**FACULDADE DE PATOS DE MINAS**

**GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ANA LUIZA ARAUJO PIAU**

**DAYANE LUIZA PEREIRA**

**ALTERAÇÕES CRANIOFACIAIS DO RESPIRADOR ORAL**

**PATOS DE MINAS**

**2019ANA LUIZA ARAUJO PIAU**

**DAYANE LUIZA PEREIRA**

**ALTERAÇÕES CRANIOFACIAIS DO RESPIRADOR ORAL**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof.º Esp. Alexandre Costa Ferreira Vianna

**PATOS DE MINAS**

**2019**FACULDADE PATOS DE MINAS

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

Curso de Bacharelado em Odontologia

**ANA LUIZA ARAUJO PIAU**

**DAYANE LUIZA PEREIRA**

**ALTERAÇÕES CRANIOFACIAIS DO RESPIRADOR ORAL**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Odontologia, 14 de novembro de 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: Prof.º. Esp. Alexandre Costa Ferreira Vianna

Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof. º. Esp. Henrique Cury Viana

Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof.ª Ma. Lia Dietrich

Faculdade Patos de Minas

**ALTERAÇÕES CRANIOFACIAIS DO RESPIRADOR oral**

**CRANIOFACIAL CHANGES OF ORAL RESPIRATOR**

Ana Luiza Araujo Piau 1:

1 Aluna do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM, formanda no ano de 2019, analuizaaraujopiau@gmail.com

Dayane Luiza Pereira 2:

2 Aluna do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM, formanda no ano de 2019, dayaneluizapereira@hotmail.com

Alexandre Costa Ferreira Vianna 3:

2 Professor da Faculdade Patos de Minas, possui graduação em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2005). Experiência na área de Odontologia, com ênfase em Cirurgia Bucomaxilofacial e Cirurgia Ortognática.

Nome do autor para correspondência:

Alexandre Costa Ferreira Vianna

Rua Major Gote, 1480, Centro- Patos de Minas, MG

alexandrecvianna@gmail.com, (34) 9 91137672

**ALTERAÇÕES CRANIOFACIAIS DO RESPIRADOR ORAL**

**RESUMO**

Os cirurgiões-dentistas estão entre os primeiros profissionais da área de saúde a entrar em contato com pacientes respiradores orais. Torna-se importante o conhecimento das alterações causadas pela Síndrome do Respirador Oral (SRO), com o intuito de indicar a conduta correta e encaminhamento para o diagnóstico precoce das disfunções que possam vir a se desenvolver nestes pacientes. A SRO surge quando a respiração pelo nariz é trocada, em sua grande parte ou totalidade, pela respiração oral. Essa alteração pode ser causada pela obstrução das vias respiratórias, dificultando a passagem do ar, podendo ser por: amígdalas e adenoides maiores que o normal, desvio de septo nasal, pólipos nasais, dentre outros. Quando não tratada adequadamente e precocemente, pode evoluir, para modificações do desenvolvimento craniofacial, promovendo alterações esqueléticas como: aumento do terço inferior da face, arco estreito, palato ogival, má oclusão dentária, o que interfere na qualidade de vida do paciente. Portanto o diagnóstico precoce, deve ser preconizado em todos os pacientes, preferencialmente na fase infantil, para que os hábitos sejam cessados, evitando que apareça deformidades craniofaciais.

Descritores: Respiração Bucal, Anormalidades Craniofaciais, Obstrução Nasal, Má Oclusão.

