et al. (2016) afirmam que respiradores bucais representam 83% de pacientes com mordida aberta anterior. E para esses autores, o tratamento multidisciplinar dos fatores etiológicos secundários promove estabilidade nos resultados da maloclusão, concordando com a afirmação de Maciel e Leite (2005), onde eles relatam que muitos efeitos secundários são criados por causa de modificações no sistema respiratório, justificando a intervenção de um otorrinolaringologista para o tratamento da mordida aberta ter sucesso.

No estudo de Lopez-Gavito et al. (1985), foram analisados casos tratados de mordida aberta tratadas apenas ortodonticamente 10 anos depois. Houve recidiva de 35% dos casos. Esse trabalho vai ao encontro do estudo de Smithpeter e Covell (2010), que constataram menor recidiva nos casos tratados com a terapia miofuncional, concluindo que a mordida aberta está relacionada com a presença da postura anormal lingual. Ou seja, os dois autores estão em consenso no que diz respeito ao tratamento multidisciplinar da mordida aberta a fim de evitar recidivas.

Diante de tudo isso, conclui-se que a maioria dos profissionais concorda com o tratamento multidisciplinar da mordida aberta, composta por cirurgião-dentista, fonoaudiólogo, psicólogo e otorrinolaringologista. No entanto, ainda há profissionais que não entendem essa importância e não encaminham seus pacientes, e também há pacientes que não aceitam o encaminhamento. Por essa razão, essa revisão de literatura pode contribuir na vida dos profissionais e pacientes, fazendo-lhes entender o porquê do tratamento da mordida aberta em alguns casos não ter estabilidade e sucesso, visto que a etiologia da mordida aberta é multifatorial, e se todas as diferentes causas não forem tratadas por profissionais capacitados, o

resultado não será efetivo. As limitações desta revisão de literatura foram sobre a mordida aberta posterior, por esta razão, sugiro mais estudos sobre a etiologia, prevalência e tratamento da mordida aberta posterior.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que a etiologia da mordida aberta é multifatorial, e se todas as diferentes causas não forem tratadas por profissionais capacitados, o resultado não será efetivo. Os resultados dos estudos mostraram que a maioria dos profissionais concorda com o tratamento multidisciplinar da mordida aberta, a fim de tratar o paciente integralmente e evitar recidivas. No entanto, ainda há profissionais que não entendem essa importância e não encaminham seus pacientes, e também há pacientes que não aceitam os encaminhamentos. Por fim, a amamentação deve ser incentivada por todos os profissionais da saúde, visto que ela é a melhor forma de prevenção para mordida aberta, pois evita hábitos orais deletérios, que são considerados os principais causadores das maloclusões.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, J. et al. *Ortodontia preventiva: diagnóstico e tratamento*. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.
- ALMEIDA, M. R. et al. Prevalência de má oclusão em crianças de 7 a 12 anos de idade. *Dental Press Journal of Orthodontics*, v. 16, n. 4, p. 123-131, jul./ago. 2011.
- ALMEIDA, R. R. et al. Displasias Verticais: Mordida Aberta Anterior – Tratamento e Estabilidade. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v. 8, n. 4, p. 91-119, jul./ago. 2003.
- _____. et al. Mordida Aberta Anterior - Considerações e Apresentação de um Caso Clínico. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v. 3, n. 2, p. 17-29, mar./abr. 1998.
- _____. et al. Ortodontia Preventiva e Interceptora: Mito ou Realidade?. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v. 4, n. 6, p. 87-108, nov./dez. 1999.
- AMARAL, E. C. et al. Inter-relação entre a odontologia e a fonoaudiologia na motricidade orofacial. *Revista CEFAC*, v. 8, n. 3, p. 337-351, jul./ago. 2006.
- BALINHA, Sofia. *Encaminhamento e tratamento ortodôntico: interação entre a Ortodontia e a Terapia da Fala*. 2014. 37 f. Dissertação (Mestrado em Terapia da Fala) – Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Alcoitão, 2014.
- BARRÊTO, E. P. R.; FARIA, M. M. G., CASTRO, P. R. S. Hábitos Bucais de Sucção Não-nutritiva, Dedo e Chupeta: Abordagem Multidisciplinar. *JBP – Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, v. 6, n. 29, p. 42-48, jan./fev. 2003.
- BOB, R. K. M. et al. Tratamento de mordida aberta anterior com uso de grade palatina: relato de caso. *Revista UNINGÁ Review*, v. 20, n. 1, p. 67-71, out./dez. 2014.
- BOECK, E. M. et al. Prevalência de má oclusão em crianças de 3 a 6 anos portadoras de hábito de sucção de dedo e/ou chupeta. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 42, n. 2, p. 110-116, mar./abr. 2013.
- BONA, A. P. et al. Abordagem multidisciplinar de mordida aberta anterior associada à sucção digital: caso clínico. *Revista Da Associação Paulista De Cirurgiões-Dentistas*, v. 70, n. 1, p. 58-63, out./jan. 2016.
- BORTOLUZZI, G. S. et al. Redução da Mordida aberta anterior: estudo prospectivo em modelos. *Journal of Oral Investigations*, v. 2, n. 2, p. 32-37, 2013.
- BRAVIM, A. G.; MARCONDES, J. V. *Mordida aberta anterior na dentição mista*. 2014. 31 f. Monografia (Programa de Graduação em Odontologia) – Faculdade de Pindamonhangaba, Pindamonhangaba, 2014.

