

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

DANIELA TOMOYOSSE TERRA

**INFLUÊNCIA DE HÁBITOS DELETÉRIOS NO
DESENVOLVIMENTO DE MÁIS OCLUSÕES
DENTÁRIAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

BAURU
2015

DANIELA TOMOYOSSE TERRA

**INFLUÊNCIA DE HÁBITOS DELETÉRIOS NO
DESENVOLVIMENTO DE MÁIS OCLUSÕES
DENTÁRIAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências da
Saúde como parte dos requisitos para
obtenção do título de bacharel em
Odontologia sob a orientação da Prof^a. Dr^a.
Cristiane de Almeida Baldini Cardoso.

BAURU
2015

Terra, Daniela Tomoyosse

T323i

Influência de hábitos deletérios no desenvolvimento de más oclusões dentárias: uma revisão de literatura / Daniela Tomoyosse Terra. -- 2015.

27f.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane de A. Baldini Cardoso

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) –
Universidade do Sagrado Coração – Bauru – SP.

1. Má oclusão. 2. Hábitos deletérios. 3. Chupeta. 4. Criança. 5. Sucção de
dedo. I. Cardoso, Cristiane de Almeida Baldini. II. Título.



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Daniela Tomoyosse Terra.

Ao dia dezesseis de novembro de dois mil e quinze, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de DANIELA TOMOYOSSE TERRA, intitulado: **"Influência de hábitos deletérios no desenvolvimento da má oclusão dentária. Revisão de Literatura."** Compuseram a banca examinadora os professores Dra. Cristiane de Almeida Baldini Cardoso (orientadora), Dra. Luciana Monti Lima Rivera e Dra. Solange de Oliveira Braga Franzolin. Após a exposição oral, a candidata foi arguida pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, APROVADA, com a nota 10 a monografia. Para constar, fica redigida a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, segue assinada pela Orientadora e pelos demais membros da banca.

Dra. Cristiane de Almeida Baldini Cardoso (Orientadora)

Dra. Luciana Monti Lima Rivera (Avaliador 1)

Dra. Solange de Oliveira Braga Franzolin (Avaliador 2)

Dedico este trabalho aos meus pais, minhas amigas e futuras colegas de profissão, aos meus professores que sempre me ajudaram e apoiaram para que seja concluída minha formação como cirurgiã dentista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me proporcionou a oportunidade de cursar Odontologia, a profissão que respeito e amo, para que seja minha profissão por toda vida, sendo meu dever cuidar do sorriso dos meus pacientes.

Agradeço aos meus pais que batalharam para me apoiar, não mediram esforços para realizar o meu sonho, e nunca duvidaram da minha capacidade, com muito amor e carinho.

Agradeço aos meus professores, com particular destaque para a Prof^a. Dr^a. Cristiane de Almeida Baldini Cardoso, que compartilharam seus conhecimentos profissionais e experiências vividas, para que eu seja uma ótima cirurgiã dentista e exerça minha profissão com ética e bondade.

“Pouca coisa é necessária para transformar
inteiramente uma vida: amor no coração
e sorriso nos lábios”.
([Martin Luther King](#))

RESUMO

Tendo em vista que as oclusopatias estão em terceiro lugar na escala de frequência de problemas de saúde bucal no Brasil, pelo seu aparecimento precoce e sua grande incidência, perdendo apenas para a doença periodontal e a cárie, o presente trabalho teve como objetivo fazer uma revisão crítica da literatura sobre a relação entre hábitos bucais deletérios, principalmente os hábitos de sucção de dedo e chupeta, e o desenvolvimento de más oclusões na fase das dentaduras decídua e mista. Para tanto, fez-se uma pesquisa em trabalhos da literatura especializada sobre o tema, quer impressa ou anexada em base de dados especializada na área da saúde. Segundo a maioria dos autores, os hábitos orais deletérios são os principais fatores etiológicos da má oclusão, enfatizando que quanto mais precoce for o tratamento e a remoção destes hábitos, mais chances o paciente terá de retomar o desenvolvimento normal, o que pode envolver, em grande parte das vezes, uma abordagem multidisciplinar.

Palavras chave: Má oclusão. Hábitos deletérios. Criança. Chupeta. Sucção de dedo

ABSTRACT

Considering that malocclusion is in the third place in frequency, regarding oral health problems in Brazil, because of its early onset and its prevalence, behind only to periodontal diseases and caries, the present study aimed to perform a critical literature review of the relationship between oral habits, especially finger and pacifier sucking habits, and the development of malocclusions at the stage of deciduous and mixed dentures. To this end, a survey in specialized literature was performed, either printed or available on health care databases. According to most of the authors, the deleterious oral habits are the main etiological factors of malocclusion, emphasizing that the earlier the treatment and removal of these habits, the more likely the patient will have to resume normal development, which may involve, in most of the cases, a multidisciplinary approach.

