

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

**ISABELA CRISTINA ANDRIOTTI
NICOLLE PERLATTI**

**ETIOLOGIA DAS MÁ S OCLUSOES RELACIONADAS
AOS HÁBITOS DELETÉRIOS**

BAURU
2011

**ISABELA CRISTINA ANDRIOTTI
NICOLLE PERLATTI**

**ETIOLOGIA DAS MÁIS OCLUSÕES RELACIONADAS
AOS HÁBITOS DELETÉRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências da
Saúde como parte dos requisitos para
obtenção de título de Dentista, sob
orientação da Prof.^a Maria Fernanda M.
Ortiz.

BAURU
2011

A573h	<p data-bbox="548 1245 841 1272">Andriotti, Isabela Cristina</p> <p data-bbox="548 1304 1279 1394">Etiologia de más oclusões relacionadas aos hábitos deletérios / Isabela Cristina Andriotti, Nicolle Perlatti -- 2011. 36f.</p> <p data-bbox="548 1425 1279 1482">Orientadora: Profa. Ms. Maria Fernanda Martins-Ortiz Posso</p> <p data-bbox="548 1514 1279 1577">Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Sagrado Coração – Bauru – SP.</p> <p data-bbox="548 1667 1279 1751">1. Hábitos deletérios. 2. Má oclusão. 3. Mordida aberta anterior. I. Perlatti, Nicolle. II. Posso, Maria Fernanda Martins-Ortiz. III. Título.</p>
-------	---

**ISABELA CRISTINA ANDRIOTTI
NICOLLE PERLATTI**

**ETIOLOGIA DAS MÁS OCLUSÕES RELACIONADAS AOS HÁBITOS
DELETÉRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção de título de Dentista sob orientação da Prof.^a Maria Fernanda M. Ortiz.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Mauricio de Almeida Cardoso
Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dra. Maria Fernanda M. Ortiz
Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dra. Solange de O. Braga Franzolin
Universidade do Sagrado Coração

Bauru, 30 de Junho de 2011.

Dedicamos esse trabalho aos nossos pais Claudinei A. Andriotti, Neusa P. L. Andriotti e Carlos João Perlatti, Maria Mandruzzatto que dedicaram toda a sua vida a nós, que propiciaram uma vida digna onde eu pudesse crescer, acreditando que tudo é possível, desde que sejamos honestos, íntegros de caráter e tendo a convicção de que desistir nunca seja uma ação contínua em nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por nós ter dado força e nos abençoado durante toda essa longa caminhada.

Agradecemos aos nossos pais, que sempre nos apoiaram e que são a base para nossa vida.

Agradecemos a todos os Professores, principalmente a nossa Orientadora Dr. Maria Fernanda M. Ortiz pela paciência, dedicação que tiveram com nós e que hoje são responsáveis pela nossa formação

Agradecemos a todos os nossos amigos que de alguma forma sempre estiveram presentes em nossas vidas, apoiando, motivando e pelos momentos de descontração vividos a cada dia.

Ao meu amigo André da Silva que muitas vezes acabou deixando o seu próprio trabalho de lado para poder nos ajudar a concluir esse trabalho, o nosso mais sincero muito obrigada.

“O dia está na minha frente esperando para ser o que eu quiser. E aqui estou eu, o escultor que pode dar forma a este dia.”
(Albert Einstein)

RESUMO

Este trabalho visa discutir as crenças existentes sobre os hábitos orais deletérios na infância ocasionando má oclusão.

Procuramos com a revisão de literatura levantar todas as causas que podem levar á esse vicio e principalmente os que aparecem associados. A partir de dados coletados na pesquisa, o hábito é superado até os quatro/ cinco anos de idade, sem ser prejudicial no desenvolvimento dos dentes e da maxila da criança. A maioria das mães geralmente só começa a se preocupar com a criança quando algum acontecimento de estranho ao ambiente familiar chama a atenção ou quando nota-se a falta antiestética que esse ocasiona nos dentes ou algum problema na fala. Atitudes como succionar o dedo e\ou chupeta são normais e fazem parte do nosso desenvolvimento. Porém quando esse ato se torna deletério deve-se levar em consideração o aspecto psicológico da criança. Realizou-se um levantamento teórico sobre o tema, enfocando opiniões distintas de vários autores, investigando definições básicas para o tema, as causas multifatoriais, características que esse hábito possa ocasionar, aspectos psicológicos e o tratamento que deve ser tomado ao diagnosticar o hábito deletério não nutritivo. Concluimos que o hábito é um reflexo natural da criança, podendo ser observado desde o período intra-uterino e se estendendo por um longo período de tempo do bebê, onde o chupar o dedo, pulsos, mãos e tudo o que a boca alcança é um ato instinto. A criança sente prazer e precisa dele para se desenvolver emocionalmente. Porém com as evoluções que o mesmo passa, superar esse vicio é importante para o bom funcionamento do sistema estomatognático. O tratamento deve ser individualizado para cada caso, pois a retirada do hábito pode der capaz de provocar malefícios à vida da criança. E deve-se lembrar que o mesmo hábito tanto pode ser prejudicial para uma criança (dentes, fala, respiração, estética, desenvolvimento emocional, etc.) como de grande valia para outra criança (aspecto afetivo, desenvolvimento e adequação do sistema estomatognático e funções orais,etc.).

Palavras-chave: Hábitos deletérios. Má oclusão. Mordida Aberta Anterior.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 MÁ OCLUSÃO	13
3.2 HÁBITOS DELETÉRIOS DE SUCÇÃO DIGITAL E CHUPETA	16
3.3 CARACTERÍSTICAS BUCAIS E MANOBRAS PARA ELIMINAÇÃO DOS MAUS HÁBITOS ORAIS	21
4 DISCUSSÃO	28
5 CONCLUSÃO.....	32
6 REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como principal objetivo discutir a etiologia das más oclusões relacionadas aos hábitos deletérios. Mais especificamente abordaremos os hábitos de sucção (não-nutritivos) digitais e da chupeta, considerados normais em certo período de tempo e anormais quando o indivíduo passa a exercer esse hábito compulsivamente. Sabemos que má oclusão é multifatorial, mas dentro dessa cadeia de fatores, a sucção passou a ser uma preocupação para o ortodontista. Pois quando a criança executa esse hábito de sucção com intensidade frequência e duração de forma prolongada durante o desenvolvimento e crescimento craniofacial após os quatro anos de idade, ocorrerá uma mudança de estética, forma e função da boca, conseqüentemente a possível produção e persistência da má oclusão. Não menos importante é o aspecto psicológico da criança, que deve ser acompanhado por profissionais, pois se deve descobrir a causa dessa dependência e compulsão pelo hábito. (MOYERS, 1991).

Entende-se por Oclusão as relações de mordida entre as arcadas superiores e inferiores que resultam em: mastigação satisfatória, saúde periodontal, estética aceitável, ausência de desconforto na ATM (Articulação Temporo Mandibular) e dicção razoável. Fica mais fácil entendermos o termo má oclusão, que por sua vez, constitui uma anomalia do desenvolvimento dentário e/ou dos arcos dentários, ocasionando problemas estético-funcionais, tendo como causas mais comuns as condições funcionais adquiridas. (Tomita NE, Bijela VT, Franco LJ, 2000). Atualmente, má oclusão é considerada um problema de saúde pública, com alta prevalência, podendo interferir negativamente na qualidade de vida, prejudicando a interação social e o bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos.

