

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO- UNISAGRADO

RENATA FREITAS FERREIRA

HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

BAURU

2020

RENATA FREITAS FERREIRA

HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia - Centro Universitário Sagrado Coração de Jesus.

Orientadora: Prof^a Dra. Ana Claudia de Castro F. Conti.

BAURU

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com
ISBD

Ferreira, Renata Freitas

F383h

Hábitos bucais deletérios: implicações clínicas / Renata Freitas
Ferreira. -- 2020.

32f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Cláudia de Castro F. Conti

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru -
SP

1. Ortodontia. 2. Hábitos bucais deletérios. 3. Mordida aberta
anterior. 4. Mordida cruzada posterior. I. Conti, Ana Cláudia de
Castro F. II. Título.

RENATA FREITAS FERREIRA

MÁ OCLUSÃO RELACIONADA AOS HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do título de bacharel em
Odontologia - Centro Universitário
Sagrado Coração- UNISAGRADO.

Aprovado em: 26/11/2020.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Cláudia de Castro F. Conti (Orientadora)
Centro Universitário Sagrado Coração- UNISAGRADO

Prof. Dra.^a Luciana Lourenço Ribeiro Vitor
Centro Universitário Sagrado Coração- UNISAGRADO

Dedico este trabalho aos meus pais, a quem devo tudo; Angelo Renato Ferreira e Vanusa Carla de Freitas Ferreira, com amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida, pela fé no seu infinito amor, pelo dom que me concedeste em seguir esta nobre profissão e pela oportunidade em realizar este sonho.

A minha família, em especial aos meus pais Renato e Vanusa que nunca mediram esforços para minha felicidade. Obrigada pela confiança que sempre depositaram em mim. Eu me espelho em vocês, me baseio em seus valores e me inspiro na luz e humildade que vocês transmitem.

A todo o colegiado de professores desta instituição de ensino superior que muito contribuíram para meu aprendizado e em especial a professora Ana Cláudia, pela honra em tê-la como orientadora, pelo seu entusiasmo com que sempre transmitiu seus ensinamentos de mestre e doutora, tanto em suas aulas quanto no desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus colegas de sala, em particular as minhas amigas Francine e Pamela pelo convívio gratificante durante estes 4 anos, que desde o começo estiveram ao meu lado, sempre apoiando e incentivando uma a outra. Durante essa jornada vocês se tornaram uma família, que levarei para sempre comigo.

Aos meus pacientes, que em clínica, tive a oportunidade e o prazer de conhecer, atender e aprender com eles, todos foram essenciais e únicos.

“Reveste-se de força e dignidade; sorri
diante do futuro” (BÍBLIA SAGRADA,
Provérbios 31:25)

RESUMO

Os hábitos bucais deletérios são aqueles que afetam o desenvolvimento normal da oclusão, sendo resultado da repetição de uma ação constante, que com o tempo se torna resistente as mudanças. Muitos pesquisadores acreditam que os hábitos são as causas frequente da instalação de diversos tipos de má oclusão, contudo concordam que este fato está atrelado com a configuração facial do paciente e a Tríade de Graber: intensidade, frequência e duração do hábito, diante disso acreditam que nem sempre o hábito causa a má oclusão. Os principais hábitos bucais deletérios abordados neste trabalho foram a sucção de dedo e ou chupeta, interposição lingual e respiração bucal. Esses hábitos podem comprometer o desenvolvimento adequado da oclusão podendo causar a mordida aberta anterior e a mordida cruzada posterior por estreitamento da largura maxilar. Deve-se salientar que se esses hábitos forem cessados ainda na fase de dentadura decídua, a mordida aberta anterior pode ser espontaneamente corrigida, porém a mordida cruzada posterior quando presente não apresenta autocorreção. Esses hábitos devem então ser diagnosticados o mais precocemente possível, antes da dentadura mista e os fatores etiológicos devem ser identificados e eliminados quando possível. Deve-se destacar a importância do aleitamento materno para a prevenção desses hábitos enfatizando a necessidade de orientação adequada quanto à essa questão para gestantes e mães. O tratamento das más oclusões e a remoção desses hábitos nocivos para o desenvolvimento normal da oclusão devem ser realizados de maneira multidisciplinar, almejando sempre o bem estar do paciente.

Palavras-chave: Ortodontia, Hábitos bucais deletérios, Mordida aberta anterior,
Mordida cruzada posterior.

ABSTRACT

The deleterious oral habits are those that affect the normal development of the occlusion, resulting from the repetition of a constant action, which over time becomes resistant to changes. Many researchers believe that habits are the frequent causes of the installation of different types of malocclusion, however, they agree that this fact is linked to the patient's facial growth and the Graber Triad: intensity, frequency and duration of the habit. So, the presence of those deleterious habits does not always cause malocclusion. The main deleterious oral habits addressed in this study were the finger and or pacifier sucking, tongue interposition and mouth breathing. These habits can compromise the proper development of the occlusion, causing the anterior open bite and the posterior cross bite by narrowing the maxillary width. It should be noted that if these habits are stopped in the deciduous dentition phase, the anterior open bite can be spontaneously corrected, but the posterior crossbite when present does not present self-correction. These habits must then be diagnosed as early as possible, before mixed dentition and the etiological factors must be identified and eliminated when possible. It is important to highlight the importance of breastfeeding for the prevention of these habits, emphasizing the need for adequate guidance on this issue for pregnant women and mothers. The treatment of malocclusions and the removal of these harmful habits for the normal development of the occlusion must be carried out in a multidisciplinary way, always aiming at the patient's well-being.