Keywords: Malocclusion. Habits. Child. Pacifier. Fingersucking

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVO.....	11
3. METODOLOGIA	12
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4.1 MÁ OCLUSÃO.....	13
4.2 SUÇÃO.....	13
4.3 AMAMENTAÇÃO.....	14
4.4 HÁBITOS DELETÉRIOS.....	15
4.4.1 SUCÃO NÃO NUTRITIVA.....	15
4.4.2 RESPIRAÇÃO ORONASAL.....	16
4.4.3 DEGLUTIÇÃO ADAPTADA E ATÍPICA.....	17
4.4.4 BRUXISMO.....	18
4.4.5 ONICOFAGIA.....	19
4.5 AUTOCORREÇÃO.....	19
4.6 PREVENÇÃO.....	20
5. DISCUSSÃO	21
6. CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS.....	24

1. INTRODUÇÃO

A má oclusão é o terceiro maior problema odontológico de saúde pública do mundo, pela sua grande incidência e caráter precoce de aparecimento, perdendo apenas para cárie e doença periodontal. Dentre todas as oclusopatias, a mordida aberta anterior é a mais prevalente em crianças, principalmente naquelas portadoras de hábitos orais deletérios (OMS, 1991). A mordida aberta é uma deficiência no contato vertical normal entre os dentes antagonistas, podendo apresentar-se numa região limitada ou em todo arco dentário (MOYERS, 1991).

Sabe-se que o desenvolvimento da oclusão dentária está totalmente interligado ao crescimento craniofacial e dos maxilares. Assim, as oclusopatias podem ser definidas como alterações no crescimento e desenvolvimento de um indivíduo, que podem afetar os tecidos neuromusculares, ossos maxilares e tecidos moles, simultaneamente ou não, produzindo problemas funcionais, estéticos ou esqueléticos nos dentes e/ou face. (LÓPEZ et al. 2001).

A má oclusão pode ser resultado de problemas hereditários, que são determinados na concepção, e/ou ambientais, que são produzidos pelo meio, como os hábitos orais (FRITSCHER et al., 1998). Dentre os hábitos orais deletérios, a sucção de dedo e chupeta, são considerados os principais fatores etiológicos das oclusopatias na fase das dentaduras decídua e mista (AMARY et al., 2002).

Os hábitos orais deletérios foram definidos como padrões neuromusculares atípicos e de caráter inconsciente, que podem atuar como deformadores de crescimento e desenvolvimento ósseo, prejudicando a posição dos dentes, desenvolvendo más oclusões, alterando também o sistema estomatognático, pois introduzem forças estranhas a esse (DA COSTA; ORENUGA, 2002). Hábitos deletérios correspondem ao hábito de morder objetos, sucção de dedo, chupeta, respiração bucal, posicionamento anormal da língua, interposição labial e onicofagia.

Os hábitos deletérios podem ter origem fisiológica, emocional ou aprendida e seus prejuízos serão determinados pela frequência, intensidade e duração, bem como a idade do sujeito na época de instalação dos hábitos (ENLOW, 1982). Em menores de 3 anos os efeitos provocados podem sofrer um processo de correção espontânea quando o hábito é interrompido, o que torna o prognóstico mais favorável (VASCONCELOS, 2010).

As maiores consequências em relação à oclusão são: mordida aberta, vestibularização dos incisivos centrais superiores, lábios hipotônicos, predisposição à respiração bucal, estreitamento maxilar, abóbada palatina mais

profunda, assoalho nasal mais estreito, sobressaliência, sobremordida e retrusão mandibular predispondo à disto-oclusão (Classe II de Angle) (SERRANEGRA et al., 1997 *apud* SOUZA et al., 2004).

2 OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão crítica da literatura sobre a relação entre hábitos bucais deletérios, principalmente os hábitos de sucção de dedo e chupeta, e o desenvolvimento de más oclusões na fase das dentaduras decídua e mista.

3 METODOLOGIA

Do ponto de vista metodológico, trata-se de um trabalho de revisão de literatura de estudos que abordam sobre a influência de hábitos deletérios no desenvolvimento de más oclusões dentárias. Desta forma, buscou-se subsídios teóricos em bases de dados específicas de literatura científica como Scielo, MedLine e site de periódicos, monografias e teses disponibilizados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bem como livros e revistas na área de Odontopediatria e Ortodontia, utilizando-se como palavras-chaves: má oclusão, hábitos deletérios, criança, chupeta, sucção de dedo. O ano de abrangência de busca literária corresponde aos anos de 1966 a 2014.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 MÁ OCLUSÃO

As más oclusões podem ser definidas como a posição dos dentes no arco e sua relação com o osso alveolar e estruturas relacionadas de forma não harmônica, tanto na dentadura decídua quanto na permanente. Consequentemente gera insatisfação estética, alteração na fala, mastigação, deglutição, respiração, além de disfunções na articulação temporomandibular (LEITE-CAVALCANTI, 2007).

As oclusopatias estão em terceiro lugar na escala de frequência de problemas de saúde bucal no Brasil, pelo seu aparecimento precoce e sua grande incidência (TOMITA; BIJELLA; FRANCO, 2000), perdendo apenas para a doença periodontal e a cárie (OMS, 1991).

A má oclusão pode ser gerada por problemas hereditários e/ou ambientais. Os hereditários são determinados na concepção e os ambientais são aqueles produzidos pelo meio, como os hábitos orais (ALMEIDA; SILVA; SERPA, 2009). Segundo Fritscher (1998, p. 89-94) “alguns fatores sistêmicos e genéticos têm maior influência sobre a oclusão, mas a condição de saúde geral constante é de suma importância, pois possibilitará o desenvolvimento sadio da oclusão”.

Os hábitos orais deletérios são os principais fatores etiológicos da má oclusão, tanto na dentadura decídua quanto mista, apesar de apresentarem uma etiologia multifatorial na maioria das vezes (AMARY, 2002).