Os pacientes buscam os especialistas para tratamento, quando percebem uma aparência antiestética do sorriso e dentes ou má função; mas o que é má função para um paciente não necessariamente incomoda o outro. (MOYERS, 1991).

”Todos os hábitos são padrões de contração muscular aprendidos de natureza complexa. Certos hábitos servem como estímulo ao crescimento normal dos maxilares; por exemplo, a ação normal dos lábios e a mastigação”. (MOYERS, 1991).

Porém temos que diferenciar os hábitos que possam interferir no padrão regular de crescimento facial, e mais especificamente para esse trabalho, os que estão envolvidos na etiologia da má oclusão.

Por esse motivo ressalta-se a distinção de hábitos normais e deletérios. Sendo o primeiro uma disposição douradora adquirida pela repetição de um ato, uso ou costume. Que contribuem para o estabelecimento de uma oclusão normal e favorecem a liberação do potencial de crescimento facial em toda sua plenitude sem desvios. Já o segundo, é quando as funções bucais constituem fatores etiológicos em potencial na deterioração da oclusão e na alteração do padrão normal de crescimento facial, como: respiração bucal, funções anormais da língua durante a deglutição e fonação, sucção de dedo e/ou chupeta prolongados, interposição labial, etc...

O hábito de sucção digital ou chupeta é considerado plenamente normal até os três - quatro anos de idade, fazendo parte do desenvolvimento emocional das crianças e não trazendo conseqüências prejudiciais permanentes para a oclusão, não devendo motivo de preocupação para os pais ou o profissional dentista. Nenhuma intervenção clínica ou emocional deve ser realizada nesse período; pois a criança tem uma forte tendência em abandoná-la espontaneamente de acordo com o seu amadurecimento.

A fase que deve preocupar os pais e os dentistas é quando após os três anos de idade esse hábito se torna vicioso, afetando a oclusão, o psicológico e causando distúrbios fonoaudiológicos da criança. (CAVASSANI, 2003). É a partir desse momento que pode provocar deformidades nos arcos dentários, provocando as seguintes más oclusões: Mordida aberta anterior, Mordida cruzada posterior e Palato ogival ou profundo.

Assim, o acesso às especialidades envolvidas no tratamento dessas disfunções devem estar disponíveis em serviços públicos e privados, para populações de baixa renda e os que possam pagar.(CAVASSANI, 2003), pois segundo Silva Filho *et al.*(1990),as más oclusões são considerados um problema de saúde pública em todo o mundo, registrado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

2. OBJETIVO GERAL:

Discutir a etiologia da má-oclusão inter-relacionado com os hábitos deletérios de sucção digital e da chupeta, com ênfase nas características bucais desses indivíduos.

2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO:

Realizar revisão de literatura sobre a etiologia da má-oclusão inter-relacionado com os hábitos deletérios de sucção digital e da chupeta.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 MÁ OCLUSÃO

A história da ortodontia faz menção a várias classificações das maloclusões. A autoria de **Carabelli (1842)**, era a seguinte: mordex normalis (normal), mordex rectus (de topo), mordex apertus (aberta), mordex prorsus (protuida), mordex retrosus (retruída) e mordex tortuosus (cruzada).

Wylie (1947) define má oclusão como uma relação alternativa de partes desproporcionadas. As alterações envolvidas podem afetar quatro sistemas simultaneamente: dentes, ossos, músculos e nervos. Determinados casos mostram irregularidades apenas na posição dos dentes. Outros podem apresentar dentes alinhados ou bem posicionados existindo uma relação basal anormal.

Algum tempo mais tarde, mais precisamente em **1899**, **Angle** publica em um artigo a classificação das más oclusões. Essa se fixou na ortodontia resultando em três categorias básicas, que se diferenciam da oclusão normal. As classes de má oclusão foram divididas em I, II, e III (com algarismo romano).

De acordo com vários pesquisadores da metade do século, um em cada quatro indivíduos apresentava má oclusão que requeria um tratamento ortodôntico. Essa incidência atualmente tem aumentado progressivamente. Angle considerou (1) as relações méso-distais dos maxilares e arcos dentários, indicadas pelas relações dos primeiros molares superiores e inferiores entre si e (2) a posição de cada dente individualmente em relação à linha de oclusão.

Classe I- A oclusão dos primeiros molares permanentes deve ser correta, isto é, com a cúspide méso-vestibular do superior, ocluindo no sulco méso-vestibular do inferior.

Classe II- Neste grupo, o arco dentário inferior se encontra em relação distal ao superior, situação que pode ser observada pelo exame da oclusão dos primeiros molares. Neste caso, a cúspide disto-vestibular do primeiro molar superior oclui com o sulco méso-vestibular do molar inferior, podendo ocorrer, uma situação mais para distal. A intercuspidação dos demais dentes, registra esta relação posterior, de tal forma que é válido afirmar-se que o arco dentário inferior se encontra distalmente relacionado ao superior. Essa classe pode apresentar subdivisão como divisão um e dois.

Classe III - Estão classificadas as maloclusões nas quais os primeiros molares inferior encontram-se, de um só lado (subdivisão) ou em ambos, mesialmente situado em relação ao seu antagonista. Os dentes anteriores inferiores podem apresentar cruzamento e, geralmente, mostram-se excessivamente inclinados para lingual. Também são freqüentes as malposições individuais e o arco superior pode mostrar-se atresiado e a língua afastada do palato. Os incisivos superiores podem mostrar alguma inclinação lingual, e podemos encontrar apinhamento e bloqueio dos caninos superiores. A classe III pode ser uni ou bilateral.

Segundo Silva Filho et al., (1990) um estudo epidemiológico composto por 2016 crianças, de etnia brasileira, entre 03 e 06 anos de idade na cidade de Bauru-SP teve o propósito de verificar a prevalência dos hábitos bucais de sucção na dentadura decídua completa e dos distintos tipos de má oclusões deles decorrentes. A amostra foi realizada em 8 pré-escolas particulares e 12 pré-escolas públicas do município de Bauru-SP, sendo 1032 do gênero masculino e 984 do gênero feminino. Os hábitos bucais de sucção estiveram presentes em 48,86% das crianças, sendo mais prevalentes no gênero femininos (54,37%) e nas pré-escolas públicas (54%). As crianças com o aumento da idade demonstram um maior desinteresse e dependência do hábito. Sendo que a mamadeira (29,96%) e chupeta (28,95%) foram os mais difundidos, seguidos pelo uso do dedo (9,72%). A mordida aberta anterior (50,76%) foi a má oclusão associada aos hábitos mais presente, seguida pela mordida cruzada posterior (18,88%) e pela associação entre mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior (10,35%). Neste estudo não foram constatados nenhum vínculo entre hábitos bucais de sucção e relação dentária de classe II. Porém a alta prevalência das má-oclusões levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considerá-la como terceiro problema de saúde pública em todo o Mundo.