Key-words: Orthodontics, Deleterious oral habits, Anterior open bite, Posterior crossbite.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Sucção do Polegar.....	16
Figura 2 - Sucção de vários dedos.....	16
Figura 3 - Sucção de polegar e consequente má-oclusão	16
Figura 4 - Aspecto Morfológico da M.A.A. causada pela sucção do polegar.....	17
Figura 5 - Sucção de chupeta	19
Figura 6 - Posicionamento aípico da chupeta	19
Figura 7 - Aspecto morfológico da M.A.A. causada pela sucção de chupeta.....	19
Figura 8 - Aspecto morfológico da M.A.A. resultante	20
Figura 9 - Hipertrofia de amígdalas palatinas e respiração bucal.....	21
Figura 10 - Amígdalas palatinas hipertrofiadas	22
Figura 11 A,B - Mordida aberta posterior causada por interposição lingual durante a deglutição.....	22
Figura 12 A, B - Interposição lingual e má oclusão correspondente	22
Figura 13 - Close dos esporões colados Nogueira®.....	23
Figura 14 - Oclusão inferior.....	23
Figura 15 A, B - Características faciais de um respirador bucal.....	25

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVO	12
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 ETIOLOGIA DOS HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS.....	13
3.2 SUCÇÃO DIGITAL	14
3.3 SUCÇÃO DE CHUPETA	17
3.4 INTERPOSIÇÃO LINGUAL	20
3.5 RESPIRAÇÃO BUCAL	23
4. DISCUSSÃO.....	26
5. CONCLUSÃO	29
6. REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

A harmonia do sistema estomatognático é imprescindível durante o crescimento craniofacial e desenvolvimento da oclusão. Os dentes irrompem em um ambiente dinâmico onde atuam músculos da mastigação, da língua, e da face, determinando um conjunto de atividades funcionais. Neste ambiente, qualquer modificação no mecanismo funcional poderá alterar o equilíbrio e o desenvolvimento do complexo craniofacial (CUNHA *et al.*,1998). Dessa forma, partindo da premissa que a função modela a forma, pode-se constatar que a maioria dos autores consideram os hábitos bucais como fatores etiológicos das más oclusões. (ALMEIDA, 1990; SILVA FILHO, FREITAS; CAVASSAN,1986; SOLIGO, 1999).

Nesse contexto, pode-se definir hábito como o resultado da repetição constante de um mesmo ato, tornando-se com o tempo resistente às mudanças. No entanto, quando esses hábitos prejudicam o desenvolvimento normal dos arcos dentários são chamados de hábitos bucais deletérios. Segundo Silva (2006), dentre eles podemos mencionar: sucção de chupetas, sucção digital, interposição lingual, onicofagia, bruxismo e respiração bucal. Santos (2005), verificou alta prevalência da presença desses hábitos em crianças entre 3 e 5 anos de idade (41%), distribuídos em 28,5% sucção de chupeta e 12,5% sucção de dedo. A alta prevalência do hábito de sucção do dedo foi atribuída ao tempo de amamentação, gênero, renda familiar, escolaridade dos pais e posição da criança na família. A influência do aleitamento natural no desenvolvimento de hábitos bucais deletérios já foi demonstrada. Serra-Negra, Pordeus e Rocha Júnior (1997), verificaram que 86,1% das crianças avaliadas não apresentaram hábitos deletérios quando amamentadas por no mínimo 6 meses.

A ocorrência destes hábitos na fase de formação dos arcos dentários pode afetar o equilíbrio das forças que agem para manter os dentes na posição correta, de acordo com (ALMEIDA *et al.*, 1999). Dessa forma, o desequilíbrio entre as forças intrabucais, representada pela musculatura da língua, e as forças extrabucais, musculatura do orbicular dos lábios e bucinador, poderia ocasionar diferentes tipos de má oclusão. Essa relação causal depende de fatores inerentes ao paciente, como seu padrão de crescimento, assim como de fatores relacionados, aos hábitos, como sua intensidade, frequência e duração, denominados Tríade de Graber.

Dentre as principais consequências dos hábitos de sucção não nutritivos (sucção digital e de chupeta) podemos citar a mordida aberta anterior (MAA), identificada pela ocorrência de um trespasse vertical negativo na arcada anterior e a mordida cruzada posterior (MCP) identificada por uma falha na dimensão transversal da arcada dentária superior. Já em relação ao hábito de pressionamento lingual, no qual a língua fica interposta sobre os dentes, pode resultar em mordida aberta posterior (MAP), MAA e MCP. Em pacientes respiradores bucais, a presença de palato estreito e profundo associado a um aumento da altura facial podem contribuir para o aparecimento da mordida cruzada posterior e mordida aberta anterior (ALMEIDA *et al.*, 2000).

No tocante ao período mais indicado para uma intervenção nos hábitos bucais deletérios, Silva (2006) afirma que, se os mesmos forem interrompidos entre 3 e 4 anos de idade, normalmente não ocasionará má oclusão e quando presentes, estas podem se autocorrigir, como nos casos de MAA. Ressalta ainda a relevância de abandonar estes hábitos na dentadura decídua e desta forma, evitar o uso de dispositivos ortodônticos, contudo a descontinuidade dos mesmos está atrelada a uma abordagem interdisciplinar, com a conscientização da família, visando sempre o bem estar da criança.

2 OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa bibliográfica consiste em analisar os hábitos bucais deletérios e suas implicações clínicas como fator etiológico das más oclusões.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Essa revisão será dividida em tópicos para facilitar o entendimento.