4.2 SUCÇÃO

A sucção é fundamental para o bebê nos primeiros meses de vida, permitindo sua alimentação e nutrição, além de suprir suas necessidades psicoemocionais. Junto disso, sabe-se que a sensibilidade tátil dos lábios dos bebês é maior que a das polpas digitais e por isso levam tudo à boca (MARCHESAN; ZORZI, 1993).

O ato de sugar é a primeira associação que a criança faz com o prazer, o que aumenta a produção de endorfina e consequentemente produz sensações de conforto e relaxamento (COELI; TOLEDO, 1994).

O ideal é que até os 6 meses de vida, o bebê seja alimentado exclusivamente com leite materno, porém, em alguns casos a amamentação natural não é possível. A solução mais indicada nesses casos é o aleitamento artificial, com a introdução de fórmulas alimentares infantis, os leites modificados, que na maioria das vezes são administrados com o uso de

mamadeira. É importante que durante o uso da mamadeira seja feito o ritual do aleitamento, para que seja o mais parecido possível com a amamentação natural, cultivando uma relação de intimidade com a criança, dando a ela atenção e carinho (SIES; CARVALHO, 1998). Outro cuidado importante é em relação ao bico e tamanho de orifício da mamadeira. Recomenda-se o uso de bicos anatômicos (ortodônticos) com o menor orifício possível, pois o bebê só deve receber leite, e não outros alimentos pela mamadeira, além de ser importante a força exercida durante o ato da sucção, possibilitando o desenvolvimento musculoesquelético da face. Este bico deve ser voltado para cima, para o palato.

Com 6 ou 7 meses de vida, ocorrem a maturação das funções do sistema musculoesquelético e o surgimento dos primeiros dentes no bebê, indicando a necessidade de se iniciar a mastigação (SIES; CARVALHO, 1998). A OMS recomenda que neste período tenha início a introdução da alimentação complementar, ou seja, a introdução de qualquer alimento nutritivo, sólido, pastoso ou líquido que não seja o leite humano. Os alimentos devem ser oferecidos na colher e os líquidos no copo (TADDEI et al., 2006).

4.3 AMAMENTAÇÃO

A amamentação é um processo que envolve fatores fisiológicos, ambientais e emocionais, além de oferecer diversas vantagens para o bebê e para a mãe. Para a mãe, pode-se citar a rápida recuperação pós-parto, diminuição da perda de ferro e do risco de câncer e osteoporose pós-parto, além de reforçar o vínculo mãe-filho em que há troca de emoção e amor. Para o bebê as vantagens são: garantia de crescimento adequado, diminuição de incidência de doenças respiratórias, diarreia, alergia alimentar e outras doenças infecciosas; retardo do aparecimento de doenças crônicas como a dermatite atópica e doença celíaca, previne a obesidade, além também de promover vínculo mãe-filho (TADDEI et al., 2006).

Segundo Camargo (1998) a amamentação é fundamental para o desenvolvimento harmonioso das estruturas estomatognática e estética da face. Os exercícios de sucção realizados durante a sucção do seio materno fortalecem os músculos e proporcionam a coordenação dos atos de sucção e respiração. De acordo com dados obtidos em questionários, bem como em exames clínicos e através da literatura consultada, Robles et al. (1999) verificaram que as crianças que apresentavam tempo maior de amamentação natural demonstraram menor frequência de hábitos bucais de sucção persistentes em comparação àquelas crianças que tiveram o período de amamentação natural abaixo do ideal, consolidando uma associação positiva entre a presença de hábitos e a ocorrência de má oclusão na dentadura decídua.

Serra-Negra et al. (1997) constataram que há uma forte associação entre o aleitamento natural com a não instalação de hábitos bucais, pois 86,1% das crianças que não os apresentavam estes hábitos, foram amamentadas por, no mínimo, seis meses. Em contrapartida, as crianças com hábitos de sucção não nutritiva tinham tido aleitamento artificial quando bebês, quase em sua totalidade.

4.4 HÁBITOS DELETÉRIOS

Segundo Moyers (1991) e Enlow (1982) os hábitos orais deletérios são padrões de contração muscular aprendidos, de natureza complexa e de caráter inconsciente, que podem atuar como fatores deformadores do crescimento e desenvolvimento ósseo, posições dentárias, na função respiratória e na fala, sendo assim, um importante fator etiológico das oclusopatias, uma vez que introduzem forças estranhas no sistema estomatognático. Os hábitos orais deletérios compreendem: o hábito de morder objetos, a prolongada sucção de dedo e/ou chupeta, a respiração oral, as funções anormais da língua durante a deglutição, a interposição labial e a onicofagia.

Tanto Galvão, Menezes e Nemr (2006) como Silva (2006) apontam que os hábitos de sucção não nutritiva podem ter origem fisiológica, emocional ou aprendida.

Deve-se enfatizar que o grau de severidade das alterações bucais causadas por hábitos deletérios dependerá dos seguintes fatores: duração do hábito (1), frequência do hábito (2), intensidade (3), posição do dedo ou chupeta na boca (4), idade do término do hábito (5), padrão de crescimento facial (6) e grau de tonicidade da musculatura bucofacial (7) (RAVN, 1974).

4.4.1 SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA

Sucção não nutritiva é aquela realizada com a chupeta, dedo ou lábio. Este hábito deletério pode se instalar por motivo de ausência do aleitamento materno ou pelo fato de o bebê estar acostumado a buscar a gratificação oral, conseguindo a chupeta da mãe sempre que chora (ADMARI, 1975). Para Farsi e Salama (1997), a mãe deve tentar identificar o motivo do choro do bebê e não simplesmente impedi-lo utilizando a chupeta.