Posteriormente, **MOYERS (1991)** sugeriu uma Equação Ortodôntica para interpretação da etiologia das má oclusões, a qual representava uma expressão concisa do desenvolvimento de todas as deformidades dentofaciais. Onde uma determinada causa atua por certo tempo em um determinado local, produzindo um resultado. Essa é uma expressão dos postulados de Koch, porém seria muito simples aplicá-la aos problemas de desenvolvimento com as enfermidades específicas, pois existem poucas causas específicas de maloclusões precisas. Por isso afirma-se que nem sempre a mordida aberta anterior é causada pelo hábito de sucção do

polegal,mas a tuberculose por exemplo, será sempre causada pelo Mycobacterium tuberculosis.

Renato Rodrigues de Almeida et al., (2000) discutiram os fatores etiológicos das más oclusões, expondo o aspecto multifatorias das mesmas, desde que para o desvio da normalidade,participam conjuntamente as causas hereditárias, as congênitas, as adquiridas de ordem geral ou local,assim com os hábitos com os hábitos bucais. O assunto ganha importância ao diagnosticar e remover os fatores causais das más oclusões podendo preveni-las precocemente ou garantindo a estabilidade da correção ortodôntica. Como essa anormalidade não depende de um único fator predisponente o presente trabalho discutiu que esses podem influenciar no crescimento e desenvolvimento dos maxilares suscitando em más oclusões.

Flávio Vellini Ferreira (2001) oferece várias abordagens sobre más oclusões. E desde o início do século várias classificações de Más oclusões foram surgindo, como as de:

- Korkhaus (1939), onde os fatores etiológicos podem ser classificados em os de origem endógena e exógena.
- Salzmann, em 1966, divide esses fatores em pré-natais e pós-natais.
- Begg, em 1965, classifica sob três ângulos fundamentais: o papel da hereditariedade, a persistência de “overbite” dos incisivos permanentes e outras causas e efeitos das más oclusões.
- Graber, em 1966, dividiu os fatores etiológicos em dois grupos: intrínsecos ou locais, da responsabilidade do dentista, e extrínsecos ou gerais, dificilmente resolvidos pelo profissional.

3.2 HÁBITOS DELETÉRIOS DE SUCÇÃO DIGITAL E CHUPETA

Aranha Galvão (1986) em seu livro divide o hábito de sucção em três fases:

- 1ª. Fase – Com significação sub-clínica (até 3 anos);
- 2ª fase – Com significação clínica (3 a 6 ou 7 anos),e,
- 3ª fase – Sucção não tratada (persistência após os 4 anos de idade).

A primeira é conhecida como a época do desmame, onde toda a criança demonstra uma tendência á sucção do polegar ou outros dedos. Sendo que a substituição pro

chupeta torna o problema bem menos prejudicial do que a sucção de dedos. A sucção, estendendo-se até os 7 anos de idade (2ª fase), merece maior atenção por parte do clínico, pois pode ser o início de uma possível ansiedade significativa e uma boa época para tratar problemas relacionados á sucção. A terceira fase pode se transformar em problema de solução difícil por envolver ou comprovar outras conseqüências, além da maloclusão. Normalmente indica o início imediato de um tratamento psicológico e ortodôntico. O cirurgião dentista deve estabelecer uma relação harmoniosa com a criança, sem envergonhá-la, sem ameaças, preferencialmente longe dos pais, procurar conhecer bem as atitudes com relação ao hábito. Mostrar fotos de crianças que também estão fazendo tratamento para esse hábito, bem como os resultados do tratamento. Esperar de dois a três meses para ver se ela vai fazer tudo o que pode por si mesma. Ao contrário, faça com que o paciente perceba o interesse de um adulto em ajudá-la e que está muito interessado nisto. Se a criança estiver na fase dois, o passo do tratamento será mais avançado com a instalação de um aparelho corretor de hábito e, se estiver na fase três, deverá consultar o médico. O aparelho para corrigir o hábito não deve impedir a atividade muscular normal e permitir dispensar outros artifícios para lembrar a necessidade de seu uso, não envergonhar a criança em usá-lo e não envolver qualquer atitude dos pais no processo. O aparelho ideal consta em um arco lingual com extensões soldadas em determinadas posições. Deve estar fora da via de funcionamento normal da boca e conter extremidades pequenas e suficientemente aguçadas para desencadear sinais aferentes de desconforto toda vez que for introduzido na boca.

Silva Filho et al., (1986) descreveram em seu trabalho focando no campo da Odontologia, que hábitos de sucção bucais referem-se a toda ação controlada ou exercida pela musculatura intrabucal e peribucal, portanto correspondem as funções bucais. Baseando nos efeitos dos hábitos bucais deletérios é fato conhecido que as forças musculares anormais, persistentes, oriundas desses hábitos, atuando no período de crescimento da criança, distorcem a forma dos arcos dentários e imprime na maxila uma morfologia alterada. No século XIX, a literatura odontológica, apresentada pelos textos de Imrie (1834), Nasmyth (1839) e McQuilan (1863), já mencionavam os hábitos de sucção e, apesar dos poucos recursos científicos disponíveis na época, a arguta observação clínica dos primeiros investigadores já permitiu determinar a influência adversa desse hábito sobre o desenvolvimento dos

arcos dentários e crescimento da face, sendo que hoje os autores são unânimes em considerar os hábitos de sucção como fatores etiológicos da má oclusão, dependendo até que idade da criança esse hábito é freqüente.

A época do aparecimento dos hábitos de sucção digital tem alguma significância para (**Moyers,1991**),pois aqueles que surgem logo nos primeiros anos de vida são geralmente ligados com problemas alimentares, sucção digital é praticada por muitas crianças devido a várias razões;entretanto, se não estiver diretamente envolvida na produção ou manutenção da maloclusão,provavelmente não deve constituir uma preocupação clínica para o dentista.

Quase todos os hábitos são superados até os 3 ou 4 anos de vida. Porém deve-se lembrar que algumas crianças praticam o hábito de sucção digital sem qualquer deformidade dentofacial evidente, mas também é verdade que a pressão que exerce o hábito pode ser causa de maloclusão grave. Algumas crianças começam a sugar o polegar ou outro dedo até que este seja usado como um artifício de dentição durante a erupção do molar decíduo. Mais tarde, as crianças podem usar a sucção como liberação de tensões emocionais. Todos os hábitos devem ser estudados por suas implicações psicológicas, pois podem estar relacionados a fome,satisfação do instinto de sucção, insegurança ou mesmo um desejo de atrair atenção.

O hábito de sucção pode ser um fator de interferência no desenvolvimento dos maxilares, podendo favorecer o aparecimento de uma má oclusão, dependendo de fatores como: duração, freqüência, intensidade e padrão facial. Para a eliminação desses hábitos deve se analisar o paciente em um contexto geral e tendo uma participação multidisciplinar como a participação dos familiares. Sendo que, todos os hábitos de sucção digital devem ser estudados em virtude de suas implicações psicológicas, pois podem estar relacionados á fome, á satisfação do instinto de sucção, á insegurança ou mesmo a um desejo de atrair atenção, motivado por algum acontecimento vivido.

