



Faculdade de Pindamonhangaba



**Faculdade de Pindamonhangaba**  
**Alinne Laura Vituriano**

# **HÁBITOS EM ORTODONTIA – UMA REVISÃO DA LITERATURA**

**Pindamonhangaba – SP**  
**2014**



Faculdade de Pindamonhangaba



**Alinne Laura Vituriano**

## **HÁBITOS EM ORTODONTIA – UMA REVISÃO DA LITERATURA**

**Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo Curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.**

**Orientador: Prof. MSc. Carlos Eduardo Pereira Fialho**

**Pindamonhangaba – SP  
2014**

Vituriano, Alinne Laura

Hábitos em Ortodontia / Alinne Laura Vituriano /  
Pindamonhangaba-SP : FUNVIC Faculdade de  
Pindamonhangaba, 2014.

47f. : il.

Monografia (Graduação em Odontologia) FUNVIC-SP

Orientador: Prof.º MSc. Carlos Pereira Fialho.

1 Hábitos. 2 Má oclusão. 3 Odontologia. 4  
Ortodontiapreventiva. 5 Sucção não-nutritiva. I Hábitos em  
Ortodontia II Alinne Laura Vituriano.



Faculdade de Pindamonhangaba



**ALINNE LAURA VITURIANO**  
**HÁBITOS EM ORTODONTIA: Revisão de Literatura**

**Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo Curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.**

Data: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

Prof. \_\_\_\_\_ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, porque têm sido tudo em minha vida.

A minha mãe, que sempre me incentivou para a realização dos meus sonhos,  
encorajando-me a enfrentar todos os momentos difíceis da vida e para minha formação  
acadêmica.

Ao meu filho Enzo.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que eu realizasse o meu sonho de me formar em Odontologia, sei que ele operou muitos milagres na minha vida pra que eu chegasse até aqui.

A esta Instituição de Ensino, seu corpo docente, direção e administração pela oportunidade de fazer o curso.

Ao meu orientador professor e mestre Carlos Fialho, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Agradeço a minha mãe Lúcia Helena da Silva D'Avila de Oliveira, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Ao meu padrasto Dermeval D'Avila de Oliveira que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e ajudou-me, durante todo o percurso de minha vida para que eu conquistasse este diploma.

Obrigada aos meus irmãos, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo superior, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

Meus agradecimentos aos meus avós, tios e amigos que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

Ao meu tio Sergio Lopes do Nascimento, por me proporcionar ajuda na reta final de minha graduação me ajudando com o trabalho de conclusão de curso.

Ao meu noivo Israel Pereira de Souza por ter me dado o maior presente de minha vida, que é meu filho Enzo, e por ter me ajudado, apoiado e incentivado nos momentos de provação.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Se não puder correr ande.  
Se não puder andar, rasteje.  
Mas continue em frente de qualquer jeito.  
(Martin Luther King)

## RESUMO

Alguns hábitos bucais tornam-se muito viciosos no dia a dia da criança, fazendo com que prejudique o seu desenvolvimento craniofacial e ocorrendo uma má-oclusão dependendo do tempo, frequência, intensidade e duração. A mordida aberta anterior é muito frequente, devido à sucção de dedo e/ou chupeta, muitas vezes, quando se obtém estas duas más oclusão conseqüentemente o paciente poderá ter uma interposição lingual devido a atresia do palato gerado pelo uso da chupeta e/ou dedo, deve-se utilizar alguns métodos preventivos e terapêuticos para que seja tratado precocemente. Neste caso o aparelho indicado e utilizado para tratar a mordida aberta anterior e interposição lingual é placa de Hawley com grade palatina. Além do aparelho é necessário outros tratamentos multidisciplinar, sendo com psicólogo, fonoaudiólogo e otorrinolaringologista, para que se obtenha um excelente sucesso no tratamento.

**Palavra-chave:** Ortodontia; maloclusão; odontologia, ortodontiapreventiva, sucção não-nutritiva; hábitos.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>2</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>09</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>Hábito Deletério .....</b>	<b>10</b>
3.1.1	DEGLUTIÇÃO ATÍPICA .....	11
3.1.2	SUCÇÃO DE CHUPETA .....	15
3.1.3	HÁBITO DE ONICOFAGIA .....	21
3.1.4	HÁBITO DE RESPIRAÇÃO BUCAL .....	21
3.1.5	HÁBITO DE SUCÇÃO DIGITAL .....	23
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A estética facial é extremamente importante para o bem estar do indivíduo e para o desenvolvimento do relacionamento em sociedade. O equilíbrio entre os sistemas em desenvolvimento que formam o complexo craniofacial, associado a uma correta dicção e mastigação, garantirá a harmonia das funções e proporções faciais.

No que se refere ao crescimento e desenvolvimento craniofacial, sabe-se que por toda vida ocorrem variações de sua estrutura, em decorrência da busca e solicitações a ele projetadas, como, por exemplo, os hábitos orais.

Um hábito pode ser definido como um estímulo aprendido que, quando praticado, pode tornar-se inconsciente e incorporado à personalidade do indivíduo<sup>1</sup>.

A palavra hábito é definida como comportamento que determinada pessoa aprende frequentemente, sem pensar como se deve executá-lo. Portanto é o resultado da repetição de um ato com determinado fim, levando a formação de um padrão de conduta adquirida. As possíveis causas dos hábitos orais podem ser divididas em três categorias: fisiológicas, emocionais e de aprendizado condicionado. Dentre as causas fisiológicas dos hábitos orais encontram-se a respiração bucal, causada frequentemente devido a hipertrofia de adenoides, desvio de septo e pólipos nasais. Qualquer situação ou estímulo que perturbe o senso de segurança ou senso de estima da criança pode produzir tensões que resultam em hábitos orais<sup>2</sup>.