Segundo Vadiakas, Oulis e Berdouses (1998), o aleitamento artificial, utilizando a mamadeira, satisfaz primeiro a necessidade nutricional da criança, que emocionalmente fica insatisfeita. Isso ocorre porque a criança suga com mais facilidade e rapidamente, o que não permite que ela sinta as sensações de conforto, relaxamento e prazer trazidas pelo ato de sugar. Vários estudos mostram que existe uma relação direta entre o tempo de aleitamento materno e

hábitos parafuncionais. Quanto maior o tempo de aleitamento materno, menor a prevalência desses hábitos.

Há evidências científicas de que crianças que usam mamadeira por período prolongado tendem a usar chupeta também por muito tempo. Motivo disto é o fato de o bico da mamadeira e o da chupeta serem feitos do mesmo material, portanto as crianças sugam a chupeta para substituir o bico; ou pelo fato da mamadeira ser utilizada como dispositivo para acalmar ou induzir o sono na criança. Nesses casos, após o desmame, as crianças tendem a apresentar hábito de sucção de chupeta ou digital, para adormecer e se acalmar (BOWDEN, 1966).

O uso prolongado da chupeta e da sucção de dedo, além dos 2-3 anos pode propiciar problemas nas arcadas dentárias como a mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, diminuição da distância entre caninos superiores, relação canino em classe II, aumento de sobressaliência, entre outros (ZARDETTO; RODRIGUES 2000).

Além de todas as alterações na arcada dentária, a sucção de chupeta e dedo pode acarretar em alterações nas funções orais básicas, como o surgimento de deglutição adaptada, respiração oronasal e fonação atípica; lábios abertos na posição de repouso, alterações das musculaturas lingual e labial; língua com posicionamento rebaixado, protusa e com mais mobilidade dorsal, palato ogival, atresia maxilar e hipodesenvolvimento da mandíbula (ALTMANN; VAZ, 2005).

Alguns autores acreditam que o hábito de sucção de dedo é pior que o de chupeta, uma vez que se torna mais fácil remover o hábito da chupeta, pois o dedo tem calor, odor e consistência semelhantes aos do mamilo materno. Além disso, há força exercida pelo peso do braço e mão sobre as estruturas da cavidade bucal, além do fato de o dedo estar sempre presente (CUNHA, 2005).

4.4.2 RESPIRAÇÃO ORONASAL

Indivíduos que apresentam dificuldades para respirar normalmente pelo nariz, portanto são respiradores bucais, tem como características: presença de olheiras, olhar inexpressivo, osso zigomático pouco desenvolvido, falta de desenvolvimento do terço médio da face, palato ogival e atresia da maxila, rotação da mandíbula para posterior, mordida cruzada posterior e aberta anterior, gengivite, hipertrofia das tonsilas e adenoides, incompetência labial, hipotonia labial e postura corporal e de cabeça inadequadas. Consequentemente observa-se crescimento mais acentuado da face no sentido vertical (face longa) (DEFABJANIS, 2003).

O cirurgião dentista detecta que o paciente apresenta a síndrome do respirador bucal pelo exame clínico junto à anamnese. Seu tratamento deverá ser interdisciplinar. As alterações dos órgãos fonoarticulatórios tornam a presença do fonoaudiólogo indispensável. Ao médico otorrinolaringologista cabem o diagnóstico e o tratamento das alterações patológicas. Ao ortodontista restabelecer as características morfológicas faciais e dentoesqueléticas (PADOVAN, 1996).

4.4.3 DEGLUTIÇÃO ADAPTADA E ATÍPICA

O mecanismo de deglutição envolve a interação de vários músculos, estruturas e impulsos nervosos. Nos primeiros 4 anos de vida é presente a deglutição infantil ou visceral, em que a maxila e a mandíbula permanecem separadas e com a língua interposta entre os rodets gengivais ou dentes. A mandíbula é estabilizada pela contração dos músculos inervados pelo VII par de nervos cranianos e pela interposição lingual, e os movimentos são guiados por alterações sensoriais na língua e nos lábios. Não existe vedamento labial passivo. Já em um estágio mais avançado, na deglutição madura, as arcadas são aproximadas, a mandíbula é estabilizada pela contração dos músculos inervados pelo V par craniano, a ponta da língua posiciona-se na papila palatina e fica contida entre as arcadas e os dentes posteriores permanecem em oclusão. Ocorre a contração mímica dos lábios. A deglutição assume o padrão anormal em consequência de algum problema prévio instalado, como respiração oronasal e má oclusão (adaptada); ou por alteração do tônus, mobilidade ou propriocepção dos órgãos fonoarticulatórios, postura inadequada da cabeça ou persistência da deglutição infantil (atípica). De acordo com a classificação proposta pela Universidade da Carolina do Norte (EUA), existem dois tipos de deglutição atípica/adaptada, uma associada à pressão de lábios e a outra à pressão de língua.

Na deglutição associada à pressão de lábio ocorre a participação ativa dos lábios após o vedamento labial. Clinicamente são característicos: apinhamento dentário anterior, inclinação dos incisivos inferiores para lingual, extrusão dentária, aumento da sobressaliência e sobremordida, deslocamento dos incisivos superiores para vestibular e lábio superior hipotônico.