Para Eros Petrelli (1994). A sucção após os quatro anos de idade pode desencadear algumas alterações, como: Retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar, mordida aberta, musculatura labial superior hipotônica, musculatura labial inferior hipertônica, atresia do palato, interposição de língua, atresia do arco superior, respiração bucal, calo ósseo na região do polegar.

O mesmo autor sugere duas teorias sobre a sucção do polegar, sendo a teoria psicanalítica que está associada ao prazer e a teoria comportamental que esse hábito seja apenas um padrão de comportamento aprendido sem qualquer causa fundamental ou qualquer problema emocional ou psicológico.

De acordo com a literatura consultada por **VALDINÊS G.S.CAVASSANI, et al., (2003)** os hábitos orais de sucção tem sido fonte de estudo pelos danos que podem causar em toda morfologia e função do sistema estomatognático, sendo comumente iniciados e observados na infância. Alguns fatores como, emocionais e nutricionais podem contribuir para a manifestação desses hábitos. O objetivo deste trabalho foi verificar as alterações fonoaudiológicas, odontológicas e otorrinolaringológicas em crianças de baixa renda portadoras de hábitos de sucção. Foram avaliadas nove crianças (01 menino e 08 meninas) com idades entre 5 a 9 anos durante o I Multirão da Comunicação realizado no Hospitel, São Paulo, no dia 27 de outubro de 2001. O resultado desta pesquisa foi que o distúrbio fonoaudiológico mais comum foi o articulatório (55,56%), seguido pelo distúrbio de motricidade oral (33,33%). A mordida aberta esteve presente em 8 casos (88,89%). Com relação ao tipo de respiração apresentou-se 7 casos de respiração bucal (77,78%). Nesta pesquisa conclui-se que os hábitos orais foram capazes de promover alterações fonoaudiológicas, odontológicas e otorrinolaringológicas. Em crianças de baixa renda, medidas de promoção de saúde devem ser lançadas visando eliminar os fatores responsáveis pela origem dos hábitos orais viciosos de sucção, tais como: alimentação e educação. Além de medidas de tratamento multidisciplinar, devem ser estabelecidas fonoaudiologia, ortodontia, otorrinolaringologista em saúde pública, solucionando esses problemas perceptíveis na infância.

Neiva, et al., (2003) levantaram uma pesquisa sobre: Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. O objetivo foi focar o que o desmame precoce acarreta na oclusão, respiração e aspectos motores orais das crianças. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica relacionada à área de Pediatria, Odontologia e Fonoaudiologia, através do Medline entre o ano de 1960 a o ano 2001. Pode-se observar a partir da literatura levantada que o desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, podendo prejudicar as funções de deglutição, respiração, mastigação, articulação dos sons e fala, ocasionar má oclusão, respiração oral e alteração motora oral. Conclui-se que

além dos benefícios que o aleitamento materno trás, este contribui para o desenvolvimento motor-oral adequado e previne alterações fonoaudiológicas.

Tanaka et al., (2004) afirmaram no trabalho de pesquisa que o hábito de sucção é um reflexo natural que ocorre desde o período intra-uterino, sendo que essa sucção nos primeiros anos de vida, pode ser considerada normal, porém, se o hábito persistir durante um período maior de tempo pode ser tornar nocivo. Quando a criança recebe o aleitamento natural por mais de quatro meses a tendência de desenvolver hábitos de sucção é menor. A maioria dos hábitos são superadas até o 3° ou 4° anos de vida (Bishara,2001;Moyers,1991;Sassouni,Forrest,1971),mas existem,ainda algumas crianças que permanecem com eles,e estas foram divididas em dois grupos: as que querem e as que não querem parar com o hábito (Proffit,Fiedls,1995;2000). Dentre todos os efeitos causados pela sucção, a mordida aberta anterior é a má oclusão mais freqüente. Sendo que essa é a falha que um ou mais dentes para encontrar seus antagonistas na arcada oposta. O hábito de sucção pode ser um fator de interferência no desenvolvimento dos maxilares, podendo favorecer o aparecimento de uma má oclusão, dependendo de fatores como: duração, freqüência, intensidade e padrão facial. Para a eliminação desses habito deve se analisar o paciente em um contexto geral e tendo uma participação multidisciplinar como a participação dos familiares. Sendo que, todos os hábitos de sucção digital devem ser estudados em virtude de suas implicações psicológicas, pois podem estar relacionados á fome, á satisfação do instinto de sucção, á insegurança ou mesmo a um desejo de atrair atenção, motivado por algum acontecimento vivido.

Sertório, et al., (2005) realizaram um estudo para conhecer as representações sociais sobre a chupeta, por parte das mães cujos filhos fizeram uso desse objeto. Pois mesmo sendo proibida a divulgação do uso de bicos e mamadeiras na maternidade, é alta a freqüência do seu uso pelas crianças brasileiras. O método utilizado pelo autor foi com as mulheres que deram a luz num hospital de ensino, na cidade de São Paulo, que proíbe a oferta de chupeta durante a internação. Foram realizadas entrevistas não-estruturadas e individuais, transcritas na íntegra e organizadas para análise. Os resultados evidenciaram representações maternas de que a chupeta: “Simboliza a criança”; “É um calmante para a criança e ajuda a mãe”; e “ Seu uso é passado pelas gerações”.

Conclui-se que a chupeta é uma alternativa para confortar e acalmar os filhos em momentos de agitação ou quando ela não pode atendê-lo.

Serra-Negra JMC, et al., (2006) desenvolveram um trabalho para verificar o relacionamento entre os hábitos bucais das mães e os hábitos bucais dos filhos. Os hábitos orais deletérios podem ser divididos em: sucção não nutritiva (sucção de chupeta, sucção digital); hábitos de morder (objetos, onicofagia e bruxismo) e hábitos funcionais (respiração bucal, deglutição atípica e alteração de fala). Estes são considerados como fatores etiológicos de más oclusões. Através de um formulário pré-testado, desenvolveu-se um estudo epidemiológico de 208 mães na sala de espera das clínicas coordenadas pelo Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da FOUFMG. Observou-se que a chupeta foi o hábito mais prevalente na infância tanto nas mães quanto nas crianças (46,6% e 65,4% respectivamente). Nos dois grupos a onicofagia foi o hábito mais prevalente (38,7% -mães e 32,7%-crianças). Os filhos cujas mães chuparam chupeta na infância apresentaram uma maior predisposição a esse hábito do que as que não apresentaram este hábito. O presente trabalho encontrou uma associação entre os hábitos bucais das mães e das crianças, havendo uma tendência de repetição destes pelos filhos. A maioria das mães tem conhecimento de que os hábitos bucais deletérios trazem prejuízos á conformação das arcadas dentárias, porém a repetição destes costumes pelos filhos foi freqüente.