3.1 ETIOLOGIA DOS HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS

O hábito é consequência da repetição de uma ação com determinada finalidade, tornando-se resistentes as mudanças com o tempo. São também classificados em compulsivos e não compulsivos, o primeiro refere-se quando passa a ser inconsciente na personalidade da criança, de tal maneira que quando não se sente segura recorre a sua prática. Quando classificados como não compulsivos, os hábitos parecem ser mais fáceis de serem abandonados e adquiridos ao longo do desenvolvimento da criança. Os hábitos são considerados por inúmeros pesquisadores como motivo constante do estabelecimento das más oclusões. Entretanto, concordam ao fato que nem sempre causam a má oclusão, pois isto está relacionado com a suscetibilidade genética do paciente e a Tríade de Graber: intensidade, frequência e duração do hábito. Um fator que contribui para que a criança adquira com facilidade hábitos bucais deletérios é o aleitamento artificial precoce (SILVA, 2006).

O aleitamento materno é apontado como um dos principais aliados na prevenção de hábitos bucais deletérios, tendo em vista que proporciona uma postura correta e diminuiu a necessidade de sucção em função de uma maior estabilidade emocional da criança, além de outros benefícios que lhe são inerentes (CARVALHO, 1996; CUNHA 1998 *apud* BARRÊTO *et al.*, 2003).

O tratamento do hábito, após sua instalação, demanda cuidados para amenizar o problema. A colaboração da criança e a compreensão dos pais são essenciais para obter resultados favoráveis (COELI & TOLEDO, 1994; TOLEDO, 1996; MODESTO & AZEVEDO, 1997 *apud* BARRÊTTO; FARIA; CASTRO, 2003).

Em relação à terapêutica para o abandono do hábito, a atuação de um psicólogo e a utilização de dispositivos ortodônticos que devem ser mantidos por 6 meses na boca, são condutas indispensáveis para eliminar completamente este costume (SILVA, 2006).

Conclui-se, portanto que não existe uma solução mágica para o tratamento dos hábitos bucais deletérios, tendo em vista que diversas são suas etiologias, não

havendo um consenso sobre o método mais eficaz, mas a premissa que o tratamento deve ser multidisciplinar.

3.2 SUCÇÃO DIGITAL

A sucção de dedos é uma atitude instintiva que tem início ainda na vida intrauterina (ALMEIDA *et al.*, 2000). Logo é tão intrínseco ao feto, que apesar de se alimentar por meio da placenta, instintivamente succiona o lábio, a língua e o dedo, desta maneira, a função está completamente desenvolvida ao nascer. Sendo uma ação fisiológica e fundamental que deve ser respeitada, uma vez que a criança necessita fazer a sucção para se alimentar e sobreviver (BARNET, 1978 *apud* BARRÊTTO; FARIA; CASTRO, 2003). Principalmente nos 3 primeiros meses de vida, o bebê ainda não enxerga tão bem, não tem apreensão de objetos e portanto, utilizam a boca como meio de comunicação. A boca é o órgão que desde o nascimento está mais apto a atuar, no qual a criança interage com o mundo ao seu redor (Guedes-Pinto *et al.*, 1987 *apud* BARRÊTTO; FARIA; CASTRO, 2003). E assim como na vida intrauterina, as crianças continuam a sucção do peito ou do dedo mesmo quando sua fome nutricional já está saciada, para obter a êxtase emocional, por meio do contato-físico e bem-estar (GIRON, 1988 *apud* BARRÊTTO; FARIA; CASTRO, 2003). A criança pode fazer a sucção do polegar ou de outros dedos, como o indicador, e ainda tem casos que a criança succiona mais de um dedo.

Este hábito tem ligação direta com o emocional da criança, não devendo ser interrompido antes dos 3 anos de idade, tendo em vista que nesta faixa etária as alterações oclusais ocasionadas delimitam-se ao segmento anterior da arcada dentária, podendo ser revertidas naturalmente, uma interrupção brusca pode ocasionar prejuízos emocionais que superam os funcionais, demandando, desta forma uma cuidadosa avaliação visando custo benefício (ALMEIDA *et al.*, 1998). O que pode ser implementado é a substituição do dedo pela chupeta, quando a criança tem necessidade da sucção não-nutritiva, pois a chupeta é mais facilmente abandonada pela criança. Normalmente as crianças tendem a abandonar os hábitos de sucção quando iniciam a vida escolar, e isso tem ocorrido atualmente por volta dos 3 anos de idade, fase em que a criança interage com os amigos e sente cada vez menos necessidade de fazer a sucção não-nutritiva. À proporção que a criança

estabelece uma maior relação com o meio externo, ela abandona o hábito de sucção espontaneamente, favorecendo assim a auto correção dos desvios (ALMEIDA *et al.*, 2000).

Deve ser destacado que a criança deve abandonar o hábito antes dos 5 anos de idade, pois as consequências para a oclusão se tornam mais significativas com o passar do tempo e quando os dentes permanentes começam a irromper no início da dentadura mista. Em um estudo longitudinal executado por Popovich e Thompson, foi verificado que se o hábito for cessado precocemente, o impacto sobre a oclusão é temporário, porém as crianças que interromperam os hábitos bucais depois de 6 anos de idade, nenhuma apresentou oclusão normal aos 12 anos (TOMITA; VITORIANO; LAÉRCIO, 2000).

Fica claro que a persistência deste hábito no estágio inicial da dentadura mista deve ser classificada como deletéria, em razão da irrupção dos incisivos que pode ser prejudicada pela presença do hábito que é capaz de atrapalhar a evolução normal do crescimento facial e da oclusão. O estabelecimento de uma má oclusão não resulta somente da existência do hábito, como também da configuração facial que a criança apresenta, assim como a Tríade de Graber (ALMEIDA *et al.*, 1998).