**ABSTRACT**

Dental surgeons are among the first healthcare professionals to contact oral breathing patients. It is important to know the changes caused by the mouth breathing syndrome (ORS), in order to indicate the correct conduct and referral for early diagnosis of the dysfunctions that may develop in these patients. ORS arises when breathing through the nose is largely replaced by mouth breathing. This alteration can be caused by airway obstruction, making it difficult for the air to pass through: larger than normal tonsils and adenoids, nasal septum deviation, nasal polyps, among others. When not treated properly and early, it may evolve to changes in craniofacial development, promoting skeletal changes such as: enlargement of the lower third of the face, narrow arch, ogival palate, dental malocclusion, which interferes with the patient's quality of life. Therefore, early diagnosis should be recommended in all patients, preferably in the infant phase, so that habits are stopped, preventing craniofacial deformities from appearing. Articles 2000 to 2019 were chosen that included the following descriptors: mouth breathing, craniofacial abnormalities, nasal obstruction, malocclusion.

Key Words: Oral Breathing, Craniofacial Abnormalities, Nasal obstruction, Bad occlusion.

**INTRODUÇÃO**

A respiração oral (RO) acontece, quando há a obstrução das vias aéreas e o paciente passa a respirar pela boca, devido à limitação da passagem de ar pelo nariz a respiração é substituída total ou parcialmente pela RO. (1,2,3) Tal hábito provoca diversas patologias sistêmicas respiratórias que prejudicam a saúde do indivíduo, como: predisposição a sinusites, pneumonias, gripes, roncos e apneias. (1,2,4)

Desde a infância podemos observar prejuízos no desenvolvimento da face e das arcadas dentárias, quando não são tratadas adequadamente estão mais predispostas a alterações crânio faciais. (2,5,6)

O diagnóstico da Síndrome do Respirador Oral (SRO) é clínico, uma anamnese detalhada, facilita a identificação das manifestações clínicas para a intervenção adequada e precoce. (6,7) Podem ainda ser realizados exames complementares como endoscopia nasal, polissonografia, telerradiografia dentre outros. (8) Sendo assim, é uma doença multifatorial, que necessita tratamento multidisciplinar, pois essa desordem gera consequências ocasionalmente irreversíveis sem o tratamento adequado. (2,3,6,7)

O objetivo dessa pesquisa foi descrever e informar as manifestações e alterações do paciente respirador oral. Realizou-se uma revisão literária de cunho narrativo por meio de pesquisa bibliográfica, exploratória em bases de dados nacionais e internacionais como: Scielo, Lilacs, BVS, Pubmed. Elegeram-se artigos 2000 a 2019 que contemplassem os seguintes descritores: respiração bucal, anormalidades craniofaciais, obstrução nasal, má oclusão.

**SÍNDROME DO RESPIRADOR ORAL**

A respiração nasal proporciona proteção das vias aéreas e o correto funcionamento do sistema estomatognático, crescimento e desenvolvimento do complexo maxilocraniofacial. (1,2,5,9,10) A respiração fisiológica caracteriza-se em inspirar pelo nariz e expirar pela cavidade oral, fazendo com que o ar respirado, passe pelas fossas nasais, proporcionando assim uma espécie de filtro do ar, retendo impurezas e controlando temperatura, chegando com características ideais até os pulmões. (4)

No entanto, quando o nariz não executa adequadamente suas funções, decorrente de vários fatores que levam a obstrução nasal, acontece uma limitação da passagem de ar pelo nariz e a respiração é modificada total ou parcialmente pela respiração oral. (1,4,11)

Ao respirar pela boca, o indivíduo oferece pouca proteção ao trato respiratório, e as impurezas entram diretamente nos pulmões. Tal hábito gera uma maior predisposição às infecções contidas no ar. Várias patologias podem acometer a cavidade nasal: rinites, desvios de septo, hipertrofia de adenoides e amígdalas, obstrução nasal, sinusites, resfriados, gripes ou corpos estranhos que são introduzidos na cavidade nasal, o que pode proporcionar a SRO ou algum distúrbio que possa prejudicar a respiração fisiológica. (3,4,6,7,9)

Problemas que afetam o sistema respiratório, podem desencadear diversos distúrbios em um indivíduo, desde alterações simples na postura corporal até interferências no crescimento craniofacial. Atualmente a SRO é considerada um problema de saúde pública, devido a várias adversidades que podem provocar no desenvolvimento do corpo humano de forma geral e na saúde do indivíduo. (6,8,9)

