

UNIVERSIDADE PAULISTA

GIOVANA FERRAZ SANÇON

**HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS E AS CONSEQUÊNCIAS NA MORDIDA ABERTA
ANTERIOR: REVISÃO DE LITERATURA**

SOROCABA

2026

GIOVANA FERRAZ SANÇON

HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS E AS CONSEQUÊNCIAS NA MORDIDA ABERTA
ANTERIOR:

Revisão de literatura

Trabalho de conclusão de curso
para obtenção do título de
graduação em Odontologia
apresentado à Universidade
Paulista – UNIP

Orientador (a): Prof. Me. Aline de Oliveira Silva Magalhães

SOROCABA

2026

CIP - Catalogação na Publicação|

Sançon, Giovana Ferraz.

HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS E AS CONSEQUÊNCIAS NA MORDIDA ABERTA ANTERIOR: revisão de literatura / Giovana Ferraz Sançon. – 2026.

26 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Paulista, Sorocaba, 2026.

Orientadora: Prof.^a Me. Aline de Oliveira Silva Magalhães.

1. mordida aberta. 2. chupetas. 3. hábitos. 4. ortodontia. 5. desenvolvimento ósseo. I. Magalhães, Aline de Oliveira Silva (orientadora). II. Título.

GIOVANA FERRAZ SANÇON

HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS E AS CONSEQUÊNCIAS NA MORDIDA ABERTA
ANTERIOR:

Revisão de literatura

Trabalho de conclusão de curso
para obtenção do título de
graduação em Odontologia
apresentado à Universidade
Paulista – UNIP

Aprovado em: 09/06/26 Nota 9,0

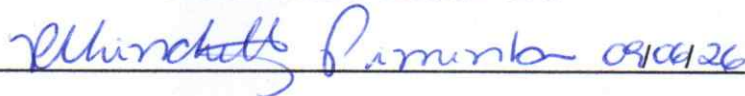
BANCA EXAMINADORA



09/06/26

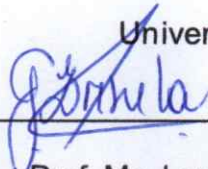
Prof. Me. Aline de Oliveira Silva Magalhães

Universidade Paulista – UNIP



Prof. Me. Roberta Almeida Chinchilla Pimenta

Universidade Paulista – UNIP



09/06/26

Prof. Me. Laura Gomes Garbellotti Farsula

Universidade Paulista - UNIP

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por me conceder força, sabedoria e perseverança ao longo de toda essa caminhada, mesmo nos momentos em que pensei em desistir.

Aos meus pais, minha eterna gratidão por todo o amor, apoio e, principalmente, pelos inúmeros sacrifícios realizados para que eu pudesse chegar até aqui. Esta conquista também é de vocês.

À minha filha, que é a razão da minha vida, minha maior motivação e fonte de força diária. Tudo o que faço é por você.

Ao meu namorado, por estar ao meu lado em todos os momentos, pelo apoio constante, pela paciência e por acreditar em mim, especialmente quando eu mesma duvidei.

Aos meus amigos da faculdade, que compartilharam comigo essa jornada, pelos materiais, resumos, ajuda nos estudos e, principalmente, pelas risadas que tornaram tudo mais leve.

Aos meus amigos fora da faculdade e familiares, pelo apoio, incentivo e compreensão durante esse período tão importante da minha vida.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho, o meu muito obrigada.

RESUMO

A mordida aberta anterior (MAA) é uma má oclusão caracterizada pela ausência de contato vertical entre os incisivos superiores e inferiores, podendo comprometer funções essenciais como mastigação, fonação e respiração. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo fatores genéticos e, principalmente, influências ambientais, com destaque para os hábitos bucais deletérios, como sucção não nutritiva, respiração bucal e interposição lingual. O presente estudo teve como objetivo analisar, por meio de uma revisão da literatura, a influência desses hábitos na etiologia e no tratamento da MAA. Para isso, foram realizadas buscas nas bases de dados Google Acadêmico, SciELO e PubMed/MEDLINE, utilizando descritores em português e inglês relacionados ao tema, com a inclusão de artigos publicados na íntegra, voltados à dentição decídua e mista. Foram selecionados 30 estudos que abordaram a relação entre hábitos orais e alterações no desenvolvimento craniofacial. A análise da literatura evidencia que os hábitos deletérios atuam como fatores determinantes no desenvolvimento da MAA, interferindo no equilíbrio neuromuscular e no crescimento das estruturas orofaciais. Além disso, destaca-se que a intervenção precoce, associada à remoção do fator etiológico e à abordagem multidisciplinar, apresenta melhores resultados e maior estabilidade a longo prazo. Conclui-se que o diagnóstico precoce e a atuação integrada entre ortodontia, otorrinolaringologia e fonoaudiologia são fundamentais para o tratamento eficaz da mordida aberta anterior, contribuindo para a reabilitação funcional e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: mordida aberta; chupetas; hábitos; ortodontia; desenvolvimento ósseo;

ABSTRACT

Anterior open bite (AOB) is a malocclusion characterized by the absence of vertical contact between the upper and lower incisors, which may impair essential functions such as mastication, speech, and respiration. Its etiology is multifactorial, involving genetic factors and, primarily, environmental influences, with emphasis on deleterious oral habits such as non-nutritive sucking, mouth breathing, and tongue interposition. The present study aims to analyze, through a literature review, the influence of these habits on the etiology and treatment of AOB. Searches were conducted in the Google Scholar, SciELO, and PubMed/MEDLINE databases, using descriptors in Portuguese and English related to the topic, including full-text articles focused on primary and mixed dentition. A total of 30 studies were selected addressing the relationship between oral habits and craniofacial development. The literature analysis indicates that deleterious habits act as determining factors in the development of AOB, interfering with neuromuscular balance and the growth of orofacial structures. Furthermore, early intervention associated with the removal of etiological factors and a multidisciplinary approach shows better outcomes and greater long-term stability. It is concluded that early diagnosis and integrated management involving orthodontics, otorhinolaryngology and speech therapy are essential for effective treatment, contributing to functional rehabilitation and improved quality of life.