Malheiros de Farias, et al., (2010) verificaram as estratégias de retirada dos hábitos orais deletérios de sucção nas crianças do Programa de Saúde da Família (PSF) EM Olinda, PE. O estudo foi realizado com 90 crianças na faixa etária entre 2 aos 11 anos,acompanhadas pela equipe de Fonoaudiologia da Funeso, no PSF de Jardim Frágoso,duante o ano de 2007. Nesta pesquisa focou-se em abranger os malefícios originados pela utilização prolongada desses hábitos, aplicação de questionário direcionado aos pais ou cuidadores e ás crianças e a avaliação clínica, com controle da remoção dos hábitos nas crianças, em um período de 30 dias. Das crianças avaliadas obteve-se o resultado 53,3% eram do sexo masculino e 46,7% do sexo feminino.Os entrevistados apresentavam hábitos orais deletérios; em que 48,9% possuíam apenas um tipo de hábito; e 46,7% e 4,4%, respectivamente, dois e três tipos de hábitos associados. O uso da chupeta apresentou 52,2%;50% para o uso das mamadeiras e 22,2% para a sucção digital. Trinta dias após a intervenção, 26 crianças da amostra haviam removido esses hábitos. No estudo presente

adotaram-se estratégias fundamentadas nessas etapas, mas em acordo os princípios que regem a atuação do fonoaudiólogo e do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. As estratégias empregadas alcançaram a remoção de todos os tipos de hábitos apresentados, na distribuição estabelecida necessitando-se de controle por um tempo maior nesse sentido.

Gonçalves, et al., (2010) em sua pesquisa relatou que os hábitos bucais como sucção de dedo, pode ser comum e ocorrer de uma forma transitória. Porém quando esses excedem a tolerância fisiológica, o sistema pode entrar em colapso e prejudicar a saúde dos indivíduos. Frequentemente, os dentistas que lidam com crianças e adolescentes são questionados a respeito da etiologia, prevalência e efeitos do bruxismo e hábitos bucais. É importante que os profissionais estejam informados sobre os recentes estudos e as variáveis associadas a essas atividades. O presente estudo avaliou a relação do bruxismo com os fatores oclusais e hábitos bucais, através de exame clínico e preenchimento de questionários pelos responsáveis em alunos da rede pública da cidade de Brasília\DF. Um grupo de 680 escolares, de ambos os gêneros, na faixa etária de 4 a 16 anos, foram aleatoriamente selecionados. Os dados foram coletados através de avaliações clínicas e aplicação de questionários aos responsáveis pelos alunos. Os aspectos morfológicos da oclusão foram avaliados segundo a classificação de Angle e critérios para a dentadura decídua, de Foster e Hamulton (1969). As mordidas cruzadas anterior e posterior uni ou bilateral, foram avaliadas. A prevalência do bruxismo foi de 43%, enquanto 57% apresentavam má oclusão. Os hábitos bucais foram observados em 53%. A prevalência da má oclusão aumentou de 42,6% na dentadura decídua para 74,4% na dentadura permanente. Avaliação dos resultados indicou que houve relação estatisticamente significativa entre bruxismo e hábitos bucais. A sucção da chupeta se mostrou relacionada ao bruxismo.

3.3 CARACTERÍSTICAS BUCAIS E MANOBRAS PARA ELIMINAÇÃO DOS MAUS HÁBITOS ORAIS

Silva Filho et al., (1986) publicaram que não existe um padrão único definido para a sucção digital, mas, via de regra, o dedo mais frequentemente sugado é o polegar. Normalmente o dorso deste dedo apóia-se sobre os incisivos inferiores e a

superfície palmar faz contato com a palatina podendo criar uma pressão para vestibular sobre os incisivos superiores e processo alveolar. Quando o dedo é apenas levado à boca, teremos um obstáculo mecânico que se interpõe à oclusão dentária, impedindo a irrupção completa dos dentes pela presença do dedo. Parece claro que, além da clássica tríade de GRABER (1958) que define os fatores relacionados com hábitos entre si, a resistência alveolar e o padrão dentofacial representam elementos ponderáveis na determinação da má-oclusão. A alteração mais comum é a mordida aberta anterior circular, que nem sempre é assimétrica, dependendo da posição em que o dedo ou chupeta é mantido na boca. Essa mordida aberta provavelmente é atribuída a uma redução no crescimento vertical no segmento anterior do processo alveolar da maxila e mandíbula. Os incisivos superiores sempre estão protuídos e inclinados para vestibular. Já os inferiores não apresentam um comportamento tão semelhante, podendo se encontrar inclinados para lingual, verticalizados ou inclinados para vestibular. Essa variação está associada à pressão que o dorso do dedo pode exercer para lingual bem como a pressão para vestibular exercida pela língua durante a sucção do dedo ou pelo pressionamento lingual atípico na fala e deglutição. No segmento posterior do arco dentário a má oclusão, quando presente, se manifesta sob a forma de atresia maxilar com mordida cruzada posterior uni ou bilateralmente. A atresia é provocada pelo fato que ao tocar o palato, o dedo toma o lugar antes ocupado pela língua e a contração excessiva e anormal das bochechas contra o segmento do arco, na ausência relativa da língua, comprime os processos alveolares superiores. Devemos lembrar que o hábito de sucção não compromete o segmento posterior da no sentido ântero-posterior, a relação classe II representa uma entidade totalmente à parte e independente do hábito, esta relacionada à genética, podendo ser apenas agravada pelo hábito. Os efeitos dos hábitos de sucção não se limitam a irregularidades estruturais, acompanhando as alterações morfológicas encontramos os distúrbios relacionados com as funções desempenhadas pela língua, conhecido como pressionamento lingual atípico. Esse pressionamento pode ser definido como a interposição da língua entre os incisivos durante a deglutição, fala e às vezes durante a postura de repouso. O que ocorre na maioria das vezes, nos casos de hábitos de sucção, é que a língua se acomoda na mordida aberta anterior causada pelo hábito, ou seja, ele se adapta a alteração morfológica pré-existente. Essa situação, que nos denominamos de pressionamento lingual secundário, pode ser um

dos fatores responsáveis pela perpetuação da mordida aberta anterior mesmo quando o hábito de sucção é abandonado espontaneamente e considerado primário quando por si só ela causa a mordida aberta anterior.

Tomasi et al.,(1994) em seu trabalho sobre: Padrões e determinantes do uso de chupeta em crianças relatam que é um hábito infantil bastante difundido em nosso meio, apesar de seus efeitos negativos sobre a amamentação e a dentição. Realizou-se um estudo transversal com 354 crianças menores de dois anos em duas vilas da periferia urbana de Pelotas, RS. As maiorias das crianças usavam chupeta (79%), e 15% nunca haviam utilizado e 6% já tinham abandonado o hábito. Observou que entre os usuários, 38% passavam a maior parte do tempo fazendo o uso da chupeta. Constatou-se que cerca de dois terços das crianças, a chupeta foi oferecida no primeiro dia de vida. Os usos das chupetas foram mais frequentes entre crianças mais jovens de idade entre filhos de mães de menos escolaridade e entre crianças não amamentadas.

Casanova (1998) aconselha o uso da chupeta como forma preventiva contra o hábito de sucção digital, mas, para evitar os danos causados pelo seu uso prolongado. Também é necessária a troca periódica da chupeta ortodôntica, por motivos de higiene, deformidade do bico e dependência afetiva da criança (ao odor e textura). O uso da chupeta até os três anos e seis meses de idade não produz danos.