BRUGGEMANN, R. et al. Mordida aberta anterior: etiologia e tratamento. *Revista Saúde Integrada*, v. 6, n. 11, p. 187-211, jan./jun. 2013.

BUENO, S. B. et al. Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. *Dental Press Journal of Orthodontics*, v. 18, n. 1, p. 30.e1-30.e6, jan./feb. 2013.

CASAGRANDE, L. et al. Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, v. 49, n. 2, p. 11-17, mai./ago. 2008.

CASTRO, F. C. et al. Impacto dos Problemas Buciais na Qualidade de Vida em Pré-Escolares. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 13, n. 4, p. 361-369, out./dez. 2013.

CAVASSANI V. G .S. et al. Hábitos orais de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 69, n. 1, p. 106-110, jan./fev. 2003.

CINTRA, C. F. S.; CASTRO, F. F. M.; CINTRA, P. P. V. C. As alterações oro-faciais apresentadas em pacientes respiradores bucais. *Revista Brasileira de alergia e imunopatologia*, v. 23, n. 2, p. 78-83, 2000.

CORRÊA, Maria Salete Nahás Pires. *Conduta clínica e psicológica na odontopediatria*. 2. ed. São Paulo: Santos, 2013.

DAHAN, J. Combined orthodontic-orthopedic approach: a second choice some surgical cases. *World Journal of Orthodontics*, v. 9, n. 2, p. 35-45, 2008.

DEGAN, V. V.; PUPPIN-RONTANI, R. M. Aumento da aeração nasal após remoção de hábitos de sucção e terapia miofuncional. *Revista CEFAC*, v. 9, n. 1, p. 55-60, jan./mar. 2007.

DOMANN, J. et al. Mordida aberta anterior, etiologia, diagnóstico e tratamento precoce. *Revista FAIPE*, v. 6, n. 2, p. 1-14, jul./dez. 2016.

FERREIRA, Flávio Vellini. *Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico*. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

GALLO, J.; CAMPIOTTO, A. R. Terapia Miofuncional Orofacial em crianças respiradoras orais. *Revista CEFAC*, v. 11, supl. 3, p. 305-310, jul./jun. 2009.

GISFREDE, T. F. et al. Hábitos bucais deletérios e suas consequências em Odontopediatria. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 73, n. 2, p. 144-149, abr./jun. 2016.