Os hábitos orais, por sua vez, podem ser influenciados, por alguns fatores sociais, como emprego da mãe, inicialmente pelo padrão de aleitamento, tempo que a criança permanece na escola (período integral ou parcial), renda familiar, algumas doenças respiratórias e problemas de fala, entre outros<sup>3</sup>.

A prevalência dos hábitos de sucção diminui com a idade e os hábitos orais até três anos de idade são normais e fazem parte do desenvolvimento emocional da criança, não trazendo prejuízos permanentes para a oclusão porque, até essa idade, a tendência é a autocorreção da má oclusão. Em muitos casos, a persistência do hábito de sucção pode ser traumática em termos emocionais do que a sua eliminação. A criança que é submetida a uma contínua crítica pela família como uma relação indireta do seu hábito de sucção, que usa este hábito como uma arma contra seus pais, que não ousa dormir com outras crianças ou “passar a noite” na casa de um amigo porque tem pavor de que seu vício seja descoberto, está sendo afetada e prejudicada em outros aspectos que não o

dentário. Naturalmente, a sucção preenche uma necessidade emocional inconsciente, mesmo que de forma ineficiente, pois, de outro modo, a criança já teria abandonado este hábito<sup>4</sup>.

Um hábito se implanta por ser agradável e levar à satisfação do indivíduo. A tendência de se realizar um hábito tem, no início participação consciente, mas, gradativamente, pela repetição, se automatiza, aperfeiçoa-se e torna-se inconsciente. Crianças tensas, ansiosas ou sob estresse tem maior prevalência de hábitos orais nocivos do que aquelas consideradas tranquilas. Entre os hábitos orais mais comuns na infância pode-se citar sucção digital, onicofagia, respiração bucal, deglutição atípica<sup>5</sup>.

O objetivo deste trabalho foi abordar o assunto hábitos em ortodontia, baseado na literatura. Dentre os hábitos que foram relatados destacou-se o de sucção de dedo e chupeta, pois para muitos autores foram os maiores causadores de mordida aberta anterior, fato que pode ser constatado na prática clínica.

## **2 MÉTODO**

Este trabalho foi baseado na literatura, em periódicos nacionais e internacionais, onde utilizou-se para a busca as palavras ortodontia, odontologia, maloclusão, odontologia preventiva, hábitos deletérios, mordida aberta anterior e cruzada posterior.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Hábitos Deletérios

Os hábitos deletérios alteram o padrão normal de crescimento e prejudica a oclusão, determinando forças musculares desequilibradas que, durante o crescimento, distorcem a forma da arcada dental e alteram a morfologia normal. A instalação dos efeitos nocivos depende de fatores como duração, frequência e intensidade do hábito<sup>6</sup>.

Os hábitos bucais deletérios são definidos como padrões de contração muscular de natureza complexa e de caráter inconsciente, que podem causar deformidades no crescimento e desenvolvimento ósseo, posições dentárias, no processo respiratório e na fala. Várias alterações do sistema estomatognático causados por hábitos bucais deletérios podem ser enumerados: retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar, mordida aberta anterior, musculatura labial hipotônica, atresia do palato e arco superior, interposição de língua e respiração bucal, além do importante aumento da tendência vertical de crescimento<sup>7</sup>.

Uma alteração no equilíbrio muscular, principalmente causada por hábitos orais deletérios, pode ocasionar modificações no crescimento facial, no desempenho das funções estomatognáticas, na relação oclusal e na estética. As mudanças dento faciais podem afetar a maxila, a mandíbula, a relação entre as arcadas, a função e a posição dos lábios, entre outros aspectos, dependendo do tipo de sucção envolvida. A etiologia dos hábitos bucais deve ser buscada na lactência ou primeira infância. Se não for praticado em excesso ou mantido por muito tempo, aceita-se este fato como um aspecto normal de desenvolvimento<sup>4</sup>.

O hábito bucal deletério consiste em um ato neuromuscular complexo, podendo associar-se com crescimento ósseo deturpado ou retardado, más posições dentárias, distúrbios respiratórios, dificuldade na fala, perturbações no equilíbrio da musculatura e problemas psicológicos. O grau de desequilíbrio associado depende da intensidade, frequência e duração, sendo ainda influenciado pela predisposição individual, idade, condições nutricionais e saúde do indivíduo<sup>1</sup>.

Serra Negra et al (1997)<sup>8</sup>, realizaram um estudo com 357 crianças com idade entre três e cinco anos e constataram que 81,6% das crianças que não apresentaram hábitos bucais deletérios receberam aleitamento materno por seis meses ou mais, sendo que crianças que não receberam amamentação natural, apresentaram risco sete vezes maior de desenvolver hábitos bucais. Em relação à alimentação artificial, para as crianças que foram alimentadas dessa forma por um período superior a um ano houve um risco dez vezes superior de desenvolver hábitos bucais. Ao se analisar as más oclusões, houve risco quatorze vezes maior de desenvolver mordida aberta anterior em crianças portadoras de hábitos bucais deletérios. Não foram descritas as possíveis alterações fonoarticulatórias.