No momento em que o dedo é sugado ocorrem várias alterações na região dos arcos dentários e na musculatura peribucal. O processo alveolar e os dentes ântero-superiores passam por uma força no sentido apical e vestibular contribuindo para o surgimento de diastemas, no mesmo tempo que os incisivos inferiores ficam inclinados para lingual resultando no aumento do trespassse horizontal. Devido a interposição do dedo acontece a restrição da irrupção dos incisivos, gerando condições para a evolução de uma mordida aberta anterior (ALMEIDA *et al.*, 1998). O posicionamento do polegar no palato desacomoda a língua que se retém em um posicionamento mais inferior. A falta de contato da língua com a face palatina dos dentes póstero-superiores desencadeia a quebra do equilíbrio entre a musculatura externa e interna da cavidade bucal. Assim, o músculo bucinador, que representa a força muscular externa, agindo de fora para dentro vai aplicar uma força que contribui para a inclinação palatina dos dentes postero-superiores e restrição de crescimento transversal da base óssea maxilar. Essa modificação junto a força de sucção gerada pelo músculo bucinador promove a atresia da arcada superior, favorecendo o surgimento da mordida cruzada posterior uni ou bilateral (ALMEIDA *et al.*, 2000).

Figura 1 - Sucção do Polegar.



Fonte: Almeida *et al.* (2000).

Figura 2 - Sucção de vários Dedos.



Fonte: Almeida *et al.* (1998).

Figura 3 - Sucção de polegar e consequente má-oclusão.



Fonte: Almeida *et al.* (2000).

Figura 4 - Aspecto Morfológico da M.A.A. causada pela sucção do polegar.



Fonte: Almeida *et al.* (1998).

3.3 SUCÇÃO DE CHUPETA

A sucção de chupetas consiste no hábito bucal mais constantemente identificado entre as crianças, assim como a sucção digital (ALMEIDA *et al.*, 1998). Da mesma forma que a sucção digital, a necessidade de sucção não-nutritiva do bebê pode fazer com que este adquira o hábito de succionar a chupeta para se acalmar, se saciar emocionalmente e interagir com o meio externo. Devido a sua maior prevalência, estes hábitos são os mais relevantes quando se trata da má oclusão (TOMITA; VITORIANO; LAÉRCIO, 2000).

Deve ser destacado que a chupeta deve ser oferecida ao bebê, principalmente quando a necessidade de fazer a sucção estiver presente, e nessas situações, o bebê pode adquirir o hábito de sucção digital, muito mais difícil de ser abandonado posteriormente. Caso seja indispensável a sua utilização, indica-se o bico ortodôntico, visto que este exige mais da musculatura, do que um bico normal e desloca menos a língua do contato com o palato e dentes, uma vez que seu formato anatômico é menos circular que a chupeta convencional (CUNHA *et al.*, 1998 *apud* BARRÊTTO; FARIA; CASTRO, 2003).

As mudanças morfológicas causadas pela sucção de chupetas são similares as da sucção digital, porém a mordida aberta anterior apresenta um aspecto mais circular e circunscrito (ALMEIDA *et al.*, 1998). Entretanto, existem contradições na literatura sugerindo que as maiores consequências deletérias causadas pela sucção de dedo estejam no obstáculo da eliminação deste hábito, comparando em relação a eliminação de chupeta (SILVA, 2006).

Em um estudo sobre a relação entre hábitos deletérios e má oclusão, constatou-se que crianças com o hábito de sucção de chupeta apresentam risco 3,7 vezes maior de desenvolverem mordida cruzada posterior (SERRA-NEGRA, 1995 *apud* BARRÊTTO; FARIA; CASTRO, 2003). Apesar da maior predisposição para desenvolverem a mordida aberta anterior e a mordida cruzada posterior, quando esse hábito for abandonado precocemente, ainda na dentadura decídua, normalmente não haverá necessidade de utilização de dispositivos ortodônticos. A MAA tende a apresentar autocorreção com o abandono do hábito, porém essa autocorreção depende também da competência da musculatura peribucal da criança, se ela apresenta selamento labial passivo e ainda, se outros hábitos como o pressionamento lingual atípico ou a respiração bucal estiverem presentes. Porém, em relação a MCP, uma vez estabelecida não ocorre autocorreção. Quando houver a necessidade do uso de dispositivos ortodônticos, estes devem ser instalados e se houver persistência do hábito estes devem então ser removido (SILVA, 2006).

Além da sucção da chupeta, existem crianças que também interpõem a argola da mesma no meio dos dentes anteriores, mordendo-a e desta maneira forma-se uma alavanca na qual pressiona para lingual os incisivos superiores e projeta-se a mandíbula para frente (ALMEIDA *et al.*, 1998).

Em um levantamento epidemiológico realizado em escolares da cidade de Bauru, uma ampla associação causa-efeito entre a má oclusão e o hábito de sucção foi encontrada. Entre as crianças com hábito prolongado de sucção, 48% manifestaram unicamente a mordida aberta anterior, 6,9% manifestaram unicamente mordida cruzada posterior, ao passo que 30,5% apresentavam as duas más oclusões (ALMEIDA *et al.*, 1998).

O tratamento para o abandono da sucção não nutritiva e dos efeitos causados na oclusão deve ser realizado de maneira interdisciplinar e é preciso conscientizar a família e a criança (SILVA, 2006).

Figura 5 - Sucção de chupeta.



Fonte: Almeida *et al.* (2000).

Figura 6 - Posicionamento atípico da chupeta.



Fonte: Almeida *et al.* (1998).

Figura 7 - Aspecto morfológico da M.A.A. causada pela sucção de chupeta.



Fonte: Almeida *et al.* (1998).

Figura 8 - Aspecto morfológico da M.A.A. resultante.



Fonte: Almeida *et al.* (1998).