A SRO predispõe ocorrência de eventos respiratórios anormais e frequentes: dormir de boca aberta, salivação no travesseiro, roncos, prurido nasal, sono agitado e obstrução nasal. (3,5,7,10,12). Sendo o segundo hábito mais comum em crianças (entre 6 e 10 anos), porém essa síndrome, quando não corrigida e tratada na fase infantil, acometerá o indivíduo por toda a vida. (13)

Têm-se uma maior predominância pelo sexo, masculino, devido a presença de vias aéreas inferiores afuniladas, desencadeando rinite alérgica. (14)

**Etiologia**

Acontece, principalmente, quando há obstrução das vias aéreas superiores, por um intervalo maior que seis meses, podendo ocorrer devido a rinite alérgica, sinusite, ou por malformações: desvio de septo nasal, hipertrofia adenoideana e hipertrofia de cornetos nasais. (2,3,5,9,15). Pode ainda acometer sem qualquer tipo de obstrução, estando relacionando a hábitos cronicamente adquiridos e mantidos como sucção de dedo, mamadeira ou chupeta. (1,3,4,9)

**Sinais e Sintomas**

Os hábitos mais comuns e frequentes da (SRO) são dormir de boca aberta, roncos, prurido nasal, ardor na faringe, muco espesso na garganta, tosse contínua e obstrução nasal. (3,10,16) Os sinais e sintomas físicos que podem acometer o portador são: má postura, irritabilidade, sono agitado, insônia, olheiras profundas, e expressão de cansaço. (2,3,6,7)

Respirar pela boca de forma crônica, causa diversas alterações fisiológicas no indivíduo: e os distúrbios na fala, mediante à maleabilidade muscular da face, mal posicionamento da língua, devido alterações e limitações na evolução da cavidade oral. (1,4) Na alimentação é relatado que o RO tem favoritismo por alimentos macios e úmidos a mastigação é realizada com a boca entreaberta e deglutição rápida, para facilitar a respiração. (11,15)

Os prejuízos no desenvolvimento da face e das arcadas dentárias desencadeiam: palato ogival e atresia maxilar. Quando a respiração é fisiológica, a língua comprime o palato exercendo sua função natural, com isso há o seu arredondamento e a arcada superior se desenvolve corretamente, se tratando da RO, o paciente tem predisposição a permanecer de boca semi-aberta, a língua mantém-se no assoalho bucal, ocorre a passagem do ar em íntimo contato com o palato o que resulta à formação do palato ogival, onde o complexo craniofacial não se aprimora adequadamente, formando uma maxila em formato de V e atrésica, favorecendo o surgimento de overjet acentuada, mordida aberta e mordida cruzada, sendo estas características de maior frequência, devido ao incorreto crescimento das arcadas. (1,3,9)

Algumas alterações presentes em pacientes com SRO como: mordida aberta anterior, padrão de crescimento verticalizado, maxilar estreito e mandíbula retroposicionada prejudicam a mastigação e a deglutição. (1,11) Com o desenvolvimento assimétrico dos ossos e funcionamento incorreto dos músculos, pode surgir apinhamentos dentários, que associados ao perímetro do arco reduzido, ocasionam a má oclusão (3,11,13)

Os indivíduos portadores da RO têm a tendência de ampliar a orofaringe de forma involuntária, para facilitar a passagem de ar, reduzindo a pressão exercida. Ocorre a projeção do pescoço e a permanência constante de boca aberta, o que promove o desenvolvimento vertical da face, tornando o padrão de crescimento dolicofacial, a típica face adenoideana é uma característica comum em RO, o paciente tem tendência a ter lábios desidratados devido ao selamento labial insuficiente, olheiras profundas, e queixa de insônia, cefaleia durante a manhã, irritabilidade, sonolência devido ao sono noturno insatisfatório, cansaço físico e mental do indivíduo.