Não devemos confundir hábitos de sucção anormal com uma fase bucal normal de desenvolvimento da criança, que é a fase bucal, onde sua maior percepção e tato estão na boca. Deve-se ter muito cuidado com a remoção do hábito, alguns métodos agressivos como gesso, tala para o braço, amarrar a criança ao dormir, hoje em dia são totalmente condenáveis. A simples colocação da placa de Hawley irá impedir o contato do dedo com o palato, perdendo com isto o prazer da sucção e aos poucos a criança vai eliminando o hábito<sup>6</sup>.

### **3.1.1 Deglutição Atípica**

A deglutição atípica ocorre quando há uma quebra do equilíbrio entre os músculos dos lábios bochechas e língua durante a deglutição. Pode-se dizer que é o desvio no padrão maduro da deglutição<sup>9</sup>.

Para uma deglutição normal é importante que haja um perfeito equilíbrio ou um equilíbrio com forças que se anulem, entre os músculos dos lábios, bochecha e língua. Qualquer desequilíbrio, causado pelos lábios, língua, ou pelo músculo da bochecha, irá originar a deglutição atípica e conseqüentemente a má oclusão se origina de um desequilíbrio da musculatura<sup>6</sup>.

A deglutição atípica se origina basicamente de um desequilíbrio da musculatura entre a cinta muscular perioral e a língua. Ocorre a deglutição atípica devido a: desequilíbrio do controle nervoso: são crianças que não tem controle da musculatura nem coordenação motora devido a um problema neurológico, causando um

desequilíbrio muscular durante a deglutição. Tonsilas inflamadas: a criança que tem uma amigdalite, faz com que a cada deglutição ela coloque sua língua numa posição mais anterior dentro da cavidade bucal, com a intenção de que a língua não toque as amígdalas, causando dor. Macroglossia: são línguas volumosas, onduladas, dando a impressão de que ela não cabe dentro da boca. Anquiloglossia: língua anquilosada (inserção curta e/ou anteriorizada do freio lingual) que não consegue fazer os corretos movimentos de uma deglutição. Freio lingual anormal: ou língua presa. A correção é cirúrgica. Perdas precoces dentais e diastemas anteriores: faz com que a criança coloque a ponta da língua nesses espaços, desenvolvendo o hábito de deglutição com interposição lingual anterior. Desnutrição: gera um quadro de desnutrição de distúrbio neurológico. Fatores simbióticos: sucção de dedo, respiração bucal, etc. Hábitos alimentares inadequados na primeira infância.

Para diagnosticar uma deglutição atípica devemos observar o paciente durante a deglutição, como<sup>6</sup>: posicionamento atípico da língua, ausência de contração dos masseteres, participação da musculatura perioral com pressionamento do lábio e movimentos com a cabeça, sopro ao invés de sucção, tamanho e tonicidade da língua, cuspir ou acumular saliva ao falar, baba noturna, dificuldades na ingestão de alimentos sólidos, desvio na fonação, mímica com os músculos dos lábios, pressão das comissuras e músculos do mento, inclinação da cabeça para trás quando ingere alimentos sólidos.

Existem muitas técnicas criadas e desenvolvidas para a reeducação da deglutição. Esse fato se justifica em grande parte pelo aparecimento de recidivas de alguns tratamentos ortodônticos <sup>6, 10, 11</sup>, sendo eles: métodos funcionais que é realizado por fonoaudiólogo, para reeducar a musculatura, métodos psicológicos que é realizado por psicólogos através de condicionamento e hipnose, métodos mecânicos realizados por ortodontistas através de aparelhos, métodos mistos que são os mais indicados unindo o mecânico (aparelhos) junto com funcionais (exercícios específicos), ou ainda une os métodos funcionais com psicológicos (hipnose).

A interposição atípica de lábio é a interposição da língua associada a uma deglutição normal ou com os dentes em oclusão. É caracterizada pela contração dos lábios, músculos mentoniano e elevador da mandíbula, os dentes ocluem enquanto a língua se projeta para a mordida aberta, a qual é bem circunscrita e delimitada. Com boa intercuspidação. Geralmente, está associada à história do hábito de sucção digital, mesmo que o hábito já tenha sido abandonado, pois é necessário que a língua se projete para frente, pela mordida aberta, para manter um selamento anterior com os lábios

durante a deglutição. Prognóstico extremamente favorável. O indivíduo passa a utilizar a língua para selar a região anterior da boca durante a deglutição. A interposição lingual também ocorre durante a fala ou durante a própria posição postural de repouso da língua. Trazer os lábios de encontro um ao outro e colocar a língua entre os dentes anteriores separados é a única maneira de se alcançar um selamento anterior<sup>12</sup>.

Alguns fatores que podem levar a um padrão errado de deglutição são: desequilíbrio sem controle nervoso, macroglossia, anquiloglossia, freio lingual anormal, perdas precoces, diastemas inter-incisais grandes, respiração bucal e hábitos alimentares inadequados na primeira infância<sup>13</sup>.

A deglutição atípica com interposição lingual pode ser classificada de acordo com seu posicionamento anatômico durante o ato de deglutição, em alta, média e baixa, sendo que a conduta terapêutica está diretamente relacionada com esse posicionamento. Deglutições atípicas, com interposição lingual alta e média, são tratadas, em geral, com placas impedidoras reeducadoras. Por sua vez, as com posicionamento baixo ou, em alguns casos, médio são tratadas com a Placa Reeducadora Geniana de Noüer. Este aparelho é confeccionado para o arco inferior, diferentemente dos outros aparelhos reeducadores linguais conhecidos na literatura, o seu objetivo é reeducar a postura viciosa da língua; desestimular o crescimento longitudinal do arco inferior; propiciar a erupção normal dos incisivos superiores e inferiores; evitar a ação modeladora da língua no sentido longitudinal; eliminar problemas de deglutição; favorecer o crescimento maxilar e promover a respiração normal<sup>9, 14</sup>.