Keywords: open bite; pacifiers; habits; orthodontics; bone development;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MAA	Mordida Aberta Anterior
-----	-------------------------

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	03
2.1. Capítulo 1: Crescimento, Desenvolvimento e Funções Orofaciais.....	03
2.1.1. Sistema estomatognático	04
2.1.2. A Evolução do Padrão de Deglutição	04
2.1.3. Deglutição Atípica	05
2.2. Capítulo 2: Etiologia e Dinâmica da Mordida Aberta Anterior	06
2.2.1. Mordida Aberta Anterior Dentária.....	06
2.2.2. Mordida Aberta Anterior Esquelética.....	07
2.2.3. Hábitos Deletérios... ..	07
2.3. Capítulo 3: Diagnóstico e Intervenção Clínica na Mordida Aberta Anterior	09
2.3.1. Diagnóstico da Mordida Aberta Anterior.....	09
2.3.2. Estratégias e Dispositivos Clínicos... ..	10
2.3.3. Estabilidade e Prognóstico	11
3. DISCUSSÃO.....	14
4. CONCLUSÃO.....	16
5. REFERÊNCIAS.....	17

1. INTRODUÇÃO

A busca pelo equilíbrio das estruturas bucais constitui um dos objetivos centrais da Odontologia, visando à harmonia entre as funções musculares e a estabilidade esquelética²⁴. Entre as alterações que comprometem esse equilíbrio, a Mordida Aberta Anterior (MAA) destaca-se como uma má oclusão complexa, caracterizada pela ausência de contato vertical entre os dentes das arcadas superior e inferior²³. Essa condição compromete não apenas a estética facial, mas também funções essenciais, como mastigação e fonação²⁵.

A etiologia da MAA é de natureza multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos e influências ambientais²⁷. Nesse contexto, os hábitos bucais deletérios destacam-se como importantes fatores associados, caracterizando-se por comportamentos repetitivos que exercem forças inadequadas sobre os tecidos orofaciais e interferem no desenvolvimento oclusal²⁴. A literatura evidencia que hábitos de sucção não nutritiva, como o uso prolongado de chupeta e a sucção digital, apresentam forte associação com a prevalência dessa maloclusão em crianças²¹.

Além disso, fatores como respiração bucal e interposição lingual, tanto em repouso quanto durante a deglutição, atuam como barreiras mecânicas que dificultam a erupção adequada dos incisivos²⁰. Estudos também indicam que a ausência ou a redução do aleitamento materno pode estar associada a maior predisposição ao desenvolvimento de alterações oclusais precoces²⁸. Considerando a elevada taxa de recidiva, o diagnóstico deve contemplar a distinção entre componentes dentoalveolares e esqueléticos, especialmente aqueles relacionados ao padrão de crescimento vertical²⁹.

Diante da complexidade dessa condição, a intervenção precoce, sobretudo nas fases de dentição decídua e mista, é amplamente recomendada, uma vez que possibilita o redirecionamento do crescimento craniofacial e a redução de alterações permanentes²². As abordagens terapêuticas incluem o uso de dispositivos ortodônticos, como grades palatinas e esporões linguais, associados à reeducação miofuncional²⁰. Nesse sentido, a atuação interdisciplinar, envolvendo ortodontia, otorrinolaringologia e fonoaudiologia, mostra-se fundamental para garantir não apenas a correção morfológica, mas também a estabilidade funcional a longo prazo²¹.

A relevância deste estudo fundamenta-se na persistência dos desafios clínicos relacionados à MAA na Odontopediatria e na Ortodontia contemporâneas, bem como na necessidade de atualização dos protocolos terapêuticos frente às mudanças nos hábitos e estilos de vida da população infantil. Além disso, destaca-se a importância de uma abordagem preventiva e funcional, voltada à identificação precoce dos fatores etiológicos e à promoção do equilíbrio do sistema estomatognático.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo analisar, por meio de revisão de literatura, a influência dos hábitos bucais deletérios na etiologia e no tratamento da mordida aberta anterior.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Capítulo 1: Crescimento, Desenvolvimento e Funções Orofaciais

O crescimento e desenvolvimento craniofacial são processos biológicos dinâmicos resultantes da interação entre a genética e a influência de fatores ambientais e funcionais¹. De acordo com estudos, o tecido ósseo é altamente adaptável e tem a capacidade de se remodelar em resposta às tensões mecânicas a que é submetido, fenômeno descrito pela Lei de Wolff e pela Teoria da Matriz Funcional de Moss². Nesse contexto, o desenvolvimento dos maxilares é dependente do equilíbrio do sistema estomatognático onde a forma e a função estão essencialmente interligadas³.

A amamentação é muito mais do que um ato de nutrição, é o primeiro treinamento funcional do sistema estomatognático. Para extrair o leite, o bebê precisa realizar movimentos complexos de ordenha, que envolvem o avanço e o fechamento da mandíbula. Isso ativa intensamente músculos como o Masseter, Temporal e os Pterigóideos^{2,3}.