A mesma autoria acredita-se que para termos resultado eficiente na eliminação dos hábitos, é necessário pesquisar a causa junto ao paciente para saber o que leva a sugar o dedo ou a chupeta. É preciso compreender os pacientes não os ridicularizando, através de consultas psicológicas; esclarecer á família os motivos do paciente e mostrar a importância do seu apoio e compreensão; despertar nele a vontade de mudar; insistir ao máximo na retirada do hábito, antes da adoção de aparelhos. Em relação á chupeta o esperado é que a criança elabore suas frustrações, amadureça emocionalmente, adquira outros interesses e abandone o dedo. É importante que a família tenha paciência com a criança que vivencia um momento que pode ser passageiro. Crescendo, a criança se percebe diferente dos amigos. Os responsáveis devem aproveitar o momento e abrir os horizontes propondo-lhe outras fontes de prazer saudáveis.

Tanaka, et al. ,(2004) em seu presente estudo levam algumas características bucais dos pacientes portadores do vício da sucção deletéria. Se o

hábito de sucção digital persistir além da época do início da irrupção dos dentes permanentes, o resultado será de uma má oclusão caracterizada por incisivos superiores separados e projetados; mordida aberta anterior; arcada dentária superior e assoalho mais estreitos e abóboda palatina profunda, em função do transtorno no sistema de forças do complexo nasomaxilar, impossibilitando ao assoalho nasal estabelecer o crescimento vertical normal.

Podem, ainda, estabelecer-se: relação classe II de canino; relação molar de degrau distal; mordida cruzada posterior; incompetência labial; pressão da língua aumentada e defeitos na fala. Várias são as condutas para eliminar o hábito, porém muitas são contraditórias e algumas até mesmo radicais. Na época em que a irrupção dos incisivos permanentes se aproximarem, a mais simples terapêutica para sua remoção é uma conversa franca entre a criança e o profissional. Se a abordagem falhar, um sistema de recompensa pode ser estabelecido, até o completo abandono do hábito e a participação dos integrantes da família são fundamentais para a tentativa de eliminá-lo. Os aparelhos auxiliares de eliminação do hábito de sucção digital não deverão: oferecer restrição, por mais normal que seja à atividade muscular; depender de ninguém para lembrar o seu uso; provocar vergonha quando usados; e envolver os pais. Os aparelhos removíveis são contraindicados para esse tratamento, pois a falta de cooperação é parte do problema, embora uma placa palatina como “substituição” ao hábito possa ser preconizada. Da-se preferência aos aparelhos fixos (botão palatino tipo Nance; arco lingual superior, especialmente o quadri-hélice, arco lingual superior com um grampo ou grade palatina fixa ou removível; as pontas ativas ou “piquitos”, quando se tem mordida aberta anterior associada à deglutição atípica), porque não necessitam da colaboração dos pacientes para serem utilizados, e as grades são efetivas na eliminação do hábito de sucção de dedos em 85% a 90% dos pacientes. Outras tentativas para corrigir estes hábitos são as utilizações de esparadrapos nos dedos e luvas especiais que impeçam a sucção. Estes devem ser usados por iniciativa própria e esclarecer a sua importância à criança.

Janson, et al., (2004) a grade palatina é muito importante na correção da mordida aberta anterior na dentadura decídua ou mista, pois age passivamente impedindo a sucção digital e a interposição lingual. Esse tipo de aparelho não exerce nenhum tipo de força aos dentes e possui boa aceitabilidade por parte do paciente. A grade palatina promove a correção da mordida aberta anterior em um curto

espaço de tempo e com grande estabilidade no pós tratamento. Não deve apresentar nenhuma parte afiada ou pontiaguda para não machucar o paciente e não estabelecer formas punitivas.

A grade palatina previne a sucção digital, porem existem algumas desvantagens, como: 1) período temporário de ajuste e adaptação; 2) dificuldade de fonação; 3) dificuldades na alimentação. Mesmo assim as vantagens do tratamento são maiores do que as desvantagens. Esse aparelho consiste em reeducar a postura da língua e libera o crescimento dos processos alveolares superiores e inferiores. Além disso, ela altera o equilíbrio existente entre os lábios e a língua, promovendo a linguarização e extrusão dos incisivos superiores e inferiores. A mordida aberta é uma anomalia complexa e de difícil tratamento. Resultados insatisfatórios e recidivas de tratamento na clínica ortodôntica são presentes no dia a dia do ortodontista.

Maciel, et al., (2005) realizaram um estudo sobre os aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais. Através da junção de evidências que colaborem para o melhor entendimento da etiologia e do desenvolvimento da mordida aberta anterior e sua potencial associação e alterações miofuncionais na amostra estudada. Realizou-se uma pesquisa exploratória em escolares, sendo esse estudo em duas etapas. Sendo a primeira a devolução de um questionário remetido ao responsável sobre hábitos bucais e a segunda caracterizada pelo exame clínico odontológico e fonoaudiológico dos menores autorizados. Na amostra, o padrão de má oclusão mais prevalente foi à mordida aberta anterior, que se associou com o padrão de crescimento vertical da face. Obteve-se também a associação entre a mordida aberta anterior e a interposição lingual. Concluiu que há uma correlação etiológica de mordida aberta anterior com hábitos orais deletérios e algumas alterações das funções orofaciais. Foi notória a necessidade da interação entre ortodontistas e fonoaudiólogos no atendimento do paciente portador de mordida aberta.

Medeiros, et al., (2009) afirmam que o desmame precoce leva á introdução do aleitamento artificial, o qual pode ser prolongado mais que o tempo necessário para suprir as necessidades nutricionais da criança e, muitas vezes, está associado ao hábito de sucção. Portanto quando a criança recebe o aleitamento natural por mais de quatro meses a tendência para desenvolver hábitos de sucção é menor do que quando recebe amamentação artificial exclusiva. O método artificial pode

resultar em maior duração dos hábitos de sucção e comprometer o desenvolvimento motor oral. A adoção de procedimentos de orientação, como as associações de terapia miofuncional orofacial têm-se mostrado benéficos para promover a interrupção dos hábitos de sucção e a saúde oral.

A mordida aberta anterior surge cedo e retrata a má oclusão, mais comum no estágio da dentadura decídua. **Lara et al., (2009)** em seu estudo demonstraram o diagnóstico, abordagens terapêuticas da mordida aberta dento alveolar. As crianças que apresentam hábito de sucção a prevalência de mordida aberta aumenta, tendo como características a falta de contato entre os arcos dentários na região anterior, enquanto os dentes posteriores se encontram intercuspidados. Como regra, a morfologia da mordida aberta anterior faz inferir o fator etiológico pertinente. Quanto mais circular e circunscrita, maior o vínculo com os hábitos de sucção e mais susceptível ao tratamento. A presença dos hábitos de sucção também pode provocar alterações transversais, como a mordida cruzada posterior e alterações sagitais nos dentes anteriores, como a vestibularização dos incisivos superiores e verticalização dos incisivos inferiores. O prognóstico de tratamento para a mordida aberta anterior provocada por hábito de sucção de dedo ou chupeta geralmente é favorável, se o hábito for realmente eliminado. A grade palatina fixa utilizada isoladamente é capaz de corrigir a mordida aberta anterior dentoalveolar nas dentaduras decídua e mista, enquanto que funciona apenas como coadjuvante na dentadura permanente. A relação existente entre o hábito e a má-oclusão vai depender da intensidade, frequência e duração desse hábito, além do padrão esquelético apresentado pelo paciente. E se o hábito for interrompido até os cinco anos de idade existe uma provável promessa de autocorreção da mesma.