A predisposição do paciente em permanecer de boca aberta o que gera uma diminuição na quantidade salivar, a saliva têm um importante papel na microbiota bucal mantendo o equilíbrio. Essa insuficiência causa o aumento do índice de cárie e placa principalmente na região anterior, estudos também relatam a associação com halitose. (3,10,12)

 Estes sintomas interferem no crescimento ideal do indivíduo e compromete o raciocínio e concentração no dia-a-dia Relata-se na literatura, prejuízos nas funções cognitivas, em crianças tende a ter uma redução no desempenho escolar, alterações no humor e postural. (2,15)

**DIAGNÓSTICO**

 O diagnóstico da SRO é realizado por exames clínicos e complementares, uma criteriosa e detalhada anamnese, é essencial para correta conduta terapêutica. No exame físico, deve-se destacar a predisposição anatômica geral e detectar as alterações específicas capazes de serem corrigidas. (8)

 Através de suspeitas das manifestações clínicas e relatos pelo paciente ou responsável, o cirurgião dentista irá realizar o encaminhamento prévio, ao profissional capacitado. Comumente, o diagnóstico é constatado por um otorrinolaringologista em associação com outros profissionais, como fonoaudiólogo e ortodontista. (8)

 Para diagnóstico os exames mais utilizados são: endoscopia nasal, polissonografia, avaliação de alergias, telerradiografias. (8)

**Endoscopia nasal**

 Para diversos autores, a endoscopia nasal é o método mais autêntico, para analisar a hipertrofia de adenoides. Podendo ser realizada fora do ambiente hospitalar. (8)

**Polissonografia**

 A polissonografia é um método não invasivo, que analisa o padrão do sono por meio de sensores na superfície do corpo. É considerado padrão ouro para a avaliação do respirador oral. Porém outros rebatem a sua praticidade na rotina clínica, pelo custo e por sua dificuldade de ser analisada. (7)

**Avaliação de Alergias**

 A rinite alérgica é diagnosticada clinicamente, por um teste cutâneo, de baixo custo. (8)

**TRATAMENTO**

 O cirurgião dentista está cada vez mais próximo da SRO, sendo que esta condição médica, requer sua atuação e participação, tanto para o diagnóstico precoce, quanto para a terapia, através de aparelhos intrabucais ou com cirurgias bucomaxilofaciais, que visam a correção do fator causal da SRO. (1,8,15)

 Em geral, a abordagem necessitará ser multidisciplinar, pois trata-se de uma doença multifatorial, pode necessitar da participação envolvendo profissionais como clínico geral, endocrinologista, cardiologista, pneumologista, otorrinolaringologista, alergista, fonoaudiólogo, pediatra, fisioterapia e ortodontista/ortopedista. (1,4,7)

**Tratamento da Causa**

Previamente é realizado o tratamento da causa, as cirurgias determinadas para a (SRO) têm por finalidade, a remodelação dos tecidos moles da faringe, palato, amígdalas, pilares amidalianos e base da língua, e os que acometem o esqueleto que são maxila, mandíbula e hioide. Conforme o problema anatômico a ser solucionado e a gravidade da SRO, pode-se realizar mais de uma modalidade cirúrgica em uma mesma cirurgia ou de maneira sequencial em que as melhorias vão aparecendo. (8)

O tratamento cirúrgico, quando necessário e indicado, compete ao otorrinolaringologista mediante as obstruções das vias aéreas superiores, causando disfagia, alterações de fala e respiração, crescimento dentofacial e craniofacial anormal. As cirurgias sugeridas são cirurgias de adenotoncilectomia, amigdalectomia, adenoidectomia. (1,7)

**Tratamento das Consequências**

O tratamento das consequências é executado pelo profissional competente. A escolha adequada do tratamento varia de cada paciente, dependendo da gravidade da alteração craniofacial causada pela respiração oral. Cada condição demanda um tratamento específico que pode ser: aparelhos e/ou cirúrgico. (1,4,9,16,17)