Deglutição com pressão atípica de língua em pacientes com essa má oclusão, os dentes não entram em contato. A língua se aloja entre os incisivos, podendo às vezes se interpor entre pré-molares e molares. Nota-se também contração dos lábios e das comissuras, o que acarreta um estreitamento do arco à altura dos caninos e do músculo mentoniano. Os músculos elevadores da mandíbula não mostram nenhuma contração<sup>6</sup>.

A deglutição atípica de língua se classifica em tipo I que não causam deformidade, tipo II com pressão lingual anterior.

A língua durante a deglutição exerce pressão nos dentes anteriores por lingual ou entre eles. As deformidades são a mordida aberta anterior: a pressão é realizada na região anterior e a deglutição é efetuada com os dentes desocluídos, ficando a língua numa posição como se fosse ser mordida. Como consequência, tem-se uma mordida aberta anterior. A mordida aberta e vestibuloversão: a língua além de se interpor entre os dentes na região anterior, também exerce a pressão anterior, fazendo com que os



incisivos superiores e/ou inferiores exibam uma severa inclinação vestibular (vestibuloversão). A mordida aberta anterior, vestibuloversão e mordida cruzada posterior: o mesmo quadro anterior, associado a uma mordida cruzada posterior uni ou bilateral à altura dos molares, devido à quebra do equilíbrio muscular entre a língua e músculos da bochecha<sup>6</sup>.

Quando temos deglutição atípica com interposição lingual anterior, a conduta inicial é a colocação de um aparelho removível impedor. Este aparelho é uma placa de Hawley superior com grade anterior que vai impedir que a língua continue a se interpor entre os dentes. Um outro impedor de língua, também comumente utilizado, é a muralha acrílica, onde a grade impeditora é substituída por uma barreira de acrílico atrás dos incisivos superiores, cuja altura preenche todo o espaço da mordida aberta anterior, indo até a incisal dos incisivos inferiores. Em casos especiais, a grade impeditora pode ser fixa, soldada a bandas ou coroas metálicas. Esses aparelhos acima citados agem só como impeditores, não corrigindo o hábito.

Além de impedir a interposição da língua a aparatologia removível pode servir também como aparelho reeducador do posicionamento lingual através de um orifício ou anel metálico à altura da papila palatina. O paciente deve ser orientado pelo profissional para que a cada deglutição, coloque a ponta da língua no lugar demarcado.

Além de impedir e reeducar a musculatura lingual, este aparelho pode ter um parafuso expansor mediano ou uma mola Coffin, com a finalidade de descruzar a mordida posterior. A ativação do parafuso expansor é feita uma vez por semana ( $\frac{2}{4}$  de volta se ativado na boca ou  $\frac{1}{4}$  de volta se ativado fora da boca)<sup>6</sup>.



Fig1. Aparelho com Coffin

Fonte: [protad.com.br/apOrtodonticos.php](http://protad.com.br/apOrtodonticos.php)



Fig2. Aparelho em W, quadrihélice/bihélice

Fonte: [marcelamaia.com/produtos/index.php?idpro=16&iframe=true&width=690&height=480](http://marcelamaia.com/produtos/index.php?idpro=16&iframe=true&width=690&height=480)

A pressão lingual lateral é considerada o tipo III, realizada na região lateral do arco à nível de pré-molares, sendo o apoio obtido entre esses dentes do arco superior e inferior. As deformidades resultantes são: mordida aberta lateral: a deglutição é realizada com depressão da mandíbula, ficando a língua presa na região dos pré-molares. Ocorre mordida aberta lateral. (Figura 1). A mordida lateral e mordida cruzada: ocorre mordida aberta na região de apoio, associada a uma mordida cruzada posterior do lado oposto, também devido a uma quebra do equilíbrio muscular deste lado. (Figura 2).

Quando a deglutição atípica for com pressão lateral de língua, o aparelho utilizado é o mesmo anterior, só que a grade impedidora será colocada na lateral e, ao mesmo tempo, a língua deve ser orientada para uma posição correta durante a deglutição através do reeducador<sup>6</sup>.

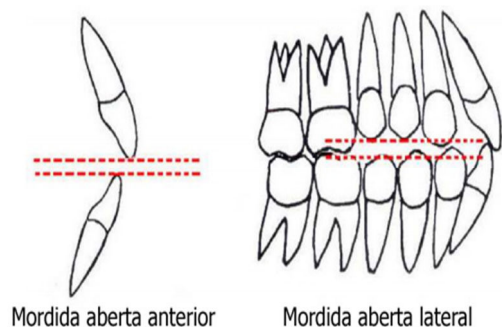


Fig1. Mordida aberta lateral

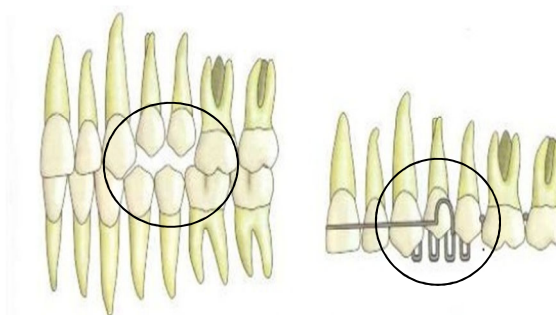


Fig.2. Mordida lateral e mordida cruzada

Fonte: Livro Vellini, 6º Ed. 2004 p. 271.