A deglutição associada à pressão de língua apresenta quatro tipos. No tipo I não são observadas alterações nas arcadas; no tipo II ocorre pressão anterior da língua, é comum observar mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e aumento da sobressaliência neste tipo; no tipo III ocorre pressão lateral da língua e é comum observar mordida aberta lateral e mordida cruzada; no tipo IV ocorre associação da pressão anterior e lateral (SIES; CARVALHO, 1998).

A etiologia do padrão anormal de deglutição esta relacionada ao uso prolongado de mamadeira com orifícios grandes e bicos longos, presença de outros hábitos bucais deletérios, hipertrofia de tonsilas e adenoides, macroglossia, freio lingual anormal, atresia da maxila, perdas dentárias precoces e distúrbios no desenvolvimento neuropsicomotor (PADOVAN, 1996).

O tratamento envolve a associação de métodos funcionais, com exercícios mioerápicos orientados pelo fonoaudiólogo e aparelhos ortopédicos funcionais e reeducadores de língua; métodos cirúrgicos, com a realização de adenoidectomia ou tonsilectomia, frenectomia e redução da língua e uso de aparelhos impeditores de língua e redutores de diastemas (PADOVAN, 1996).

4.4.4 BRUXISMO

O bruxismo é definido como uma disfunção muscular orofacial associada ao apertar e ranger dos dentes, ocorrendo durante o dia e/ou à noite, e é classificado em dois tipos: cêntrico e excêntrico. No bruxismo cêntrico, ocorre o apertamento dos dentes e contração muscular isométrica, podendo estar associado ao estresse, tensão muscular e outros hábitos parafuncionais. No bruxismo excêntrico, ocorre o ranger dos dentes, contração muscular isotônica, aumento de volume muscular e favorecimento da oxigenação dos tecidos.

A etiologia do bruxismo é multifatorial, associada à combinação de fatores mecânicos e químicos, distúrbios emocionais (ansiedade), fatores genéticos e neurológicos, desequilíbrio de neurotransmissores (maior produção de dopamina), deficiências nutricionais, alergias e distúrbios endócrinos. Na infância, o bruxismo pode ser também uma consequência da imaturidade neuromuscular (LABERGE et al., 2000).

Durante o exame clínico é importante observar os sinais patognomônicos articulares, musculares, dentários e periodontais presentes ou ocorridos no passado. A presença de desgaste dental por si só não é um sinal patognomônico de bruxismo. É também importante diferenciar o bruxismo da perimólise, que é um desgaste dental provocado pelo consumo de alimentos ácidos ou em crianças que apresentam refluxo gastroesofágico.

Os problemas associados ao bruxismo são: desgaste dentário, fratura de cúspides, pulpite, hipersensibilidade térmica, hipercementose, danos ao ligamento periodontal, mobilidade dentária, dor muscular e dores de cabeça (BARBOSA et al., 2008).

O tratamento do bruxismo é variável, de acordo com os fatores etiológicos associados, e pode ser sistêmico, psicológico e/ou odontológico. O cirurgião dentista é capaz de realizar tratamento dos sintomas e não da causa do bruxismo, com uso de placas miorelaxantes e ajuste oclusal, sendo

importante um acompanhamento clínico constante, uma vez que a criança se encontra em pleno crescimento e desenvolvimento. (PARIZOTTO; RODRIGUES 2004).

4.4.5 ONICOFAGIA

A etiologia da onicofagia (roer unhas) inclui estresse, imitação de outros membros da família, hereditariedade, substituição de outro hábito e maus cuidados com as mãos. As principais complicações associadas são: ferimento da cutícula e sangramento nas bordas das unhas, deformidades nos dedos, infecções fúngicas ou bacterianas, reabsorções radiculares, fraturas nas bordas dos dentes e lesões na gengiva (DE BERKER, 2006).

O tratamento deve ser direcionado no sentido de conhecer os fatores desencadeantes do estresse, reforço positivo, cuidados com as unhas e acompanhamento da evolução do tratamento (BAYDAS et al., 2007).

4.5 AUTOCORREÇÃO

Os hábitos orais, sob o ponto de vista ortodôntico, devem merecer atenção profissional quando presentes em crianças acima de 3 anos. De acordo a literatura, os efeitos provocados por hábitos de sucção em menores de três anos, sofrem um processo de correção espontânea na maioria dos casos quando da interrupção do hábito, o que torna o prognóstico mais favorável. O aumento da idade leva à redução de hábitos e o cessar do hábito ainda na dentição decídua favorece a autocorreção (VASCONCELOS et al., 2011).

Se o hábito de sugar chupeta ou dedo for interrompido até os 3 anos, não haverá dano à oclusão, uma vez que é nesse período que a oclusão está em desenvolvimento. A correção espontânea da mordida aberta anterior normalmente ocorre alguns meses após a retirada do hábito. Contudo, se houver mordida cruzada posterior não há autocorreção, sendo indicado o tratamento ortopédico (LINDNER; HELLSING, 1991). Segundo Aguiar et al. (2005), se estes hábitos forem removidos até os 4 anos de idade, ainda existe a possibilidade de autocorreção.

Quanto mais precoce for a retirada dos hábitos, menor a possibilidade de surgirem alterações orofaciais. Porém, somente a remoção dos hábitos pode não promover a total readequação das funções do sistema estomatognático (MARCHESAN; ZORZI 2000).