GRACCO, A. et al. Multidisciplinary correction of anterior open bite relapse and upper airway obstruction. *The Korean Journal of Orthodontics*, v. 45, n. 1, p. 47-56, abr./mai 2015.

HENRIQUES, J. F. C. et al. Mordida Aberta Anterior: a importância da abordagem multidisciplinar e considerações sobre etiologia, diagnóstico e tratamento. Apresentação de um Caso Clínico. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v. 5, n. 3, p. 29-36, mai./jun. 2000.

HUANG, G. J. et al. Stability of anterior openbite treated with crib therapy. *The Angle Orthodontist*, v. 60, n. 1, p. 17-24, 1990.

JUGGINS, K. J. et al. Psychological support for orthognathic patients – whats do orthodontists want? *Journal of Orthodontics*, v. 33, n. 2, p. 107-115, dez./fev. 2006.

JUNIOR, E. D. et al. Prevalência e correlação entre padrão facial, mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior. *Revista Clínica de Ortodontia Dental Press*, v. 12, n. 3, p. 88-94, jun./jul. 2013.

LOPEZ-GAVITO, G. et al. Anterior open-bite malocclusion: a longitudinal 10-year postretention evaluation of orthodontically treated patients. *American Journal of Orthodontics*, v. 87, n. 3, p. 175-186, mar., 1985.

LORENZO, Marta Seoane. *Tratamiento y estabilidad de la mordida abierta*. Revisión bibliográfica. 2014. 90 f. Trabajo Fin de Máster (Máster Universitario de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial) – Universidad de Oviedo, Oviedo, 2014.

MACHADO, D. B. et al. Factors associated with the prevalence of anterior open bite among preschool children: a population-based study in Brazil. *Dental Press Journal of Orthodontics*, v. 19, n. 5, p. 103-109, set./out. 2014.

MACHO, V. et al. Prevalência de hábitos orais deletérios e de anomalias oclusais numa população dos 3 aos 13 anos. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, v. 53, n. 3, p. 143-147, out./abr. 2012.

MACIEL, C. T. V.; LEITE, I. C. G. Aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, v. 17, n. 3, p. 293-302, set./dez. 2005.

MARCHESAN, Irene Queiroz. *Tratamento da deglutição: a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países*. São José dos Campos: Pulso, 2005.

MATOS, G. C. et al. A prevalência de hábitos orais em pré-escolares. *Distúrbio Comum*, v. 23, n. 1, p. 68-76, ago./jan. 2017.

MELO, P. E .D.; PONTES, J. R. S. Hábitos orais deletérios em um grupo de crianças de uma escola da rede pública na cidade de São Paulo. *Revista CEFAC*, v. 16, n. 6, p. 1945-1952, nov./dez. 2014.