A deglutição atípica com pressão lingual anterior e lateral é o tipo IV, consequentemente resulta em<sup>6</sup>: mordida aberta anterior e lateral, mordida aberta anterior e lateral com vestibuloversão, mordida aberta anterior e lateral com vestibuloversão e mordida cruzada posterior.

### 3.1.2 Sucção de Chupeta

Geralmente a sucção se inicia desde a vida uterina. A sucção está plenamente desenvolvida quando a criança nasce sendo importante para a nutrição e como meio de comunicação com o ambiente externo. A sucção digital e o uso de chupeta são

considerados reforços psicomotores, que tendem a desaparecer com a idade, normalmente até o terceiro ou quarto ano de vida<sup>15, 16</sup>. Sua persistência além dos quatro anos de idade pode provocar alterações no crescimento e desenvolvimento facial até mesmo más oclusões na própria dentição decídua<sup>17, 18</sup>.

As alterações dentofaciais provocadas pelo uso prolongado de chupeta é semelhante e, invariavelmente, resulta em mordida aberta anterior<sup>19, 20, 21</sup>. Esta má oclusão se caracteriza por inclinação vestibular dos incisivos superiores, inclinação lingual dos incisivos inferiores e atresia do palato, impedindo o completo fechamento dos lábios quando em repouso (Figuras 3 e 4).

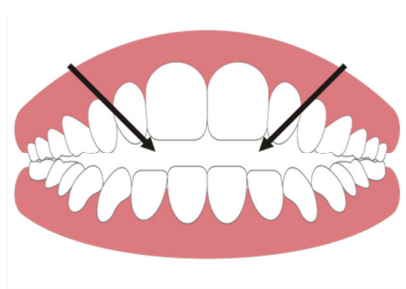


Fig.3 Má oclusão resultante de sucção de chupeta

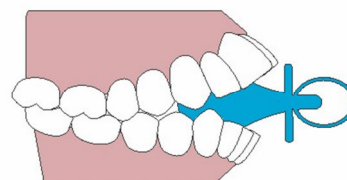


Fig.4 Má oclusão decorrente do uso de chupeta.

Fonte: [www.ortodontista.net](http://www.ortodontista.net)

A ausência de vedamento labial resulta em projeção da língua entre os incisivos- chamada tecnicamente de interposição lingual – durante a deglutição, o que acentua a inclinação dos dentes, altera a respiração, pode passar a ser predominantemente bucal e, conseqüentemente, modificando as pressões entre assoalho nasal e cavidade bucal, assim, afetando o crescimento do palato<sup>19, 22, 23</sup>. Esta interposição lingual não ocorre apenas durante a deglutição, mas também pode ocorrer durante a fala, ou mesmo no repouso<sup>24</sup>. Em todos os casos se cria uma pressão negativa no interior da cavidade bucal, aumentando a atresia do palato resultando em mordida cruzada posterior<sup>25, 26</sup>.

O uso prolongado da chupeta, assim como o da mamadeira, tem prevalência em mais da metade dos pacientes que apresentam hábitos deletérios e, quando este hábito é abandonado antes dos cinco anos, as más oclusões que existirem na dentição decídua se corrigem naturalmente<sup>27, 28</sup>.

O hábito de sucção do dedo, apesar de menos frequente, acarreta problemas dentários mais significantes que a chupeta, pois pode persistir na dentição permanente,

umentando a predisposição à infecções de ouvido, distúrbios de sono e impacto negativo do desenvolvimento emocional das crianças<sup>29,30</sup>. O hábito de sucção de lábios e bochechas ou morder objetos pode ser considerado uma extensão do hábito de sucção digital, com os mesmos mecanismos que resultam nas más oclusões citadas<sup>31,32,33,34</sup>.

Existe alguma evidência de que a sucção de chupeta leva a menos efeitos nocivos sobre a dentição do que a sucção digital, uma vez que este hábito é espontaneamente colocado de lado por volta dos 2-4 anos<sup>35</sup>.

O tipo de maloclusão que pode se desenvolver durante a sucção de dedo depende de variáveis como: a posição do dedo, atividades musculares associadas, posição da mandíbula durante a sucção, padrão esquelético de face, intensidade da força aplicada aos dentes e processo alveolar, frequência e duração do hábito.<sup>36,1</sup>

A má oclusão gerada pela permanência de sucção digital irá refletir-se através de: overjet aumentado, desordens na ATM, mordida cruzada posterior, má oclusão esquelética, má oclusão classe II, divisão<sup>37</sup>, dentes mandibulares retro inclinados, dentes maxilares anteriores vestibularizados e com diastemas, aumento da profundidade maxilar e mordida aberta anterior<sup>38</sup>.

Uma mordida aberta é mais frequentemente vista na região anterior, principalmente, devido a hábitos nocivos como a sucção do polegar ou de outros dedos. Nestes casos, a mordida aberta geralmente é de forma assimétrica. A posição dos dentes e a deformação dos processos alveolares exibem uma configuração que representa aproximadamente, uma impressão negativa do polegar ou dos outros dedos, já que estes são utilizados durante o ato de sucção<sup>12</sup>.