Reconhecendo a multifatorialidade na causalidade de todo e qualquer agravo, o desequilíbrio facial não é resultado de um único fator etiológico. Existe uma predisposição facial, a qual o hábito deletério apenas viria desencadear ou intensificar. Portanto, é a interação dos hábitos com os padrões faciais que determinam sua influência na face, sendo a qualificação do hábito e as características individuais, os fatores diferenciais (SOUSA et al., 2007).

4.6 PREVENÇÃO

Para evitar a instalação de hábitos de sucção não nutritiva, medidas devem ser adotadas, tais como: estimular a amamentação até os primeiros 6 meses de vida, e se for necessário proceder ao aleitamento artificial ou misto; utilizar bicos de mamadeiras anatômicos (ortodônticos) com orifícios pequenos; utilizar chupeta de maneira disciplinada e racional, quando o bebê estiver irritado ou sonolento após a mamada e quando sentir necessidade de sucção, indicando preferencialmente o uso da chupeta ortodôntica (tem o bico com formato próprio, escudo voltado para a boca), oferecer líquidos em copos e alimentos em colher; não utilizar mamadeira como meio de induzir o sono; nunca deixar a chupeta pendurada no pescoço da criança (MOREIRA, 1998).

É muito importante que os profissionais da área da saúde orientem e eduquem as mães para que não seja cometido o abuso do uso ou o uso indiscriminado da chupeta e esclareçam aos pais que mesmo as chupetas e mamadeiras de bicos ortodônticos podem provocar alterações nas arcadas dentárias e estruturas miofuncionais se utilizados de forma incorreta e por tempo prolongado (ZARDETTO, 2000).

5 DISCUSSÃO

Dentre todos os tipos de oclusopatias, a mordida aberta anterior é de grande prevalência em crianças, principalmente naquelas portadoras de hábitos orais deletérios. A mordida aberta anterior é a oclusopatia mais prevalente na dentição decídua (LIMA et al., 2010).

De acordo com Oliveira (2002), a persistência dos hábitos de sucção não nutritiva parece ser maior no gênero masculino, em crianças que permanecem em tempo integral na escola, naquelas que dormem acompanhadas dos pais, têm menos frequência de visitas ao cirurgião dentista, menos tempo de amamentação natural, uso de mamadeira prolongado e em crianças birrentas e mimadas. Já no estudo de Boeck et al. (2012), em que foram avaliadas 1446 crianças, 80,29% apresentaram má oclusão, sendo esta mais prevalente no sexo feminino (81,34%) e na faixa etária entre 9 a 12 anos (84,52%). As más oclusões mais encontradas foram a mordida aberta e mordida profunda.

No trabalho de Miotto et. al. (2014) a oclusopatia do tipo mordida aberta anterior na dentição decídua foi diagnosticada no momento da pesquisa e a introdução e duração dos hábitos orais foi recuperada por meio de questionário aplicado aos responsáveis. Foram analisadas 920 crianças de 3 a 5 anos de idade, das quais 20% apresentaram prevalência de mordida aberta anterior. A partir da análise dos dados, as crianças que têm o hábito de sucção digital apresentam chance 3 vezes maior de apresentar mordida aberta, enquanto que para aquelas que usam chupeta, o risco é 5 vezes maior. Os autores concluíram que a prevalência de mordida aberta anterior foi expressiva e os hábitos de sucção não-nutritiva foram associados significativamente à presença de oclusopatias. Observaram ainda um decréscimo da frequência da mordida aberta anterior com o aumento da idade: as crianças de cinco anos apresentaram uma prevalência muito abaixo das de três anos, sugerindo a possibilidade de auto-correção.

No estudo de Boeck et al. (2012) envolvendo 135 crianças, a má oclusão foi encontrada em 87,4% das crianças sendo 72% de mordida aberta anterior, 62,2% de atresia maxilar, 26,3% de mordida cruzada posterior, 3,4% de mordida cruzada anterior e 5,1% da amostra correspondendo ao apinhamento e mordida do tipo topo a topo. Os autores concluíram que crianças portadoras de hábitos de sucção não nutritiva durante a fase da dentição decídua apresentam elevada prevalência de má oclusão, com maior porcentagem para a mordida aberta anterior.

Com relação aos respiradores bucais, indivíduos que apresentam dificuldades para respirar normalmente pelo nariz e que tem características

específicas relacionadas à patologia, a prevalência de oclusopatias é muito maior. O estudo de Almeida, Silva e Serpa (2009) envolveu 41 crianças entre 7 e 12 anos (dentadura mista), todas respiradoras orais, sendo 21 (51,21%) do sexo masculino e 20 (48,79%) do sexo feminino. As crianças tinham como queixa principal dificuldade respiratória, sendo essa relatada pelos pais ou responsáveis. Além disso, os dados utilizados na pesquisa foram retirados da anamnese inicial e das avaliações Fonoaudiológica, Otorrinolaringológica e Ortodôntica que procuraram investigar, entre outros aspectos, presença/ausência, e tipo de hábitos orais (tanto intra, como extra-orais); definição do padrão respiratório, tipo de patologia natorrespiratória; e tipo de oclusão dentária.

A análise dos dados demonstrou a presença de algum tipo de má oclusão em todas as crianças analisadas, com predomínio de classe II de Angle e sobressaliência acentuada. No entanto, os hábitos orais deletérios não foram os fatores desencadeantes do desenvolvimento das más oclusões apresentadas pela amostra estudada, porém, a presença da respiração oral, também considerada como um hábito deletério pode ter sido, associada aos demais hábitos, o determinante ou agravante da presença das más oclusões dos participantes desse estudo.