Mais tarde, precisamente um ano, **Malheiros de Farias et al., (2010)** Verificaram que os hábitos de sucção constituem princípio de alterações importantes na morfologia do palato duro, no posicionamento dos dentes e na movimentação da língua, com alterações musculares periorais e fonoarticulatórias, o que traz maior probabilidade para o desenvolvimento de mordida aberta, mordida cruzada e de distúrbios da motricidade orofacial.

O estudo para remoção dos hábitos orais deletérios de sucção consiste em um trabalho interdisciplinar entre a psicologia e a odontopediatria. Sendo essas estratégias de tratamento constituído em três etapas: conversa com os pais ou

responsáveis; a apresentação do problema à criança e o desenvolvimento das atividades lúdicas.

Eidt et al., [200-?] falaram sobre as características do aparelho quadriélice introduzido por Ricketts em 1973. Esse dispositivo é a modificação do aparelho em W de Porter pela incorporação de quatro helicóides que tornaram o aparelho mais suave e com ação mais contínua. Este permite o aumento do perímetro da arcada bem como correção dos giros dos molares (como no caso de correção Classe II). No final da década de 1950 Ricketts idealizou o arco utilidade (arco base). Este arco permite o preparo para ancoragem; a rotação dos molares; a recuperação ou aproveitamento do espaço livre de Nance; o nivelamento da curva de Spee; permite incorporar torque nos incisivos além de permitir o uso de arcos seccionais nos setores laterais. Este arco é confeccionado utilizando o fio de Elgiloy azul 0,16 X 0,16 da RMO (NORONHA, 2008). É importante ressaltar que todo o tratamento ortodôntico da mordida aberta obtém melhor resultado quando acompanhado por terapia miofuncional. Essa terapia fonoaudiológica tem como objetivo a propriocepção, o tônus, o posicionamento de repouso dos lábios e o restabelecimento das funções estomatognáticas.

4 DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como foco discutir os hábitos deletérios de sucção digital e chupeta relacionada às más oclusões, sendo esses a maior etiologia de alterações no equilíbrio do aparelho estomatognático.

Entendeu-se que o hábito nada mais é do que um reflexo e estímulo aprendido, que traz prazer e/ou satisfação. E ao depararmos no dia a dia com esse hábito, deve-se levar em consideração a idade da criança, estágio no qual se encontra a troca dos dentes, a oclusão e todas as funções envolvidas.

Além da clássica tríade de GRABER, como a intensidade, frequência e duração, a resistência alveolar e o padrão dentofacial representam elementos ponderáveis na determinação da má oclusão.

A sucção é uma necessidade que o ser humano tem desde a barriga da mãe ou pela simples necessidade de alimentar-se. O padrão muscular do aparelho estomatognático atinge um grau de maturação precoce em relação à musculatura esquelética, e com isso uma das primeiras expressões físicas é a necessidade de alimentar-se através da sucção.

Uma da teoria mais antiga e de maior relevância é as teorias psicanalíticas de Freud, 1905 que sugere que o hábito está associado ao prazer. Porque ele fixou a idéia de que o conceito sexualidade usado nessa teoria é muito mais amplo do que podemos imaginar, pois denota uma função de se obter prazer. Diversificando então a teoria de que hábito de sucção é apenas baseado em problemas psicológicos.

Uma outra teoria também nos sugeriu que esse hábito é um padrão de comportamento aprendido de qualquer causa ou qualquer problema emocional ou psicológico. E que quando extinto o hábito, não é esperada sua substituição por outro, essa é conhecida como teoria comportamental.

As implicações psicológicas podem estar relacionadas á fome, á satisfação do instinto de sucção, á insegurança ou mesmo a um desejo de atrair atenção, motivado pelo nascimento de um irmão ou pelo sentimento oriundo de alguma modificação no lar, como a separação dos pais, conflitos familiares ou porque algum problema tenha absorvido o interesse dos pais.

Entende-se também que o desmame precoce influencia nos hábitos de sucção. Uma vez que a criança recebe o aleitamento artificial esse pode ser prolongado mais que

o tempo necessário para suprir as necessidades nutricionais da criança e muitas vezes associam-se aos hábitos de sucção. O método artificial (mamadeira) pode resultar em maior duração dessa disfunção e levando a distúrbios fono-articulatórios, com padrão anteriorizado da língua entre gengivas ou dentes, formando a arcada dentária e a produção fonêmica. Além de que a criança exerce: menos exercícios; menor plenitude alimentar; pode provocar posicionamento inadequado da língua; desequilíbrio muscular contribuindo para a má oclusão.

A criança ao sugar o dedo quase sempre significa que algum problema emocional está presente ou muitas vezes é o hábito que restou, apesar dos conflitos já terem sido superados. Ao succionar o dedo o indivíduo mantém os lábios abertos e a mandíbula rebaixada, causando hipotonia dos músculos labiais e dos elevadores da mandíbula. Mantendo a língua projetada, a deglutição, portanto, será incorreta já que o dedo está ocupando toda a cavidade oral. As características bucais de um paciente que succiona o dedo são: mordida aberta anterior mais arredondada; mordida cruzada posterior; palato ogival ou profundo; maior intensificação má oclusão; protusão dos incisivos superiores e linguarização dos incisivos inferiores.

Já o indivíduo que chupam chupeta apresentam mordida aberta anterior oval ou elíptica; mordida cruzada posterior bilateral; palato ogival ou profundo. Porém a chupeta apresenta maior vantagem do que o dedo, pois ela provoca efeitos ortodônticos menos graves e má oclusão menos exacerbada, sendo esse hábito mais fácil de ser abandonado. A chupeta mais indicada é a ortodôntica, para estimular somente a porção anterior da boca, trazendo a língua para a posição anteriorizada. A escolha da chupeta deve levar em conta: forma, tamanho e sua posição na cavidade oral.

O uso da chupeta muitas vezes é uma forma preventiva contra o hábito de sucção digital. Deve-se trocá-la periodicamente devido a motivos de higiene, deformidade do bico e dependência afetiva da criança ao odor e textura.

As mães utilizam as chupetas para acalmar os filhos e relatam que o seu uso é passado de gerações, além de simbolizar a criança. Recomenda-se que o hábito da chupeta seja reduzido a partir dos dois anos de idade e que após os cinco anos, quando inicia a dentição definitiva, deve ser abandonado. Pois quanto mais tempo permanecer o hábito de sucção inadequado, maior será a deformação causada.