Existe diferença na mordida aberta causada pela chupeta e pelo dedo. A primeira tende a ser mais simétrica, provavelmente porque o próprio desenho da chupeta tende a limitar seu posicionamento na cavidade, ao contrário do dedo que tende ser posicionado no interior da cavidade oral de maneira assimétrica (correspondendo o lado da mão, cujo dedo é succionado, direito ou esquerdo) e, frequentemente, resultando em mordida aberta assimétrica<sup>39</sup>.

As alterações na dentição e oclusão provocadas pelo hábito de sugar o dedo ou chupeta são semelhantes. Os problemas bucais mais frequentes são: mordida aberta anterior, normalmente com contorno circular, incisivos centrais superiores vestibularizados e com diastema e retroinclinação dos incisivos inferiores; mordida cruzada posterior, aumento da sobremordida; arcada superior reduzida; interposição lingual; alteração no padrão da deglutição e da fonação. Entretanto se a criança

abandonar o hábito de sucção por volta dos três anos de idade, a mordida aberta anterior, poderá se autocorrigir, dependendo da ação normal das funções bucais<sup>40, 41, 42</sup>.

O hábito de sucção sem fins nutritivos, é bastante comum na nossa civilização, seja ele de sucção de dedo ou chupeta. Esses hábitos podem gerar alterações no desenvolvimento da oclusão, na fase de crescimento, levando ao estabelecimento de maloclusões<sup>12</sup>.

Podem estar relacionados ao hábito de sucção digital: a protrusão de incisivos superiores<sup>43, 44</sup>, o apinhamento ântero-inferior, os diastemas ântero-superiores. Contudo, a má oclusão mais comumente observada é a mordida aberta anterior.

Profissionais concordam que quanto mais velha é a criança, maior é a dificuldade de tratar-se o hábito de sucção<sup>45, 46</sup>. Mas na medida em que a criança cresce e se desenvolve biologicamente e psicologicamente, ela deve estar apta a passar pelo processo de desmame ou “separação materna” sem que isso signifique um grande problema de ansiedade<sup>61</sup>. Nesta fase ela estará espontaneamente exposta a outros tipos de prazeres e gratificações, próprias ao novo círculo de atividades sociais do qual fará parte, abandonando gradativamente a satisfação da “oralidade”<sup>47</sup>.

A primeira oportunidade para orientação de retirada do hábito de sucção ocorre quando funcionalmente as necessidades neuromusculares da criança já foram supridas, visando assim o equilíbrio orgânico. Se a criança foi muito bem estimulada, ou seja, mamou no peito ou mamadeira, de maneira adequada, o início da retirada ocorrerá por volta dos 8-9 meses de idade, no momento em que começa a erupção do primeiros dentes, e quando a sucção passa a ser desnecessária sob o prisma neurofuncional<sup>48</sup>.

A idade limite considerada por profissionais para não haver comprometimento da forma das arcadas dentárias é por volta dos 4 anos de idade<sup>49</sup>. Até esta idade, não se verificam grandes deformidades buco-faciais causadas por HSNN (hábito de sucção não-nutritivo). E se o hábito for removido nessa época, na maior parte das vezes, o crescimento ósseo se processa de maneira normal, ocorrendo “auto-correção” da maloclusão<sup>50, 51, 9</sup>.

Por volta do 3 a 4 anos de idade, temos a idade anatômica de remoção do hábito, quando a criança tem uma maior capacidade de compreensão e maturidade para poder estar motivada a cooperar com o tratamento. A aceitação da criança ao tratamento é fundamental para o sucesso do mesmo, prevenindo ou minimizando as possíveis consequências<sup>52</sup>. O sucesso na eliminação do hábito de sucção está na motivação da

criança e quando isso ocorre as chances de sucesso são de 90% <sup>53</sup>. Se houver persistência do hábito após a essa idade, o profissional deve então intervir, pois o hábito passa a prejudicar a dentição permanente com consequências irreversíveis. Finalmente uma terceira idade, ou idade emocional consistiria na remoção do hábito somente quando a criança estivesse preparada psicologicamente para deixá-lo, a partir dos 5 anos de idade.

O hábito de sucção não deve ser tratado até que seus riscos potenciais ultrapassem os potenciais benefícios, o que raramente ocorre antes dos 4 anos de idade<sup>54</sup>. Adequado desenvolvimento emocional é considerado crucial para determinar o tempo correto para iniciar um programa de eliminação do hábito.

A maioria das crianças de 5 anos de idade alcançam certa razão e estão intelectual e emocionalmente pronta, facilitando uma comunicação efetiva, compreensão, motivação, cooperação e controle próprio. Em alguns casos o tratamento pode não ser indicado mesmo após os 4 anos de idade. Se esse hábito não for frequente ou quando ele tem uma função importante o bastante para ultrapassar os riscos potenciais. Se por exemplo uma criança passa por uma perda substancial (parente, amigo ou animal), ela pode adotar o hábito de sucção como estratégia de adaptação temporária <sup>55</sup>. Cada criança que é considerada para tratamento de remoção de hábitos deveria ser avaliada para possíveis consequências negativas nas perspectivas de desenvolvimento social e ortodôntico. A idade da criança e a severidade do hábito, a preocupação e motivação da criança e cuidadores, o impacto no desenvolvimento dentofacial, e implicações psicológicas deveriam ser levadas em consideração antes de aplicar-se o tratamento de remoção do hábito. Caso não haja intervenção direta na remoção do hábito de sucção durante certo período, os pais ou cuidadores são aconselhados a ignorar o hábito<sup>56</sup>.