- MENEZES, V. A. et al. Prevalência e fatores associados à respiração oral em escolares participantes do projeto Santo Amaro-Recife, 2005. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 72, n. 3, p. 394-399, mai./jun. 2006.
- MIOTTO, M. H. M. B. et al. Prevalência de mordida aberta anterior associada a hábitos orais deletérios em crianças de 3 a 5 anos de Vitória ES. *Revista CEFAC*, v. 16, n. 4, p. 1303-1310, jul./ago. 2014.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. A influência da prática do aleitamento materno na aquisição de hábitos de sucção não nutritivos e prevenção de oclusopatias. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 42, n. 1, p. 31-36, jan./fev. 2013.
- MONGUILHOTT, L. M. J.; FRAZZON, J. S.; CHEREM, V. B. Hábitos de Sucção: como e quando tratar na ótica da Ortodontia x Fonoaudiologia. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v. 8, n. 1, p. 95-104, jan./fev. 2003.
- MORAES, A. B. A.; PESSOTI, I. *Psicologia aplicada à odontologia*. São Paulo: Sarvier, 1985.
- MORAIS, C. H. et al. Malocclusion in schoolchildren aged 7-12 years old in Minas Gerais, Brazil. *RGO, Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 64, n. 2, p. 164-170, abr./jun. 2016.
- MOYERS, Robert Edilson. *Ortodontia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1991.
- NAKAO, T. H. et al. Hábitos bucais como fatores de risco para a mordida aberta anterior: uma revisão de literatura. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v. 37, n. 3, p. 09-16, mai./ago. 2016.
- NOGUEIRA, F. F. et al. Esporão lingual colado Nogueira®: tratamento coadjuvante da deglutição atípica por pressionamento lingual. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v. 10, n. 2, p. 129-156, mar./abr. 2005.
- POMPEIA, L. V. et al. Tratamento de mordida aberta anterior com terapia miofuncional – relato de caso. *Orthodontic Science and Practice*, v. 10, n. 37, p. 75-81, jun./ago. 2017.
- RAKOSI, T.; IRMTRUD, J.; GRAEBER, T. M. *Ortodontia e Ortopedia Facial: diagnóstico*. Tradução: Ricardo Luiz de Lima Barbosa e Ronaldo P. de Lima Barbosa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- RECH, R. S. et al. Interfaces entre fonoaudiologia e odontologia: em que situações essas ciências se encontram?. *Universitas: Ciências da Saúde*, v. 13, n. 2, p. 111-125, jul./dez. 2015.
- ROSA, G. N. et al. Impact of malocclusion on oral health-related quality of life of preschool children. *RGO, Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 63, n. 1, p. 33-40, jan./mar. 2015.

SAFRAIDER, Lorena Lais. *Atuação conjunta em motricidade orofacial: conhecimento do ortodontista em relação ao trabalho fonouadiológico*. 2016. 42 f. Monografia (Programa de Graduação em Fonoaudiologia) – Faculdade Sant’anna, Ponta Grossa, 2016.

SANTOS, Aline Menezes Cundari de Oliveira. *Hábitos orais deletérios*. 2012. 24 f. Monografia (Programa de Especialização em Ortodontia) – Faculdade de Pindamonhangaba, Pindamonhangaba, 2012.

SERRA-NEGRA, J. M. C.; PORDEUS, I. A.; ROCHA JR, J. F. Estudo da associação dentre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, v. 11, n. 2, p. 79-86, abr./jun. 1997.

SILVA, S. et al. A razão da intervenção psicológica na deformidade dentofacial. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, v. 57, n. 3, p. 171-176, jul./set. 2016.

SILVA, T. R.; CANTO, G. L. Integração odontologia-fonoaudiologia: a importância da formação de equipes interdisciplinares. *Revista CEFAC*, v. 16, n. 2, p. 598-603, mar./abr. 2014.

SMITHPETER, J.; COVELL JR, D. Relapse of anterior open bites treated with orthodontic appliances with and without orofacial myofunctional therapy, *American Journal of Orthodontic Dentofacial Orthopedic*, v. 137, n. 5, p. 605-614, may., 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA. *Comitê de Motricidade Orofacial (MO)*. 2003. Disponível em: <<http://www.sbfa.org.br>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

SOUSA, J. P.; SOUSA, S. A. Prevalência de má oclusão em escolares de 7 a 9 anos de idade do Polo 1 da Rede Municipal de Ensino em João Pessoa-PB. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 42, n. 2, p. 117-123, mar./abr. 2013.

SOUSA, R. V. et al. Malocclusion and socioeconomic indicators in primary dentition. *Brazilian Oral Research*, v. 28, n. 1, p. 1-7, mar./set. 2014.

VARANDAS, C. O. M.; CAMPOS, L. G.; MOTTA, A. R. Adesão ao tratamento fonouadiológico segundo a visão de ortodontistas e odontopediatras. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 13, n. 3, p. 233-239, set./jul. 2008.