Um estudo longitudinal recente de Moimaz et al. (2014) monitorou 80 pares de mães e filhos desde o início da gravidez até 30 meses após o nascimento. Os autores demonstraram que os hábitos de sucção e respiração bucal noturna foram predisponentes a má oclusão. Crianças com sucção de dedo, bem como aqueles com baixos índices de aleitamento materno foram mais propensos à sobressaliência e mordida aberta. Já as crianças com hábito de sucção de chupeta tinham maior probabilidade de desenvolver mordida aberta anterior, overjet e overbite. A mordida cruzada posterior foi associada com o uso prolongado de mamadeira e em respiradores bucais noturnos.

6 CONCLUSÃO

É necessária uma visão preventiva a respeito das oclusopatias, uma vez que a intervenção precoce se traduz numa reduzida possibilidade de tratamento complexo posterior. Sendo a mordida aberta anterior a oclusopatia de maior prevalência em crianças, é muito importante que os profissionais da área da saúde orientem e eduquem as mães para que não seja feito uso indiscriminado da chupeta e esclareçam aos pais que mesmo as chupetas e mamadeiras de bicos ortodônticos podem provocar alterações nas arcadas dentárias e estruturas miofuncionais se utilizados de forma incorreta e por tempo prolongado.

REFERÊNCIAS

ADMARI, M. R. W. - Considerações sobre os maus hábitos bucais: contribuição ao estudo. São Paulo. **Tese de Mestrado de Ortodontia**. Fac. De Odontologia, USP. 1975.

AGUIAR KF; PATUSSI EG; AREAL R; BOSCO VL. Nonnutritional sucking habits removal: integration among pedodontics, psychology and family. **Arq Odontol.** v.41, p.273–368, 2005.

ALMEIDA FL; SILVA AMT; SERPA EO. Relação entre má oclusão e hábitos orais em respiradores bucais. **Rev CEFAC.** v.11, n.1, p.86-93, 2009.

ALTMANN EBC; VAZ ACN. Atualização Fonoaudiológica em Odontopediatria, In: Correa, MSNP. Odontopediatria na Primeira Infância, 2ed: Santos, p. 55-69, 2005.

AMARY ICM; ROSSI LAF; YUMOTO VA; FERREIRA VEJA; MARCHESAN IQ. Hábitos deletérios – alterações de oclusão. **Rev CEFAC.** v.4, p.123-6, 2002.

BARBOSA TDE; MIYAKODA LS; POCZTARUK RDE; ROCHA CP; GALVÃO MB. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: review of the literature, *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* Mar;v.72,n.3, p.299-314, 2008.

BOECK, M. E.; PIZZOL, K. E. D. C.; NAVARRO, N.; CHIOZZINI, N.M.; FOSCHINI, A. L. R. Prevalência de maloclusão em escolares de 5 a 12 anos de rede municipal de ensino de Araraquara. **Rev. CEFAC** vol.15 n.5 São Paulo Sept./Oct. 2013 Epub Oct n.16, 2012.

DAGSUYU IM. Effect of a chronic nail-biting habit on the oral carriage of Enterobacteriaceae, **Oral Microbiol Immunol.** Feb;v.22,n.1, p.1-4, 2007.

BOWDEN, BD. The effects of digital and dummy sucking on arch widths, overbite, and overjet: a longitudinal study. **Aust Dent J.** n.11, p.396–404, 1966.

CAMARGO MCF. Programa preventivo de maloclusões para bebês. In: Gonçalves EAN, Feller C. Atualização na Clínica Odontológica. São Paulo: Artes Médicas; p.405-42, 1998.

COELI, B.M., TOLEDO, O.A. — Hábitos bucais de sucção: aspectos relacionados com a etiologia e com o tratamento. **Revista de Odontopediatria**, n.3, p.43-51, 1994.

CORRÊA MSNP; DISSENHA RMS; WEFFORT SYK. Saúde Bucal do Bebê ao Adolescente - Guia de Orientação. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda., p. 128-41, 2007.

CUNHA, S.R.T. et al. Hábitos bucais In: CORRÊA, M.S.N.P. Odontopediatria na primeira infância. 2. ed. São Paulo: Santos; p. 683-702, 2005.

DA COSTA OO; ORENUGA OO. Dentofacial anomalies related to the digit sucking habit. *Afr J Med Med Sci.* v.31, n.3, p.239-42, 2012.

DE BERKER. Childhood nail diseases, **Dermatol Clin.** Jul;v.24, n.3, p.355-63, 2006.

DEFABJANIS P. Impact of nasal airway obstruction on dentofacial development and sleep disturbances in children: preliminary notes, **J Clin Pediatr Dent.** Winter;v.27,n.2, p.95-100, 2003.

ENLOW, D.H. Crescimento facial. São Paulo, **Artes Médicas.** p.57-75, 1993.

FARSI N.M.; SALAMA F.S. Sucking habits in Saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. **Pediatr Dent.**, vol 19, n. 1, p. 28-33, Jan./Feb. 1997.

FRITSCHER A; ARAUJO D.F.; OLIVEIRA F.A.M; OLIVEIRA M.G. Consideração sobre oclusão e maloclusão na criança. **Rev ABO Nac.** v.6, n.2, p.89-94, 1998.

GALVÃO A.; MENEZES S.F.L; NEMR K. Correlação de hábitos deletérios entre crianças de 4 a 6 anos de escola pública e particular da cidade de Manaus, AM. **Rev CEFAC.** v.8, n.3, p.328-36, 2006.