Com o aumento da idade aumenta também a vontade e disponibilidade da criança em colaborar com o tratamento<sup>57</sup>. Existem diferentes técnicas largamente aceitas a utilizadas na clínica para a remoção de HSNN (hábitos de sucção não-nutritiva). Independentemente da técnica a ser utilizada, o profissional deve ter sempre em mente que para qualquer intervenção dê resultado, é necessário que a criança queira abandonar o hábito. A imposição de métodos de tratamento ou colocação de dispositivos mecânicos sem a aceitação da criança irá provocar um desajuste psicológico de grandes dimensões, causando danos irreversíveis à sua personalidade<sup>35</sup>. O uso de métodos punitivos como o uso de esmaltes com gosto ruim, ridicularização da criança, negação

de privilégios e humilhação não são eficazes e só causam frustração. Os métodos “negativos” de remoção do hábito só estimulam a criança a desejar mais ainda sucção<sup>58</sup>.

O primeiro passo é ajudar a criança a “tomar propriedade” do hábito, capacitando-a a assumir responsabilidade por ele, o que a permite ter o poder de livrar-se dele, se for de sua vontade<sup>59</sup>. Mostra-se a criança que ninguém pode decidir por ela, ou seja, que ela tem total responsabilidade pelos seus atos, o que lhe dá a opção de desistir do tratamento se realmente quiser, partindo-se então para a motivação. Tanto o profissional como os pais têm papéis fundamentais nesta tarefa: o profissional deve atuar na motivação da criança por meio de modelos ou fotos de dentes bonitos e feios para tentar explicar à criança quais as consequências de seus hábitos. Deve-se falar sempre numa linguagem acessível e positiva à criança, de forma que ela compreenda o que lhe está sendo pedido<sup>60</sup>.

A participação dos pais é muito importante, em casa reforçando tudo o que for dito pelo profissional no consultório, de maneira que todos utilizem a mesma linguagem. É importante uma atitude positiva em relação às realizações dos filhos, pois pais ansiosos acabam intensificando o hábito da criança<sup>61</sup>. É instruído aos pais que comemorem positivamente com a criança a cada meta atingida, mas que não haja repreensão caso a criança não consiga ficar sem o hábito. Com isso pretende-se motivar a criança sempre com estímulos positivos. Deve-se estabelecer metas específicas e cada vez que a criança conseguir alcançá-la, deve ser recompensada pelos pais ou pelo profissional que a acompanha. A aparatologia ortodôntica também pode ser utilizada para o auxílio da remoção do hábito, com grades linguais que atuam como barreiras para a introdução do dedo ou da chupeta na cavidade bucal. No entanto a criança já deve estar definitivamente motivada quando se opta pelo uso desta aparatologia, senão há fracasso do tratamento quando a criança se nega a usar aparelho<sup>62</sup>.

É necessário o retorno periódico do paciente ao consultório para avaliação e motivação, mantendo-se o contato com a criança.

### 3.1.3 Hábito de Onicofagia

A onicofagia é uma substituição ao ato da sucção do dedo ou da chupeta. Não deve-se repreender pois está relacionado a graves distúrbios emocionais e não causa problemas de oclusão, uma vez que produz pressão só no longe eixo dos dentes<sup>6</sup>.



*Criança portadora do hábito de onicofagia.*

*Fonte: Livro Vellini, 6ª Ed. 2004 p. 274.*

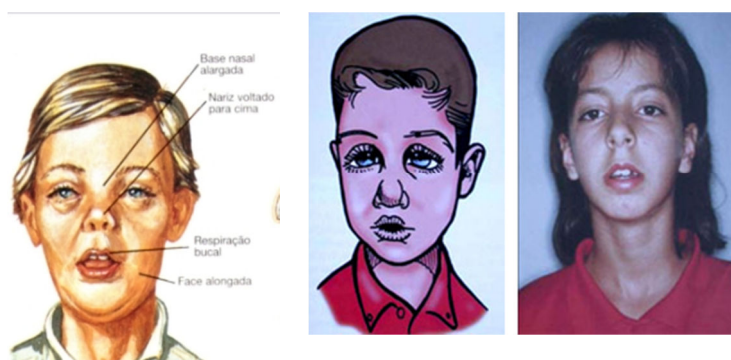
Para a correção da onicofagia, deve haver uma conscientização do hábito e se o paciente quer abandonar esse hábito. Por ser um hábito causado pelo estado emocional do paciente em estar ansioso e ter a necessidade de morder, deve-se orientar a morder um mordedor de borracha por cinco minutos sem parar toda vez que tiver vontade de roer unha e quando estiver ansioso. Outra tentativa é pedir ao paciente para escolher apenas um dedo por semana para deixar que a unha cresça. Os outros podem ser roídos quando tiver vontade<sup>6</sup>.