Esse esforço muscular vigoroso estimula os centros de crescimento condilares da mandíbula, promovendo o seu correto posicionamento e crescimento anteroposterior². A amamentação favorece o bebê a manter o vedamento labial e a respiração exclusivamente pelo nariz. Esse fluxo de ar é essencial para expandir os seios maxilares e estimular o crescimento transversal da face⁵.

Os movimentos de sucção e deglutição coordenados durante o aleitamento ajudam a desenvolver a fossa articular e o côndilo mandibular, preparando a articulação para a futura carga de mastigação de alimentos sólidos³.

Durante o aleitamento materno, a língua se posiciona corretamente contra o palato. Essa pressão interna atua expandindo a maxila e prevenindo problemas como o palato ogival (estreito e profundo)^{1,2}.

Portanto, quando ocorre um rompimento dessa coordenação, como na deglutição atípica, o estímulo de crescimento é influenciado, resultando frequentemente em alterações do desenvolvimento¹.

2.1.1. Sistema estomatognático

O sistema estomatognático é composto por estruturas estáticas ou passivas como elementos ósseos e dentários; e dinâmicas ou ativas como elementos neuromusculares. Atuam em harmonia para a execução de funções como: mastigação, deglutição, respiração e fonação^{5, 21}.

A mastigação exerce um papel mecânico essencial: as cargas oclusais causadas por essa função são transmitidas para o osso através do ligamento periodontal, gerando tensões que estimulam os centros de crescimento, os quais respondem pela aposição ou reabsorção do osso de acordo com a intensidade e duração dos estímulos².

A respiração nasal age como um mecanismo que ajuda a expandir a face. O ar passando pelo nariz estimula o crescimento dos seios maxilares e da maxila⁵. Por outro lado, quando o indivíduo se acostuma a respirar pela boca, esse estímulo se perde, o que pode levar a um rosto mais estreito e longo⁵.

A fonação utiliza as mesmas estruturas anatômicas das outras funções. O controle da passagem aérea e a articulação dos sons dependem da integridade das vias aéreas superiores e inferiores, bem como da correta morfologia dentofacial⁵.

Por fim, a harmonia facial é, acima de tudo, o resultado de um corpo que consegue respirar, mastigar e engolir em perfeito equilíbrio^{3, 4}. Quando ocorre a ruptura desse equilíbrio funcional por meio da instalação de hábitos deletérios, todo o sistema estomatognático sofre adaptações deletérias²⁶. Na região anterior das arcadas, esse desarranjo muscular e a perda do estímulo fisiológico correto resultam diretamente no impedimento da erupção dentária e na alteração do crescimento alveolar, culminando no desenvolvimento da mordida aberta anterior²⁰. Portanto, compreender as funções normais deste sistema é o passo indispensável para diagnosticar como a persistência desses hábitos quebra a homeostase orofacial e consolida a instalação da maloclusão

^{21, 30}.

2.1.2.. A Evolução do Padrão de Deglutição

Durante o amadurecimento do indivíduo, o padrão de deglutição sofre modificações significativas. Por volta dos seis meses de idade, a introdução de alimentos com diferentes texturas inicia uma mudança no padrão de movimento².

Entre os 2 e os 4 anos de vida, ocorre a mudança de um padrão visceral para um padrão maduro¹. A chamada deglutição infantil é considerada fisiológica durante a infância, especificamente na transição entre a dentição decídua e a permanente entre os 4 e os 6 anos de idade^{1,2}.

A deglutição somática ou madura é caracterizada por um amadurecimento neuromuscular e pelas alterações ocorridas na dinâmica funcional do sistema craniofacial¹. A deglutição considerada correta ou funcional ocorre quando há um equilíbrio entre as pressões internas da língua e externas dos lábios e bochechas, na região denominada zona neutra¹.

No início do ato de deglutir, a ponta da língua deve elevar-se e pressionar a papila incisiva, o dorso da língua comprime-se contra o palato duro, agindo como um "expansor natural" que estimula o crescimento transversal da maxila^{1,2}. Os lábios devem estar selados sem esforço excessivo através da contração do músculo Mentoniano. Esse selamento é fundamental para manter a pressão intraoral necessária para o transporte do alimento ou saliva⁵.

Os arcos dentários devem entrar em um breve contato oclusal para estabilizar a mandíbula, permitindo que os músculos supra-hioideos elevem a laringe e protejam as vias aéreas³. O esforço mastigatório aumenta a atividade dos músculos masseter e temporal, o que ajuda no estímulo do crescimento transversal da maxila e a densidade óssea da mandíbula³.

2.1.3. Deglutição Atípica

Quando o padrão é alterado, surge a deglutição atípica, frequentemente associada à interposição lingual. Em vez de pressionar o palato, a língua projeta-se para a frente ou para os lados, posicionando-se entre os dentes incisivos ou pré-molares^{1,5}. Essa pressão constante e inadequada rompe o equilíbrio da zona neutra. Como o osso é um tecido altamente adaptável às tensões mecânicas, segundo a Lei de Wolff, ele sofre remodelações de forma indesejada².

Este padrão está diretamente ligado ao surgimento da Mordida Aberta Anterior (MAA), onde os dentes superiores e inferiores não se tocam na região frontal, e à mordida cruzada posterior, caso a língua não esteja expandindo o palato corretamente^{3,4}.