LABERGE L.; TREMBLAY R.E.; VITARO F.; MONTPLAISIR J. Development of parasomnias from childhood to early adolescence, **Pediatrics.** Jul;v.106, n.1, p.67-74, 2000.

LEITE CAVALCANTI A.; MEDEIROS BEZERRA P.K.; MOURA C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré- escolares brasileiros. **Rev Salud Pública.** N.9, p.194-204, 2007.

LINDNER A.; HELLSING E. Cheek and lip pressure against maxillary dental arch during dummy sucking. **Eur J Orthod.** Oct;v.13, n.5, p.362-6, 1991.

LOPEZ F.U.; CEZAR G.M.; GHISLENI G.L.; FARINA J.C.; BELTRAME K.P.; FERREIRA E.S. Prevalência de maloclusão na dentição decídua. **Rev Fac. Odontol Porto Alegre**. V.43, n.2., p.8-11, 2001.

LIMA G.N.; CORDEIRO C.M.;JUSTO J.S.; RODRIGUES L.C.B. Mordida aberta e hábitos orais em crianças. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. V.15,n.3, p.369-75, 2010.

MARCHESAN I.Q.; ZORZI J. Anuário CEFAC de Fonoaudiologia. 1999/2000 vol. 1. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.

MIOTTO M.H.M.B.; CAVALCANTE W.S.; GODOY L.M.; CAMPOS D.M.K.S.; BARCELLOS L.A. Prevalência de mordida aberta anterior associada a hábitos orais deletérios em crianças de 3 a 5 anos de Vitória, ES. **Rev. CEFAC**. vol.16 no.4 São Paulo July/Aug. 2014.

MOREIRA, M. – Desenvolvimento anatomofuncional da boca: da fase pré-natal aos 3 anos de idade. In: CORRÊA, M.S.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo, Santos. p. 101-15, 1998.

MOYERS, R. E. Ortodontia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

OLIVEIRA PM. Estudo da prevalência, características e fatores relacionados à persistência dos hábitos de sucção não nutritiva em crianças de 5 a 9 anos de idade [tese]. São Paulo, SP: USP; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. 3a ed. São Paulo: Santos; 1991.

PADOVAN, B. A. E. Correlação entre Odontologia e Fonoaudiologia. **Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Maxilar**. Curitiba, Editora Maio Ltda., v.2,p.73-76, 1996.

PARIZOTTO, S.P.C.O.L. & RODRIGUES, C.R.M.D. Tratamento de bruxismo em crianças através de uso de placa de mordida e reabilitação das facetas de desgaste. **J Bras Oclusão, ATM e Dor Orofacial**; v.4,n.13., p.6-10, 2004.

RAVN J.J. The Prevalence of Dummy and Finger Sucking Habits in Copenhagen Children Until Age of 3 Years. **Community Dent Oral Epidemiol**, n.2, p.316-322, 1974.

ROBLES F.R.P.; MENDES F.M.; HADDAD A.E.; CORRÊA M.S.N.P. A influência do período de amamentação nos hábitos de sucção persistentes

e a ocorrência de maloclusões em crianças com dentição decídua completa. **Rev Paul Odontol.** n.21, p.4-9, 1999.

SERRA NEGRA J.M.C; PORDEUS I.A.; ROCHA J.F. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. **Rev Odontol Univ Cid São Paulo.**v.11, n.2., p.79-86, 1997.

SIES,M.L.&CARVALHO,M.P. Uma visão fonoaudiológica em odontopediatria na primeira infância. In: CORRÊA, M. S. N. P. Odontopediatria na primeira infância . São Paulo , Santos. P 39-53, 1998.
SILVA E.L. Hábitos bucais deletérios. **Rev Para Med.** v.20, n.2, p.47-50, 2006.

SOUSA, F.R.N.; TAVEIRA, G.S.; ALMEIDA R.V.D.; PADILHA, W.W.N. O Aleitamento Materno e sua Relação com Hábitos Deletérios e Maloclusão Dentária. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 211-216, set./dez. 2004.

SOUSA R.L.S; LIMA R.B.; FLORÊNCIO F.C.; LIMA K.C.; DIOGENES A.M.N. Prevalência e fatores de risco da mordida aberta anterior na dentadura decídua completa em pré escolares na cidade de Natal, RN. **Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial.** V.2, n 2, p.129-38, 2007.

TADDEI, J. A.; BRASIL, A. L. D.; PALMA, D.; et alli. Manual CrechEficiente: guia prático para educadores e gerentes. Barueri: Minha Editora, 2006.

TOMITA N.E.; BIJELLA V.T.; FANCO L.J. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. **Rev Saúde Pública.** v.3, n.34, p.299-303, 2000.

VADIAKAS G.; OULIS C.; BERDOUSES E. Profile of non-nutritive sucking habits in relation to nursing behavior in pre-school children. **J Clin Pediatr Dent** . v.22, p.133–6, 1998.

VASCONCELOS F.M.N.; MASSONI A.C.L; HEIMER M.V.; KATZ C.R.T, ROSEMBLATT A. Non-Nutritive sucking habits, anterior open bite and associated factors in Brazilian children aged 30-59 months. **Braz Dent J.** v.22, n.2, p.140-5, 2010.

ZARDETTO, C.G.C.; RODRIGUES C.R.M.D. Tese de Cristina Giovanetti Del Conte Zardetto. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Universidade de São Paulo. 2000