3.4 INTERPOSIÇÃO LINGUAL

O pressionamento lingual atípico constitui-se da interposição da língua entre as arcadas dentárias durante a deglutição, fonação e até mesmo em repouso. O pressionamento lingual se encontra presente em 100% das situações com mordida aberta anterior na qual refere-se de duas formas diferentes, onde consegue estabelecer qual a sua causa ou a consequência. Na primeira situação classifica-se de forma primária, quando representa a razão predominante da má oclusão, neste caso a MAA apresenta uma configuração mais retangular, sendo capaz de envolver os dentes anteriores e posteriores. Na segunda condição, a interposição lingual é considerada secundária à alteração morfológica da sucção de dedos ou chupeta já existente, na qual a língua apenas se adapta. Na região anterior os incisivos superiores e inferiores podem apresentar diastemas generalizados e podem apresentar inclinação para vestibular. A interposição lingual primária pode resultar da hipertrofia das amígdalas palatinas, da macroglossia e de distúrbios neuromusculares referente a algumas síndromes (ALMEIDA *et al.*, 1998 e 2000).

Nogueira *et al.* (2005), apresentaram um novo plano de tratamento para a especialidade da ortodontia, qualificado como esporão lingual colado Nogueira®, para tratar da deglutição atípica por pressionamento lingual. Este novo material foi desenvolvido pela companhia Abzil, baseado com os conceitos dos esporões tradicionais. Os esporões impõem uma mudança da postura, impossibilitando as crianças a chuparem os dedos, na qual anulam a tensão da língua e dos dedos em oposição dos incisivos irrompidos, formados pela atuação dos lábios, evitando assim

a formação ou agravamento de modificações na musculatura lingual e bucal. A fala é frequentemente alterada pelos esporões, que auxiliam a mudar a ação muscular da língua no estabelecendo desta função. Este dispositivo pode ser usado na superfície lingual no arco superior e ou no inferior, depois de concluído o diagnóstico de posição lingual atípica. Esse novo plano de tratamento tem como vantagem por ser um recurso rápido e valor acessível e ainda proporciona independência para língua, por serem pequenos, não restringindo seu espaço na cavidade bucal para execução de suas funções. A eletromiografia é um exame eficiente e uns dois mais indicados para avaliar os resultados do tratamento ortodôntico em relação a musculatura craniofacial, fisiológica temporomandibular e deglutição. Essa proposta de tratamento teve resultados positivos dos pacientes relatando uma boa adaptação ao esporão, não foi identificado nenhum ferimento na língua, possivelmente confirmando a modificação da língua em repouso durante as ações de fonação e deglutição. Os esporões colados Nogueira® alcançam uma oclusão mais segura, ocasionando em uma melhora clinicamente do pressionamento lingual.

Figura 9 - Hipertrofia de amígdalas palatinas e respiração bucal.



Fonte: Almeida *et al.* (1998).

Figura 10 - Amígdalas palatinas hipertrofiadas.



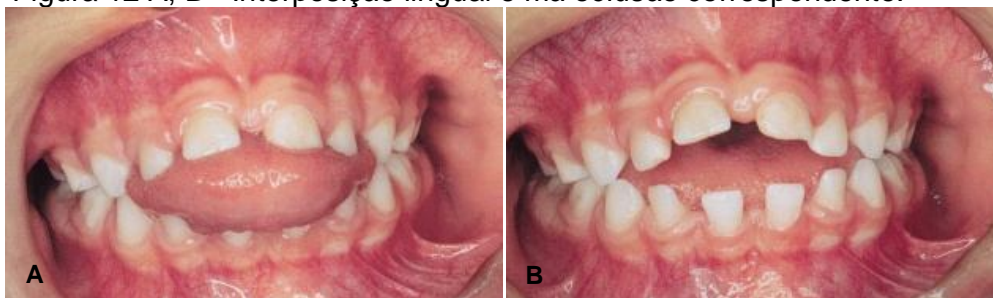
Fonte: Almeida *et al.* (2000).

Figura 11 A,B - Mordida aberta posterior causada por interposição lingual durante a deglutição.



Fonte: Almeida *et al.* (2000).

Figura 12 A, B - Interposição lingual e má oclusão correspondente.



Fonte: Almeida *et al.* (2000).

Figura 13 - Close dos esporões colados Nogueira®.



Fonte: Nogueira *et al.* (2005).

Figura 14 - Oclusão inferior



Fonte: Nogueira *et al.* (2005).

3.5 RESPIRAÇÃO BUCAL

Dentro de um fluxo fisiológico normal a respiração deve acontecer de forma predominantemente nasal, afim de que o ar inspirado possa chegar, umedecido filtrado e aquecido, aos pulmões. Somente em algumas situações faz-se necessário a respiração mista, bucal e nasal, devido à maior demanda de oxigênio, como por exemplo, quando realizamos esforços físicos. No entanto, existem anormalidades causadas por obstruções presentes nas vias aéreas que geram a falha na respiração endonasal, forçando a respiração bucal, ocasionadas em função de desvio do septo nasal, hipertrofia dos cornetos, rinites alérgicas constantes, hipertrofias das amígdalas e hipertrofia da adenóide ou tonsilas faríngeas. O hábito de respiração bucal ocorre em aproximadamente 83% das situações de mordida aberta anterior, provocada por sucção de dedo ou chupeta. A mudança deste hábito demanda alteração na postura, afim de viabilizar a abertura da via bucal, desta forma a criança mantém os lábios entreabertos, a língua sem tocar no palato e repousando mais

anteriormente e inferiormente com deslocamento da mandíbula para baixo e para trás. Apesar de se tratar de uma alteração funcional, sua análise deve se fundamentar em sinais clínicos, radiográficos e morfológicos. A síndrome da face longa na análise facial se descreve por lábios hipotônicos e ressecados, na inexistência de selamento labial passivo, olheiras com aspecto de cansado e narinas pequenas propõe a respiração via bucal. Ressalta-se ainda a importância de um acompanhamento com um fonoaudiólogo, em casos que mesmo com o abandono do obstáculo respiratório o indivíduo em uma ação habitual pode continuar a respirar pela boca (ALMEIDA *et al.*, 1998 e 2000).