O tratamento das consequências ocorre na fase adulta, quando não se consegue intervir de forma ortopédica, e são efetivos quando associados com a eliminação de fatores, que acentuam a síndrome como, hábitos parafuncionais: e de sucção digital. Os aparelhos ortodônticos, são utilizados como método de correção, estes não tratam a SRO, porém as consequências decorridas são amenizadas. As cirurgias ortognáticas são realizadas por bucomaxilos e são utilizadas para correção de alterações craniofaciais ou deformidades dento faciais que não puderam ser compensadas apenas com o tratamento ortodôntico. (8)

**CONCLUSÃO**

O desenvolvimento do presente estudo, possibilitou uma análise criteriosa a respeito da SRO, sendo de grande importância o diagnóstico precoce, para uma intervenção adequada. O encaminhamento ao profissional capacitado é relevante para o tratamento prévio, visando a qualidade de vida do indivíduo. É feito o tratamento da causa e posteriormente a terapêutica das consequências pelo cirurgião dentista e profissionais habilitados. Pois o Cirurgião-Dentista não trata a causa da RO somente as consequências criadas pela síndrome. Portanto esses indivíduos tendem a ter uma maior prevalência em patologias orais e alterações craniofaciais.

**AGRADECIMENTOS**

Ao nosso orientador Alexandre por nos orientar e dar o seu melhor para que o nosso trabalho fosse concluído com excelência. Aos nossos professores, Lia e Henrique, que aceitaram prontamente ao nosso convite para a banca e por todo o conhecimento já passado.

**REFERÊNCIAS**

1. Núcleo de Telessaúde NUTES. Quais os sintomas envolvidos e como manejar a síndrome da respiração oral [artigo online]. Pernambuco: Biblioteca virtual da Saúde-Atenção Primária à saúde [BVS-APS]; 2016 [acesso em 19.ago]. Disponível em: http://aps.bvs.br/aps/quais-os-sintomas-envolvidos-e-como-manejar-a-sindrome-da-respiracao-oral
2. Hitos SF, Arakaki R, Solé D, Weckx LL. Respiração oral e alteração de fala em crianças. J Pediatr. 2012 [acesso em 30 out 2018];89(4):361-365. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572013000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>
3. Cintra CFSC, Castro FFM, Cintra PPVC. As alterações orofaciais apresentadas em pacientes respiradores bucais. Ver. Bras. Alerg. Imunopatol. 2000 [acesso em 3 nov 2018];23(2):78-83. Disponível: <http://www.asbai.org.br/revistas/Vol232/alter.htm>
4. Leite MS, Leite AAC, Friedman H, Friedman I. A síndrome do respirador bucal com fatores de risco para quielite actínica. An Bras Dermatol. jan.-fev 2003 [acesso em 10 out 2018]; 78(1):73-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>
5. Lessa FCR, Enoki C, Feres MFN, Valera FCP, Lima WTA, Matsumoto MAN. Influência do padrão respiratório na morfologia craniofacial. Rev.Bras. Otorrinolaringol. 2005 [acesso em de out 2018];71(2):156-160. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992005000200007&script=sci_abstract&tlng=pt>
6. Abreu RR, Rocha RL, Lamounier JA, Guerra AFM. Etiologia, manifestações clínicas e alterações presentes nas crianças respiradoras orais. J.Pediatr. 2008 [acesso em 20 out 2018];84(6):529-535. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000700010>
7. Conti PB, Sakano E, Ribeiro MA, Schivinski CL, Ribeiro JD. Avaliação da postura corporal em crianças e adolescentes respiradores orais. J Pediatr. 2011 [acesso em 25 out 2018];87(4):357-363. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n4/v87n04a14.pdf>
8. Reis RP. Respirador Oral. [artigo online]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). [acesso em: 27 out 2019]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/RESPIRADOR_ORAL.pdf>
9. Hermann JA, Sakai APC, Frutuoso JRC, Frascino SVM, Hitos SF, Júnior MC. Características clínicas de crianças respiradoras orais. Pediatria Moderna. 2013 [acesso em 5 nov 2018];49(9):385-392. Disponível: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5494>
10. Koga CY, Unterkircher CS, Fantinato V, Watanabe H, Jorge AOC. Influência da síndrome do respirador bucal na presença de estreptococos do grupo mutans e imunoglobulinas anti-streptococcus mutans na saliva. Rev. Odontol.UNESP. 2016 [acesso em 21 out 2018];25(2):207-216. Disponível em: <http://www.revodontolunesp.com.br/article/588017797f8c9d0a098b474d>
11. Silva MAA, Natalini V, Ramires RR, Ferreira LP. Análise comparativa da mastigação de crianças respiradoras nasais e orais com dentição decídua. Rev.CEFAC. 2007 [acesso em 29 out 2018];9(2):190-198. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462007000200007>