Portanto, a má posição lingual, dietas excessivamente macias que não estimulam a

mastigação e/ou a presença de respiração bucal causam alterações na deglutição e influenciam no desenvolvimento ósseo da criança^{2, 3, 5}.

2.2. Capítulo 2: Etiologia e Dinâmica da Mordida Aberta Anterior

A mordida aberta anterior caracteriza-se pela ausência de contato vertical entre as bordas incisais dos dentes superiores e inferiores, mesmo quando os dentes posteriores se encontram em oclusão^{6,7}. Trata-se de uma maloclusão de etiologia multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos, ambientais e funcionais, que atuam de forma isolada ou associada ao longo do desenvolvimento craniofacial^{7, 8, 10}.

Entre os fatores genéticos, destaca-se o padrão de crescimento facial vertical, frequentemente observado em indivíduos dolicofaciais, nos quais há tendência ao aumento da dimensão vertical da face e rotação mandibular no sentido horário. Esse padrão esquelético pode predispor à instalação da mordida aberta anterior, especialmente quando associado a fatores ambientais desfavoráveis⁷.

No entanto, fatores funcionais desempenham papel determinante tanto na instalação quanto na manutenção dessa maloclusão. Alterações nas funções orofaciais, como respiração, deglutição e postura lingual, bem como a presença de hábitos parafuncionais, interferem diretamente no equilíbrio do sistema estomatognático, favorecendo o desenvolvimento de discrepâncias dentárias e esqueléticas⁸.

Além disso, a mordida aberta anterior apresenta elevada taxa de recidiva, o que a torna uma das más oclusões mais desafiadoras no contexto clínico. Essa característica está intimamente relacionada à persistência dos fatores etiológicos, especialmente aqueles de origem funcional, que, quando não corrigidos, mantêm os estímulos deletérios mesmo após o tratamento ortodôntico⁹.

A classificação da mordida aberta anterior é essencial para o diagnóstico, pois diferencia alterações puramente dentárias de desequilíbrios no crescimento ósseo facial^{6, 8, 9}.

2.2.1. Mordida Aberta Anterior Dentária

A mordida aberta anterior dentária, também referida como dentoalveolar, é aquela em

que o comprometimento se restringe aos dentes e ao osso alveolar adjacente⁶. Sua principal etiologia reside na presença de hábitos bucais parafuncionais, como a sucção de dedo ou chupeta, que criam um impedimento físico à erupção dos dentes⁷. Nesse tipo, o padrão de crescimento das bases ósseas (maxila e mandíbula) permanece dentro da normalidade, não havendo discrepâncias esqueléticas graves⁸. Clinicamente, observa-se que os incisivos não atingem a linha de oclusão, mas a estética facial e o perfil do paciente costumam estar preservados⁹. Por ser causada por fatores ambientais, essa maloclusão apresenta um prognóstico favorável, com tendência à autocorreção caso o hábito deletério seja removido precocemente¹⁰.

2.2.2. Mordida Aberta Anterior Esquelética

A mordida aberta anterior esquelética está associada a desequilíbrios no padrão de crescimento craniofacial do indivíduo¹¹. Ela é comum em pacientes dolicofaciais, que apresentam um crescimento facial predominantemente vertical¹². Nessa condição, ocorre uma divergência entre os planos palatino e mandibular, resultando em um aumento da altura facial anteroinferior¹³. Diferente da forma dentária, a esquelética envolve uma rotação da mandíbula no sentido horário, o que projeta o mento para baixo e para trás¹⁴. O crescimento vertical excessivo da região posterior da maxila atua como um ponto de apoio, impedindo o fechamento dos dentes na região anterior¹⁵. A interposição lingual e a respiração bucal frequentemente acompanham e agravam esse quadro esquelético¹⁶. Devido à sua base estrutural, esse tipo de MAA oferece maior resistência ao tratamento ortodôntico convencional e possui altos índices de recidiva¹⁷.

2.2.3. Hábitos Deletérios

Os hábitos bucais deletérios consistem em padrões musculares adquiridos, de caráter parafuncional, que se tornam automáticos em decorrência da repetição⁶. Esses hábitos exercem influência direta sobre o crescimento craniofacial, podendo modificar o desenvolvimento das bases ósseas e o posicionamento dentário ao alterar o equilíbrio das forças musculares que atuam sobre o sistema estomatognático⁷. Quando presentes, os hábitos bucais deletérios podem desencadear alterações

morfológicas cuja magnitude depende de fatores específicos. Nesse contexto, destaca-se a Tríade de Graber, composta pela frequência, intensidade e duração do hábito, fatores diretamente relacionados ao desenvolvimento e à severidade das alterações oclusais. Além disso, características individuais, como o padrão de crescimento facial, o tipo de objeto utilizado e a idade de início do hábito, também devem ser consideradas na avaliação do seu impacto^{8,15}.

Dentre esses hábitos, a sucção não nutritiva, especialmente o uso de chupeta, destaca-se por sua elevada prevalência na infância. Culturalmente aceita, essa prática tem como principal finalidade promover conforto e segurança emocional à criança¹⁰. Entretanto, quando mantida além dos 3 anos de idade, período em que o padrão funcional já deveria estar mais desenvolvido, está associada ao aumento significativo do risco de desenvolvimento de maloclusões¹¹.

O uso prolongado da chupeta promove a aplicação de forças contínuas e inadequadas sobre as arcadas dentárias, interferindo no equilíbrio entre as pressões internas exercidas pela língua e externas provenientes da musculatura perioral. Esse desequilíbrio favorece alterações como a atresia maxilar, além de contribuir para o desenvolvimento de mordida aberta anterior¹².