Durante o desenvolvimento do trabalho discutiu-se que as crianças que apresentam hábito de sucção a prevalência de mordida aberta aumenta, tendo como

características a falta de contato entre os arcos dentários na região anterior, enquanto os dentes posteriores se encontram intercuspidados. Quanto mais circular e circunscrita maior o vínculo com os hábitos e mais susceptível ao tratamento.

O estudo para eliminação dos hábitos orais deletérios consiste em um tratamento interdisciplinar entre a odontologia e a psicologia. Quando os incisivos permanentes se irrupcionam uma conversa franca entre a criança e o profissional pode ser de grande valia. Porém se a abordagem falhar deve-se instalar aparelhos auxiliares de eliminação do hábito. Esses não deverão oferecer nenhuma restrição, depender de ninguém para lembrar o seu uso, provocar vergonha quando usados e envolver os pais.

Os aparelhos removíveis são descartados para esse tipo de tratamento, uma vez que o paciente não colabora com o uso. Da-se preferência aos aparelhos fixos (arco lingual superior com grampo ou grade palatina fixa ou removível; botão palatino tipo Nance; arco lingual superior tipo o quadri-hélice ou pontas ativas), porque não necessitam da colaboração dos pacientes para serem utilizados.

Neste trabalho focou-se mais na grade palatina devida a ação de correção de mordida aberta anterior na dentadura decídua ou mista. Esse aparelho possui boa aceitabilidade por parte do paciente e age passivamente impedindo a sucção digital e interposição lingual. Além de promover a correção em um curto período de tempo e com boa estabilidade pós-tratamento. Ela altera o equilíbrio existente entre os lábios e a língua, promovendo a linguarização e extrusão dos incisivos superiores e inferiores. Conclui-se que o aspecto psicológico é importante para compreender os pacientes não os ridicularizando, esclarecendo os motivos do paciente e mostrando a importância do apoio da família e compreensão. Até os três anos o hábito de sucção é considerado plenamente normal, fazendo parte do desenvolvimento emocional das crianças e não trazendo conseqüências prejudiciais permanentes para a oclusão; não devendo motivo de preocupação para os pais ou o profissional. A interrupção do hábito é o passo mais importante para se conseguir a correção dos danos provocados á oclusão e que muitos recursos podem ser usados para ajudar a criança a abandonar os hábitos deletérios de sucção digital e chupeta; entre eles, a colocação de um aparelho que funcione como lembrete.

Os hábitos deletérios necessitam de uma abordagem odontopediátrica que englobe não só o controle mecânico do processo, mas também o controle

psicológico, com a inter-relação multidisciplinar, a fim de proporcionar um atendimento holístico ao paciente.

5 CONCLUSÃO

Com base no levantamento bibliográfico, é pertinente concluir que:

- O hábito de sucção digital prolongado é um fator etiológico das más oclusões.
- O hábito de sucção digital e da chupeta, até mais ou menos os quatro anos de idade, é considerado normal e faz parte do desenvolvimento da criança.
- O paciente que succiona o dedo apresenta: mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, palato ogival ou profundo, protusão dos incisivos superiores e linguarização dos incisivos inferiores.
- É normal que, com o início da socialização (mais ou menos aos cinco anos de idade), a criança abandone espontaneamente o hábito, havendo assim a possível autocorreção das alterações oclusais, quando removido até os 4 anos de idade.
- A persistência do hábito pode ser desenvolvido pela criança como uma forma de chamar a atenção dos pais, por ciúmes, ansiedade, medo, carência; pode estar relacionado também à fome, conflito familiar, etc.
- Nem sempre o hábito de sucção digital causa uma má oclusão. Para isso, é necessária intensidade, duração e frequência (Tríade de Graber), além da predisposição genética do paciente.
- O uso de chupetas é frequentemente utilizados por brasileiros.
- É imprescindível a colaboração de toda a família para a remoção correta do hábito, e ainda a criança precisa sentir que ela é importante para sua família.
- A participação multidisciplinar integrando o clínico geral, o ortodontista, juntamente com o psicólogo e o fonoaudiólogo, é de extrema importância para um correto tratamento.
- O tempo de aleitamento natural interfere na presença do hábito. Quanto maior esse tempo, menor a probabilidade do aparecimento do hábito.
- É comum encontrar, associada á mordida aberta, a interposição lingual durante a fala, deglutição ou até mesmo no repouso mandibular.
- A grade palatina é um dos tratamentos indicados no mordida aberta anterior na dentadura decídua e mista, provocado por hábito deletério de sucção.
- A interrupção do hábito é o passo mais importante para se conseguir a correção dos danos provocados á oclusão.

6 REFERÊNCIAS

SILVA Fo., O.G. da et al. - Hábitos de sucção: elementos passíveis de intervenção. **Estomat. Cult.**, 16(4): 61-71, 1986.

MOYERS R.E. Ortodontia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1991.

TOMASI E.; et al. Padrões e determinantes do uso da chupeta em crianças. **J.Pediatr**, Vol. 70, nº 3, 1994; 70(3):167-173

PETRELLI E. Ortodontia para Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise Ltda, 1994.

TOMITA, N.E.; et al. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. **Rev. Saúde Pública**, 32(3): 299-03 2000.

CAVASSANI, V.G.S.; et al. Hábitos orais de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. **Rev Brás Otorrinolaringol**, V.69, n.1, 106-10, Jan\fev. 2003.

TANAKA, O.; et al. A Má-oclusão e o Hábito de Sucção de Diferentes Dedos. **J Brás Ortodon Ortop Facial** 2004; 9(51): 276-83.

JANSON G.; et al. Controle de um efeito indesejável resultante da grade palatina. **R Clín Ortodon Dental Press**, Maringá, v.3,p. OO-OO – jun\jul.2004.

MACIEL, C.T.V.; et al. 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.

THOMAZ E.B.A.F.; et al. Prevalência de má-oclusão e fatores relacionados á sua ocorrência em pré-escolares da cidade de São Luís-MA-Brasil. **Rev. Pós Grad**, 2005; 12(2): 212-21.

SERTÓRIO S.C.M.; et al. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. **Rev Saúde Pública** 2005; 39(2): 156-62.

SERRA-NEGRA.; et al. Hábitos Buciais Deletérios: Os filhos imitam as mães na adoção destes hábitos. **Revista Odonto Ciência** – Fac. Odonto\PUCCRS, V.21, n.52, abr.\jun.2006.

MEDEIROS A.P.M.; et al. Correlação entre métodos de aleitamento, hábitos de sucção e comportamentos orofaciais. **Pró-fono Revista de Atualização Científica**. 2009 out-dez:21(4):315-9 .

LARA T.S.; et al. Mordida aberta anterior dentoalveolar: Diagnóstico morfológico e abordagens terapêuticas. **Ortodontia SPO**, 2009;42(2):123-32.

Farias A.V.M.; et al. Repercussões das estratégias de retirada dos hábitos orais deletérios de sucção nas crianças do programa de saúde da família em Olinda-PE. **Rev CEFAC**. 2010 Nov-Dez; 12(6):971-976.

EIDT S.; et al. [200-?]. Tratamento de mordida aberta anterior dentária com o uso do quadriélice modificado com micanças.