A respiração oral e o hábito de sucção além de serem profundamente associados a MAA, também estão atrelados à mordida cruzada posterior e aumento do overjet, a prevalência é relacionada com a seriedade da má oclusão (PAOLANTONIO *et al.*, 2019).

A respiração via nasal é tida como um elemento essencial para a normal evolução de maxilares esqueléticos. Diversos autores acreditam que a má respiração nasal associada a morfologia dento facial é capaz de abalar o padrão do crescimento craniofacial, através dos desequilíbrios dos músculos que ocorrem em função da respiração oral (ZICARI *et al.*, 2009 apud PAOLANTONIO *et al.*, 2019).

A respiração bucal pode ser umas das manifestações clínicas consequente da Síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS), assim como o sono agitado, ronco noturno, pausas respiratórias, dificuldade para respirar, sudorese noturna. Tem-se como prevalência 0,7-3% em crianças, em que o auge de ocorrência é em pré-escolares. A hipertrofia adenotonsilar é o principal motivo da SAOS na infância. E a predisposição da mesma nesta fase é devido a fatores anatômicos como: má-formações craniofaciais, obstrução nasal severa, hipertrofia do tecido linfático da laringe e funcionais, ou seja, problemas neuromusculares (FRANCESCO; FORTE. KOMATSU, 2004).

A qualidade de vida da criança é prejudicada com o aumento das tonsilas e apnéia, essencialmente pelo distúrbio de sono e sofrimento físico. Estas disfunções estão relacionadas também com a modificação ortognática, mastigatória, deformidades da arcada dentaria e deglutição. A intervenção mais utilizada pelos otorrinolaringologistas nos Estados Unidos para o tratamento é a adenoamigdalectomia, que consiste na remoção das tonsilas e traz resultados

bastante positivos na qualidade de vida das crianças (FRANCESCO; FORTE; KOMATSU, 2004).

Paolantonio *et al.* (2019) acreditam que a respiração bucal e os hábitos orais são capazes de prejudicar precocemente a oclusão e caso não sejam interrompidos podem causar maior prejuízo desencadeando uma má oclusão.

Dentro dos fatores etiológicos da má oclusão, os fatores locais são essenciais pra correção, pois quando se trata de origem genética, não são capazes de serem prevenidos. A identificação de um hábito deletério deve ser realizada em um estágio precoce. Os Cirurgiões Dentistas tem o dever de identificar e diagnosticar (MAJORANA *et al.*, 2015).

As consequências da respiração bucal recorrente precisam ser corrigidas por um tratamento multifatorial, envolvendo fonoaudiólogo e cirurgião dentista especializado em ortodontia, afim de restituir os padrões naturais de respiração e crescimento cranofacial. Outros sintomas que ainda podem ser apresentados são: sintomas de rinite, alterações de comportamento, sonolência diurna excessiva e déficit de aprendizado. Portanto a cura da SAOS traz benefícios também para o comportamento e cognição das crianças (FRANCESCO; FORTE; KOMATSU, 2004).

Figura 15 A, B - Características faciais de um respirador bucal.



Fonte: Almeida *et al.* (2000).

4 DISCUSSÃO

A oclusão dentária está relacionada a harmonia do sistema estomatognático, o irrompimento dos dentes ocorre em um meio dinâmico, logo diversos autores classificam os hábitos bucais como agente etiológico das más oclusões (CUNHA *et al.*, 1998).

Estes hábitos que prejudicam o desenvolvimento da arcada dentária são denominados hábitos bucais deletérios e classificam-se como compulsivos e não compulsivos. No entanto, a ocorrência da má oclusão está atrelada também ao fator genético e a Tríade de Graber, que consiste: na intensidade, frequência e duração do hábito (SILVA, 2006).

O presente estudo analisou os principais hábitos bucais deletérios. Sucção de dedo que consiste em um ato instintivo que deve ser considerado, pois mesmo após saciar a fome a criança ainda apresenta a necessidade emocional, este hábito pode causar MAA e MCP. Sucção de chupeta; uns dos hábitos mais comuns e relevantes da má oclusão, assim como a sucção digital sacia a necessidade emocional, caso seu uso seja indispensável recomenda-se a chupeta ortodôntica, ressalta-se que esta é mais fácil de ser abandonada do que o hábito de sucção dedo, tem-se como consequência a MAA e MCP. Interposição lingual que consiste em um pressionamento atípico da língua, encontra-se presente 100% nos casos de MAA, podendo ser primária, ou seja, razão predominante da má oclusão ou secundária de alteração causada por sucção digital ou de chupeta, ocorre durante a deglutição, fonação ou mesmo em repouso. Respiração bucal; a respiração normal deve ocorrer via nasal, contudo algumas anomalias presentes nas vias áreas geram a respiração bucal, podendo ser uma consequência da SAOS, este hábito está presente na maioria das MAA, sua mudança está atrelada a uma alteração de postura.

De acordo com a revisão de literatura o aleitamento materno é de extrema relevância na prevenção de hábitos bucais deletérios, pois proporciona uma postura correta e reduz a demanda por uma maior sucção em função do aconchego emocional. Além disso, o desenvolvimento oral e craniofacial pode ser um problema de saúde no qual as práticas de alimentação podem ter um impacto mensurável e relevante (THOMAZ; CANGUSSU; ASSIS, 2012).