Outro fator importante associado à instalação desses hábitos é o desmame precoce. A redução do tempo de aleitamento materno compromete o adequado desenvolvimento muscular e funcional do sistema estomatognático, aumentando a probabilidade de a criança desenvolver hábitos de sucção não nutritiva como forma compensatória¹³. Nesse sentido, observa-se uma relação inversamente proporcional entre a duração do aleitamento materno e a prevalência desses hábitos¹².

A sucção digital, geralmente envolvendo o polegar, apresenta características distintas em relação ao uso da chupeta, sendo frequentemente mais intensa e de difícil controle. Esse hábito tende a persistir por períodos mais prolongados, estando muitas vezes associado a fatores emocionais e comportamentais^{14,15}.

Do ponto de vista mecânico, o posicionamento do dedo contra o palato exerce forças intrusivas sobre os incisivos superiores e inferiores, interferindo no processo eruptivo e no posicionamento dentário¹⁶. Além disso, a presença constante do dedo entre as arcadas impede o contato oclusal adequado, favorecendo o desenvolvimento de mordida aberta anterior. Clinicamente, essa alteração pode apresentar configuração em “U” ou “V”, frequentemente associada à protrusão dos incisivos superiores¹⁷.

A respiração bucal constitui outro fator etiológico relevante, podendo resultar de obstruções das vias aéreas superiores ou da instalação de um padrão funcional inadequado. Esse tipo de respiração promove alterações na postura mandibular, geralmente caracterizada por posicionamento inferiorizado, além de modificar a posição da língua, que passa a ocupar o assoalho bucal^{18,19}.

A ausência de contato da língua com o palato compromete o estímulo fisiológico necessário ao crescimento transversal da maxila. Simultaneamente, a ação da musculatura perioral, especialmente das bochechas, exerce forças compressivas sobre as arcadas, favorecendo o estreitamento maxilar. Esse conjunto de alterações resulta em desequilíbrio muscular, que pode levar à rotação mandibular no sentido horário e ao desenvolvimento de mordida aberta anterior^{6,7}.

Além dos fatores relacionados à instalação da maloclusão, destaca-se a interposição lingual como importante mecanismo de manutenção da mordida aberta anterior. Essa condição caracteriza-se pela posição da língua entre os dentes durante funções como deglutição e fonação, frequentemente como uma adaptação funcional para promover o selamento anterior diante da ausência de contato dentário^{8,9}.

A pressão contínua exercida pela língua na região anterior impede o estabelecimento de uma oclusão adequada, dificultando a correção espontânea da maloclusão e contribuindo para sua persistência ao longo do tempo¹⁰. Dessa forma, mesmo após intervenções ortodônticas, a manutenção desse padrão funcional pode favorecer a recidiva do quadro.

Nesse contexto, a abordagem terapêutica deve ser multidisciplinar. A terapia fonoaudiológica desempenha papel essencial na reeducação das funções orais, promovendo o reposicionamento adequado da língua e o restabelecimento do equilíbrio muscular¹¹. Além disso, a avaliação otorrinolaringológica pode ser necessária para a identificação de fatores obstrutivos das vias aéreas superiores e para o adequado planejamento terapêutico, contribuindo para o sucesso do tratamento multidisciplinar^{1,5}.

O diagnóstico precoce, preferencialmente durante a dentição decídua ou mista, é fundamental para o sucesso do tratamento. A identificação e remoção dos hábitos deletérios em fases iniciais do desenvolvimento podem permitir a autocorreção da oclusão ou, ao menos, facilitar a intervenção ortodôntica interceptativa, reduzindo a complexidade do tratamento e melhorando os resultados funcionais e estéticos^{6,10,17}.

2.3. Capítulo 3: Diagnóstico e Intervenção Clínica na Mordida Aberta Anterior

O manejo clínico da Mordida Aberta Anterior (MAA) exige um diagnóstico diferencial preciso e uma abordagem terapêutica que considere a cronologia da dentição e a participação muscular na estabilidade do caso^{20, 24}.

2.3.1. Diagnóstico da Mordida Aberta Anterior

O diagnóstico da MAA deve ser minucioso, distinguindo as alterações puramente dentoalveolares daquelas com forte componente esquelético para determinar a complexidade do caso²⁵. Enquanto na MAA dentária o foco terapêutico é a remoção do hábito e reeducação muscular, na MAA esquelética o plano de tratamento pode exigir o controle do crescimento ou, em casos adultos, cirurgia ortognática¹⁹. A distinção entre os dois tipos é feita por meio de exames clínicos e cefalométricos, analisando-se as inclinações das bases ósseas¹⁸. A identificação correta do tipo de mordida aberta é o que determinará a estabilidade do resultado a longo prazo⁸.

É essencial realizar uma avaliação funcional rigorosa para identificar a presença de hábitos de sucção, a postura de repouso da língua e os padrões respiratórios predominantes^{29, 30}.

A intervenção realizada nas dentições decídua e mista é considerada o padrão-ouro, pois aproveita o potencial de crescimento para redirecionar as bases ósseas e facilitar a correção da oclusão sem a necessidade de compensações complexas^{21, 22}. O objetivo principal nesta fase inicial é a remoção imediata dos fatores etiológicos, como os hábitos deletérios, permitindo que as estruturas bucais retomem seu desenvolvimento fisiológico normal^{24, 30}. O tratamento precoce, especialmente na faixa etária entre 4 e 6 anos, demonstra uma eficácia superior na redução da dimensão vertical negativa e na estabilização da guia incisiva²⁰.