1. Oliveira LR, Cortelli SC, Cogo K, Cortelli JR, Aquino DR, Franco GCN, et al. Prevalência de cárie, presença de biofilme e inflamação gengival em pacientes com síndrome de respiração bucal. R.Periodontia. 2019 [acesso em 21 out 2018];19(2):118- 123. Disponível em:

<http://revistasobrape.com.br/arquivos/junho_2009/artigo15.pdf>

1. Feres MFN, Enoki C, Sobreira CR, Matsumoto MAN. Dimensões do palato e características oclusais de crianças respiradoras nasais e bucais. Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada. 2009 [acesso em 25 out 2018]; 9(1):25-29. Disponível: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63712848004>

1. Boas APDV, Marson FAL, Ribeiro MAGO, Sakano E, Conti PBM, Toro ADC, et al. Teste de caminhada e rendimento escolar em crianças respiradoras bucais. Bras J Otorhinolaryngol. 2013 [acesso em 29 out 2018];79(2):212-218. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942013000200014>
2. Popoaski C, Marcelino TF, Sakae TM, Schmitz LM, Correa LHL. Evaluation from the quality of life in the oral breathers patients. Arq.int.otorrinolaringol. 2012 [acesso em 29 out 2018];16(1):74-81.Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-48722012000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>
3. Universidade de São Paulo (Disciplina de Otorrinolaringologia). Respirador Oral. [seminário online]. São Paulo: Otorrino USP, 2011

[acesso em: 09 ago 2019] Disponível em: <http://www.otorrinousp.org.br/imageBank/seminarios/seminario_72.pdf>

1. Suliano AA, Rodrigues MJ, Caldas AF, Fonte PP, Carreiro CFP. Prevalecia de maloclusão e sua associação com alterações funcionais do sistema estomatognático entre escolares. Cad Saude Publica. 2007 [acesso em 30 out 2018];23(8):1913-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2007000800018

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO**

Autorizamos a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, 19 de novembro de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Orientando

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Orientando

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Orientador

**DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA PÚBLICA**

Eu Ana Luiza Araujo Piau, matriculado sob o número 10692 da FPM, DECLARO que efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa Pública do meu TCC intitulado: Alterações Craniofaciais do Respirador Oral.

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical exigida no Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Patos de Minas.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Aluno Orientando**

**Graduando Concluinte do Curso**

**DECLARO,** na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está **AUTORIZADO** a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Professor(a) Orientador(a)**

**DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA PÚBLICA**

Eu Dayane Luiza Pereira, matriculado sob o número 10791 da FPM, DECLARO que efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa Pública do meu TCC intitulado: Alterações Craniofaciais do Respirador Oral

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical exigida no Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Patos de Minas.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Aluno Orientando**

**Graduando Concluinte do Curso**

**DECLARO,** na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está **AUTORIZADO** a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Professor(a) Orientador(a)**