Nesse aspecto, orientações sobre a importância do aleitamento materno poderiam contribuir também para diminuir os riscos de más oclusões embora esse tema seja controverso. Tem sido demonstrada uma associação significativa entre o tipo de aleitamento e um aumento do risco de desenvolvimento de más oclusões (LABBOK; HENDERSHOT, 1987). Por outro lado, outros autores não encontraram uma associação significativa entre os hábitos de amamentação e as más oclusões (MEYERS; HERYZBERG, 1988). Esses estudos apresentam alguma limitação pois a presença de má oclusão é baseada no relato dos pais. Além disso, deve-se destacar que outras variáveis podem influenciar na incidência de más oclusões como genética, sexo, presença de outros hábitos, nível socioeconômico, entre outros (ABREU *et al.*, 2016).

O prolongamento do aleitamento materno está relacionado à introdução gradual de alimentos semissólidos e sólidos na dieta da criança, conforme ocorre o processo de erupção dentária, mas elimina a necessidade do uso de mamadeira. A Organização Mundial da Saúde desaconselha a oferta de bicos artificiais (mamadeira e chupeta), devido à possibilidade de associações com desmame precoce e estabelecimento de más oclusões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Outros autores enfatizaram que as chances de crianças que não receberam o aleitamento materno apresentarem MAA é muito maior do que em crianças que foram amamentadas no seio materno por mais de 12 meses. Da mesma forma em relação a Mordida cruzada posterior, uma vez que crianças amamentadas no seio materno por mais de 12 meses apresentaram 5 vezes menos chance de apresentar MCP em relação às crianças amamentadas de 6 a 12 meses (KOBAYASHI *et al.*, 2010). Portanto, a prática prolongada da amamentação, sem a introdução de mamadeiras e bicos artificiais, parece exercer efeitos muito positivos não só para prevenção de desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos, mas também por estimular diretamente o desenvolvimento oral adequado e a oclusão dentária (ROMERO *et al.*, 2011).

Dessa forma, as evidências disponíveis não demonstraram riscos aparentes na recomendação, como política geral, do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida em países em desenvolvimento e desenvolvidos (WHO, 2006). Nesse sentido pode-se orientar as mães desde a gestação em relação ao aleitamento materno, e se possível não introduzir o

aleitamento artificial ou pelo menos postergá-lo, tanto para a saúde do bebê quanto para diminuir a necessidade de chupetas e prevenção de más oclusões.

Os hábitos bucais de sucção digital e de chupeta devem ser interrompidos o quanto antes, porém não de forma brusca, pois pode causar prejuízos emocionais que superam os funcionais, visto que se interrompidos ainda na dentadura decídua, eventuais más oclusões como a MAA podem ser corrigidas espontaneamente dispensando assim o uso de aparelho ortodôntico. O abandono do hábito deve ocorrer de forma planejada, com um amparo multidisciplinar, envolvendo o profissional, a família, tendo como foco a criança e a preservação de sua saúde física, mental e emocional.

Nos casos de interposição lingual, sua origem deve ser investigada pois se for primária, pode resultar da hipertrofia das amígdalas palatinas, da macroglossia e de distúrbios neuromusculares referente a algumas síndromes (ALMEIDA *et al.*, 1998 e 2000). Nesses casos a remoção cirúrgica das amígdalas palatinas faz parte do tratamento integrado. Após a remoção do agente etiológico e correção da má oclusão quando presente, a fonoaudióloga pode ajudar a melhorar a postura lingual.

No caso da respiração bucal, a literatura tem demonstrado que a presença deste hábito está intimamente relacionada ao overjet aumentado ou diminuído, mordida cruzada anterior ou posterior, e mordida aberta anterior (GRIPPAUDO *et al.*, 2016).

O cirurgião-dentista deve encaminhar a criança para uma avaliação otorrinolaringológica para se detectar precocemente as causas desse hábito. Uma vez que a etiologia da respiração bucal foi diagnosticada, deve-se implementar o tratamento, que pode ser cirúrgico como a correção de desvios de septo, cornetos hipertrofiados, remoção de adenoides e/ou amígdalas, ou tratamento para alergias como a rinite alérgica.

5 CONCLUSÃO

A prevenção dos hábitos bucais deletérios deve ser realizada ainda nas gestantes para enfatizar a importância do aleitamento materno além das informações sobre a implementação de amamentação artificial e uso de chupetas.

O diagnóstico da presença de hábitos bucais deletérios deve ser realizado precocemente e o manejo desses hábitos deve ser realizado de maneira multidisciplinar, envolvendo as áreas da Odontologia, Otorrinolaringologia, Fonoaudiologia e Psicologia. Somente com esse esforço conjunto a criança receberá um tratamento adequado com prognóstico previsível e favorável.

6 REFERÊNCIAS

ABREU, L.G. *et al.* Breastfeeding, bottle feeding and risk of malocclusion in mixed and permanent dentitions: a systematic review. **Braz Oral Res**, São Paulo, v.30, n.1, p. 1-21, Mar 30.2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-83242016000100401&script=sci_arttext. Acesso em: 17 set.2020.

ALMEIDA, R. R. *et al.* A. Etiologia das Más Oclusões - Causas Hereditárias e Congênitas, Adquiridas Gerais, Locais e Proximais (Hábitos Bucais). **R Dental Press OrtodonOrtop Facial**, Maringá, v.5, n.6, p. 107-129, no./dez. 2000. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-298116?lang=fr>. Acesso em: 7 out .2020.

ALMEIDA, R. R. *et al.* Mito ou realidade? **Dental Press. Ortodontia Preventiva e Interceptora**, Maringá, v.4, n.6, p.87-108, nov./dez. - 1999. Disponível em: http://www.coraorto.com.br/arq_sys/neoeditor/file/mito%20ou%20realidade.pdf. Acesso em:12 abr.2020.