2.3.2 Estratégias e Dispositivos Clínicos

Na prática clínica, o diagnóstico assertivo da gravidade e da etiologia da MAA exige do cirurgião-dentista uma avaliação minuciosa que correlacione a morfologia dentária

ao padrão facial do paciente pediátrico⁴. Durante o exame intraoral em consultório, o profissional deve mensurar criteriosamente a extensão do trespasse vertical negativo e observar a inclinação dos incisivos superiores e inferiores¹⁸. Complementar a isso, a realização de uma avaliação funcional rigorosa é indispensável para detectar a postura da língua em repouso, o tônus muscular do lábio e do mento, bem como o padrão respiratório predominante do indivíduo^{29,30}. Esse mapeamento clínico detalhado, associado aos exames complementares, permite ao cirurgião-dentista discernir de forma precisa os componentes dentoalveolares dos esqueléticos¹⁸. A partir desse diagnóstico clínico preciso, o profissional obtém o embasamento necessário para determinar o momento ideal da intervenção ou realizar o encaminhamento precoce para as especialidades correlatas⁸.

Dentre as opções de tratamento ortodôntico e ortopédico para a neutralização dos hábitos e correção da mordida aberta anterior, destacam-se as grades palatinas, que atuam como impedidores mecânicos passivos, dificultando a sucção não nutritiva e impedindo a interposição lingual entre os incisivos durante a deglutição^{22,23}. Trata-se de um dos dispositivos mais difundidos na prática clínica, uma vez que sua utilização favorece a erupção e o reposicionamento dos dentes anteriores ao remover o obstáculo físico que impedia o fechamento da mordida³⁰.

Outra alternativa amplamente utilizada são os esporões linguais, que funcionam como dispositivos de estímulo sensorial, induzindo a língua a adotar uma posição mais posterior e funcional por meio de estímulos nociceptivos leves²³. Diferentemente das grades palatinas, esses dispositivos visam principalmente a reeducação da postura lingual em repouso e durante a deglutição, sem promover bloqueio físico direto²⁹.

Adicionalmente, aparelhos removíveis e ortopédicos, como o Bionator de Balters e dispositivos com anteparos labiais e escudos bucais, podem ser empregados com o objetivo de modular a atividade da musculatura perioral e orientar o crescimento das bases ósseas^{20,27}.

Por fim, a literatura evidencia que a correção ortodôntica isolada, em muitos casos, não é suficiente para garantir a estabilidade dos resultados, sendo fundamental a adoção de uma abordagem multidisciplinar²¹. A associação com a terapia fonoaudiológica permite a reeducação das funções orais, especialmente deglutição e postura lingual, favorecendo a adaptação neuromuscular à nova condição oclusal^{21,24}. Além disso, quando houver alterações respiratórias ou fatores obstrutivos associados,

a avaliação otorrinolaringológica torna-se importante para o adequado diagnóstico e planejamento terapêutico^{1, 5}. Dessa forma, a integração entre o cirurgião-dentista, o fonoaudiólogo e o otorrinolaringologista contribui significativamente para a redução dos índices de recidiva e para a manutenção do equilíbrio funcional a longo prazo^{1, 5, 30}.

2.3.3. Estabilidade e Prognóstico

A estabilidade a longo prazo permanece como o maior desafio clínico na correção da Mordida Aberta Anterior (MAA), devido à alta taxa de recidiva associada à persistência de padrões musculares anormais ou ao retorno inadvertido aos hábitos deletérios^{21, 29}. As evidências científicas atuais demonstram que, em pacientes tratados de forma não cirúrgica, a correção da oclusão ocorre majoritariamente por meio de alterações dentoalveolares, enquanto as mudanças na estrutura esquelética tendem a ser mínimas no acompanhamento de longo prazo^{20, 27}. Portanto, a remoção definitiva do hábito e o estabelecimento de um equilíbrio miofuncional robusto entre a língua e a musculatura perioral são os pilares fundamentais para manter os resultados clínicos alcançados^{29, 30}.

A intervenção clínica, entretanto, vai muito além da simples melhoria estética, devolvendo ao paciente pediátrico funções básicas e essenciais de mastigação e articulação correta da fala²⁰. O tratamento bem-sucedido e oportuno durante a infância melhora significativamente a autoestima da criança, impactando positivamente seu convívio no ambiente escolar e social²⁵. Além disso, a correção precoce atua preventivamente, evitando que a má oclusão evolua para deformidades ósseas severas e reduzindo drasticamente a necessidade de tratamentos ortodônticos complexos ou cirurgias ortognáticas invasivas na vida adulta^{23, 30}.

Dessa forma, o sucesso absoluto no tratamento da mordida aberta anterior depende diretamente da tríade composta por um diagnóstico preciso, uma intervenção precoce e, sobretudo, o controle rigoroso dos fatores etiológicos e funcionais envolvidos^{24, 30}. A integração harmoniosa entre a abordagem ortodôntica e a reeducação miofuncional fonoaudiológica e a avaliação otorrinolaringológica, especialmente nos casos associados a alterações respiratórias e fatores obstrutivos das vias aéreas superiores, é o que garante não apenas a correção física da maloclusão, mas também a estabilidade biológica dos resultados a longo prazo, mitigando os elevados

índices de recidiva citados na literatura^{1, 21, 22, 29}.