ALMEIDA, R.R. *et al.* Mordida Aberto Anterior - Considerações e Apresentação de um Caso Clínico. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**. Maringá, v. 3, n.2, p. 17-29, mar./abr.1998. Disponível em: http://www.coraorto.com.br/arq_sys/neoeditor/file/MAA-1998.pdf. Acesso em: 17 abr.2020.

ALMEIDA, R.R.; URSI, W.J.S. Anterior open bite: etiology and treatment. **Oral Health**, Don Mills, v. 80, n. 1, p. 27-31, jan. 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2388763/> Acesso em: 14 Mai .2020.

BARRÊTTO, E. P. R.; FARIA, M. M.G.; CASTRO, P.R.S. de. Hábitos bucais de sucção não-nutritiva, dedo e chupeta: abordagem multidisciplinar. **J BrasOdontopediatrOdontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.29, p.42-48, jan./fev. 2003. Disponível em: <https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/11/H%C3%A1bitos-Bucais-de-Suc%C3%A7%C3%A3o-N%C3%A3o-nutritiva-Dedo-e-Chupeta-Abordagem-Multidisciplinar.pdf>. Acesso em: 16 maio 2020.

CUNHA, S. R. T. *et al.* Hábitos bucais. In: CORRÊA, M.S.N.P, organizador. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998.

FRANCESCO, R. C. D.; FORTES, F. S. G.; KOMATSU, C. L. Melhora da qualidade de vida em crianças após adenoamigdalectomia. **RevBrasOtorrinilaringol**, São Paulo, v.70, n.6, p.748-51, nov./dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rboto/v70n6/a06v70n6.pdf>. Acesso em: 10 jul.2020.

GRIPPAUDO, C. *et al.* R.Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. **Acta OtorhynolaringolIta**, Pisa, v.36, n.5, p.386-394, Oct.2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27958599/>. Acesso em: 21 jul.2020.

KOBAYASHI, H.M. *et al.* Relationship between breastfeeding duration and prevalence of posterior crossbite in the deciduous dentition. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, St. Louis, Mo, v.137 n.1 p.54-8, jan.2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20122431/>. Acesso em: 23 ago.2020.

LABBOK, M.H, HENDERSHOT, GE. Does breast-feeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. **Am J Prev Med**, New York, NY, v.3, n.4, p.227-32, jul-aug 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20122431/>. Acesso em: 13 jun .2020.

NOGUEIRA, F. F. *et al.* Esporão lingual colado Nogueira®: tratamento coadjuvante da deglutição atípica por pressionamento lingual. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 129-156, abr 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192005000200016&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 11 nov. 2020.

MAJORANA, A. *et al.* Timetable for oral prevention in childhood - developing dentition and oral habits: a current opinion. **Progress in Orthodontics**, Copenhagen, v.16, n.39, p.1-3, nov 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26525869/>. Acessos em: 8 out. 2020.

MEYERS, A., HERTZBERG, J. Bottle-feeding and malocclusion: is there an association? **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, St. Louis, Mo, v.93, n.2, p.149-52, feb 1988. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3422530/>. Acesso em: 10 out.2020.

PAOLANTONIO, E. G. *et al.* C.Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion in Italian preschoolers. **European Journal of Paediatric Dentistry**, Milano, v.20, n.3, p.204-208, sep 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31489819/> Acesso em: 18 ago .2020.

SANTOS, S. A. **Prevalência e fatores de risco à persistência de hábitos bucais de sucção não nutritiva em crianças de 3 a 5 anos de idade**. 2005. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17062/1/bdtd64931.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

SERRA-NEGRA, J. M. C.; PORDEUS, I. A.; ROCHA JÚNIOR, J. F. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e mal oclusões. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v. 11, n. 2., p.78-86, abr./jun. 1997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-06631997000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 24 set .2020.

SILVA, E. S.; Hábitos Bucais Deletérios. **Revista Paraense de Medicina**, Belém v.20, n.2, p. 47-50, abril - junho 2006. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S0101-59072006000200009&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 25 set.2020.

SILVA FILHO, O. G.; FREITAS, S. F.; CAVASSAN, A. O. Hábitos de sucção: elementos passíveis de intervenção. **Estomat. Cult**, Bauru, v. 16, n. 4, p. 61-71, out./dez. 1986. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-43593?lang=en>. Acesso em: 11 jun.2020.

SOLIGO, M. O. Hábitos de sucção e má-oclusão. Repensando esta relação. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 4, n. 6, p. 58-64, nov./dez. 1999. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-271780?lang=pt>. Acesso em: 5 jun.2020.

ROMERO, C.C. *et al.* Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. **J Applied Oral Science**, Bauru, v.19, n.2, 161-8, apr 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21552718/>. Acesso em: 19 ago.2020.

THOMAZ, E.B, CANGUSSU, M.C, ASSIS, A.M. Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: a multivariate analysis. **Int J PediatrOtorhinolaryngol**, Amsterdam, v.76, n.4, p.500-506, apr 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22310072/>. Acesso em: 29 abr .2020.

TOMITA, N. E.; VITORIANO, T. B.; LAÉRCIO, J. F. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré escolares. **RevistaSaúdePública**, Bauru, v.34, n.3, p.299-03, jun 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2000.v34n3/299-303/pt>. Acesso em: 22 ago.2020.

WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Breastfeeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study. **Acta PaediatrSuppl**, Uppsala, v.450, p.16-26, apr 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16817675/>. Acesso em: 14 ago.2020.

World Health Organization. Division of child health and development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: **WHO**, [S.I.] 1998. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43633/9241591544_eng.pdf. Acesso em: 11 set .2020.