3. DISCUSSÃO

O confronto analítico dos dados obtidos na literatura revisada revela importantes pontos de convergência, mas também divergências metodológicas entre os autores, sobre a dinâmica da mordida aberta anterior (MAA). No que tange à prevenção e à etiologia na primeira infância, Góngora-León et al. e Góes et al. concordam e demonstram que o aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses atua como um fator de proteção biológica essencial para o correto desenvolvimento craniofacial, satisfazendo o instinto de sucção do lactente ^{12,14}. Ao mesmo tempo, Alencar LBB et al. e De Z et al. apontam de forma consensual que a interrupção precoce desse aleitamento e a consequente introdução de bicos artificiais, como mamadeiras e chupetas, rompem o equilíbrio neuromuscular da região orofacial, funcionando como fortes fatores preditivos para a instalação da maloclusão^{6,20}. Complementando, Pegoraro et al. ampliam o debate ao sugerir que variáveis ambientais e a falta de orientação familiar precoce potencializam a transição para esses hábitos deletérios, tornando a conscientização parental um pilar preventivo indispensável²⁸.

Quando o foco centraliza-se na escolha terapêutica interceptativa durante as fases de dentição decídua e mista, a literatura apresenta uma clássica divergência clínica sobre qual dispositivo seria o ideal. Fazzio et al. e de Sousa Tork e da Costa Cardoso defendem a alta eficácia clínica e a rápida resposta na qualidade de vida com o uso da grade palatina, justificando que sua ação como impedor mecânico passivo bloqueia diretamente o hábito e abre espaço para a erupção dos incisivos ^{23,8}. Por outro lado, Sales et al. e Artese et al. trazem uma contraposição crítica a esse método, manifestando preferência pelo uso dos esporões linguais ^{21,29}. O argumento central desses autores é que a grade palatina, embora seja eficiente para fechar mecanicamente o trespasse vertical negativo, pode falhar no objetivo principal de reeducar ativamente a postura da musculatura lingual em repouso, agindo apenas como uma barreira temporária que predispõe o caso à recidiva assim que o aparelho é removido ^{21,29}.

Por fim, no tocante à estabilidade pós-tratamento a longo prazo, surge um consenso robusto quanto à insuficiência da abordagem puramente isolada ("aparelho-centrada"). Theodoridou et al., por meio de uma meta-análise, evidenciam que a maioria das

correções obtidas em pacientes jovens por vias não cirúrgicas ocorre por alterações estritamente dentoalveolares, com mudanças esqueléticas mínimas ²⁷. Diante disso, De Ridder et al. e Saber, Jesus e Raitz advertem que, se o padrão neuromuscular funcional (como a respiração bucal ou a interposição lingual) não for efetivamente modificado, as forças musculares contínuas tendem a reconduzir os dentes à posição de desequilíbrio anterior ^{26,30}. É nesse cenário que Sales et al. e Silva VP et al. defendem categoricamente a obrigatoriedade da atuação multidisciplinar e integrada entre a Ortodontia, a Fonoaudiologia e a Otorrinolaringologia ^{1,5,10}. Essa reeducação miofuncional imediata é o que garante a estabilidade biológica e funcional do sistema estomatognático, contrapondo-se sutilmente às condutas terapêuticas tradicionais que negligenciam o papel da musculatura na manutenção do resultado alcançado

^{10,21,30}.

4. CONCLUSÃO

A presente revisão de literatura permitiu concluir que a mordida aberta anterior (MAA) apresenta uma etiologia complexa e multifatorial, guardando uma relação estreita e direta com a persistência de hábitos bucais deletérios, especialmente a sucção de chupeta e a sucção digital. A literatura é consensual ao afirmar que a severidade da má oclusão está condicionada à "tríade de Graber": intensidade, duração e frequência do hábito, somadas à predisposição genética do indivíduo.

Os estudos analisados evidenciam que o uso prolongado de bicos artificiais e a interrupção precoce do aleitamento materno são os principais fatores predisponentes para a instalação desses hábitos. Observou-se que a prevalência da MAA é significativamente elevada na dentição decídua, com uma tendência à correção espontânea em casos onde o hábito é removido antes da erupção dos incisivos permanentes.

Quanto às formas de intervenção, conclui-se que o tratamento precoce, realizado preferencialmente durante a dentição decídua ou mista, oferece um prognóstico mais favorável e evita a progressão de uma alteração dentoalveolar para uma deformidade esquelética mais grave. O uso de dispositivos ortodônticos e ortopédicos, como a grade palatina e os esporões linguais, auxiliam tanto na interrupção mecânica do hábito quanto na reeducação da postura lingual.

Por fim, conclui-se que o sucesso no tratamento da mordida aberta anterior está diretamente relacionado à identificação e remoção dos fatores etiológicos, ao controle dos padrões funcionais alterados e à intervenção em momento oportuno. Dessa forma, a adoção de uma abordagem preventiva, funcional e integrada representa a estratégia mais eficaz para a promoção da saúde bucal e para a obtenção de resultados clínicos estáveis e duradouros. Ressalta-se que a estabilidade do tratamento da mordida aberta anterior depende não apenas da correção dentária, mas da reabilitação das funções orofaciais. Portanto, a atuação multidisciplinar entre o cirurgião-dentista, o otorrinolaringologista, o fonoaudiólogo e a família é indispensável para a eliminação efetiva do fator etiológico e para a manutenção dos resultados obtidos a longo prazo, garantindo assim a saúde biopsicossocial e a qualidade de vida da criança.

REFERÊNCIAS

1. Costa TFS. Mordida Aberta Anterior e Deglutição Atípica: a relevância da interposição lingual [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2025
2. Guerin CM. Relação entre o comportamento alimentar e o desenvolvimento oro-facial da criança [dissertação]. Gandra: Instituto Universitário de Ciências da Saúde; 2021
3. Gonçalves LMN, et al. Orthodontic treatment of children with anterior open bite... J Oral Biol Craniofac Res. 2023
4. Hilgert JB. Associação entre a morfologia facial e o padrão de crescimento em pacientes com MAA na fase de dentadura mista [monografia]. Porto Alegre: UFRGS; 2018
5. Silva LK, et al. Função respiratória em indivíduos com deformidades dentofaciais. Rev CEFAC. 2015
6. Alencar LBB de, Oliveira EB de, Silva IL, Sousa SCA de, Araújo VF de, Fonseca FRA. Hábitos associados à mordida aberta anterior em crianças : uma revisão integrativa. Arquivos em Odontologia [Internet]. 2021;57:244–52
7. Braga AR. Mordida aberta: etiologia e relacionamento com hábitos deletérios. Pubsáude. 2021;5:1–5
8. de Sousa Tork MR, da Costa Cardoso RL. Mordida aberta anterior e hábitos bucais deletérios: chupeta e sucção digital. Braz J Implantol Health Sci. 2022;4(5):02–13
9. Maltarollo TH, Risemberg RIS, Silva AC, Pedron IG, Shitsuka C. Hábito deletério não nutritivo: sucção digital e a consequência mordida aberta. e-Acadêmica. 2021;2(1):e042122
10. Silva VP, Sena LR, Costa JA, Caxa BS, Moita DN, Parente ACBJ, et al. Mordida aberta anterior: etiologia e tratamento revisão de literatura. CPAQV. 2024;16(1)
11. SILVA, Eliana Lago. Hábitos bucais deletérios. []. , 20, 2, pp.47-50. ISSN 0101-5907.
12. Góngora-León I, Alarcón-Calle CS, Castillo AAD, Flores-Mir C, Arriola-Guillén LE. Association of breastfeeding duration with the development of non-nutritive

- habits, and transversal and vertical occlusal alterations in preschool children: A cross-sectional study. *Dental and Medical Problems* [Internet]. 2023 Mar 24;60(1):47–53
13. Brígido KGR, et al. Influência dos hábitos de sucção não nutritivos na maloclusão dentária em crianças: Uma revisão sistemática. *Facit Business and Technology Journal*. 2022;1(34):252-267
 14. Góes MPS, Araújo CMT, Góes PSA, Jamelli SR. Persistência de hábitos de sucção não nutritiva: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020
 15. Gisfrede TF, et al. Hábitos bucais deletérios e suas consequências em Odontopediatria. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2020
 16. Nakao TH, et al. Hábitos bucais como fatores de risco para a mordida aberta anterior: uma revisão de literatura. *Rev Odontol Araçatuba*. 2016
 17. Miotto MHMB, et al. Prevalência de mordida aberta anterior associada a hábitos orais deletérios em crianças de 3 a 5 anos. *Rev CEFAC*. 2014
 18. Vasconcelos FMN, et al. Non-Nutritive Sucking Habits, Anterior Open Bite and Associated Factors in Brazilian Children Aged 30-59 Months. *Braz Dent J*. 2011
 19. Alencar LBB, et al. Os hábitos bucais deletérios e o desenvolvimento das más oclusões em crianças. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(7):e7961
 20. De Z, Mendes A, Batista C, Drumond CL, Pereira L. TRATAMENTO DA MORDIDA ABERTA ANTERIOR EM CRIANÇAS DE 4 A 6 ANOS: Revisão Integrativa. *Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida* [Internet]. 2025 Jan 6 [cited 2026 Apr 23];16(3)
 21. Cunha DA da, Silva HJ da, Moraes SRA de, Tashiro T. PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES NO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO EM PORTADORES DA DOENÇA DE CHAGAS. *Revista CEFAC* [Internet]. 2005 Jun [cited 2026 Jun 10];7(2):215–20.
 22. Gomes CAL, Silva BCF, Barros DMC. Tratamento precoce da mordida aberta: O que é importante saber? *Research, Society and Development*. 2021
 23. Fazzio F, et al. Tratamento interceptativo da mordida aberta anterior para melhora da qualidade de vida: revisão de literatura. *BJSCR*. 2021
 24. Bistaffa AGI, et al. Hábitos Buciais Deletérios e Possíveis Intervenções: uma Revisão de Literatura. *J Health Sci*. 2021

25. Pastor AAO, Sobreira CR. Tratamento precoce da mordida aberta anterior. Research, Society and Development. 2025 Apr 10;14(4):e2714448623.
26. De Ridder L, et al. Prevalence of Orthodontic Malocclusions in Healthy Children and Adolescents: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2022
27. Theodoridou MZ, et al. Long-term effectiveness of non-surgical open-bite treatment: a systematic review and meta-analysis. Prog Orthod. 2023.
28. Pegoraro NA, et al. Prevalência de maloclusões na primeira infância e fatores associados em um serviço de atenção primária no Brasil. CoDAS. 2022
29. Artese A, et al. Criteria for the diagnosis and stable treatment of anterior open bite. Dental Press J Orthod. 2011
30. Saber M, Jesus HB, Raitz R. Tratamento ortodôntico da mordida aberta anterior causada por hábitos deletérios. Rev Bras Ciên Saúde. 2010