### 3.1.4 Hábito de Respiração Bucal

A respiração bucal normalmente se associa a paciente com interposição de língua e de lábio, as causas de respiração bucal podem ser: obstruções das vias aéreas superiores, desvios do septo, inflamação da membrana basal, cornetos inflamados, adenóides, etc. O que ocorre, portanto é, que durante a inspiração e expiração o ar só passa pela cavidade bucal, dando como consequência um aumento da pressão aérea intrabucal. O palato, portanto vai se modelando e aprofundando e, ao mesmo tempo,



como o ar não transita pela cavidade nasal, deixa de penetrar nos seios maxilares que ficam atrésicos, dando um aspecto característico ao paciente. Nota-se também uma atresia transversa no maxilar superior, com consequência mordida cruzada posterior bilateral óssea. Numa visão extrabucal o paciente possui “faces adenoideanas”, ou seja, rosto alongado e estreito, olhos caídos, olheiras profundas, sulcos genianos marcados, lábios entreabertos, hipotônicos e ressecados e sulco nasolabial profundo. Esses pacientes frequentemente possuem deglutição atípica e postura de língua e lábios incorretos<sup>6</sup>.



*Fig. Paciente portador de respiração bucal.*

*Fonte: Livro Vellini, 2004*

Feita a devida avaliação, e, se necessário, deve-se enviar o paciente ao otorrinolaringologista para solucionar a obstrução nasal. Isto, no entanto, não é suficiente, pois, removida a causa direta, o paciente continua com o hábito. Há necessidade de que a musculatura seja reabilitada através de exercícios funcionais que fortaleçam os músculos periorais, para que os lábios se mantenham juntos. A respiração também deve ser reeducada através de exercícios respiratórios. Os exercícios de fortalecimento muscular devem ser feitos com chupeta ortodôntica e placa vestibular.

Para a correção da respiração bucal, o aparelho utilizado é o escudo vestibular que impede a penetração do ar pela boca. A respiração, portanto, se faz obrigatoriamente pelas vias aéreas superiores. Recomenda-se o uso do escudo vestibular inicialmente com orifícios que devem ser gradativamente diminuídos. É importante observar se não existe uma real obstrução nasal que deverá ser primeiramente eliminada.

A atividade aérea nasal aumentada estimula o tecido nasal, os seios maxilares e a circulação paranasal, e pode ter uma influência favorável no crescimento de estruturas

ósseas contíguas. Sendo a respiração nasal mais difícil que a bucal, o escudo induz, portanto, a um exercício mais intenso dos músculos da respiração.

Para a correção da mordida cruzada posterior provocada pela atresia transversa do maxilar superior, usa-se o disjuntor fixo, que vai promover a ruptura da rafe mediana<sup>6</sup>.

### **3.1.5 Hábito de Sucção Digital**

A sucção digital é o hábito mais frequente entre as crianças, ao lado da sucção de chupetas, e também o maior causador de mordida aberta anterior e cruzada posterior. É classificada como nutritiva, quando o recém-nascido está sendo amamentado pela mãe. O recém-nascido, de uma forma geral está suprimindo todas as suas necessidades emocionais naquele momento e a não-nutritiva está relacionada a insatisfação psicológica e/ou nutricional, estando relacionado a falta de aleitamento e presença dos pais<sup>1</sup>.

A sucção do polegar provoca, na grande maioria das vezes, uma mordida aberta anterior e distalização da mandíbula, ocasionada por pressão exercida pela mão e braço. O hábito resulta em um estreitamento dos arcos superior e inferior nas regiões de caninos, molares decíduos e pré-molares e em menor grau na região dos molares superiores. Este hábito além de provocar uma deformação por pressão sobre os arcos ele também prejudica a estabilidade do osso alveolar, impedindo o contato funcional dos planos inclinados dos dentes. Ocorre uma vestibularização dos dentes superiores anteriores, e uma mordida aberta originada da interferência do polegar entre os arcos. A pressão do dedo não se faz somente sobre os dentes, mas também sobre o osso alveolar e palato, provocando uma pressão negativa intrabucal e, como consequência, o palato se estreita e aprofunda. A língua durante a deglutição, ocupa uma posição projetada no intuito de promover o selamento anterior<sup>6</sup>.



*Fig. Criança portadora do hábito de sucção de polegar. Notar o pressionamento do dedo sobre os incisivos superiores e inferiores, sobre o palato, assim o posicionamento lingual.*

*Fonte: Livro Flavio Vellini, 2004*

O dedo ou a chupeta, durante a sucção, interpõe-se entre os incisivos superiores e inferiores, restringindo o nascimento destes dentes, enquanto os dentes posteriores continuam a desenvolver-se no sentido vertical. Conseqüentemente, determina-se uma mordida aberta, quase sempre, restrita a região anterior dos arcos dentários, de forma circular e bem circunscrita para o uso da chupeta, enquanto que para a sucção do polegar há uma inclinação dos incisivos superiores para vestibular, surgindo diastemas entre eles, com os incisivos inferiores inclinados para lingual<sup>16, 1</sup>.

Acredita-se que a criança chupa dedo e/ou chupeta devido a três fatores: fisiológicos (necessidade exacerbada de sucção), ambiental (início precoce da alimentação artificial) e emocional (dificuldade em lidar com o ambiente). Existem duas principais teorias que tentam explicar a etiologia do hábito de sucção, a teoria psicanalítica proposta por Freud e a teoria do aprendizado. Ambas abordam os mecanismos comportamentais e psicológicos envolvidos na manutenção e aquisição dos hábitos. A origem do hábito de sucção poderia estar relacionada à necessidade de segurança e prazer. Neste modo, conhecimentos básicos sobre os aspectos psicológicos e comportamentais associados à prática dos hábitos de sucção podem aprimorar a qualidade das orientações sobre o assunto, e contribuir para a prevenção e remoção dos mesmos. Nem todos os que praticam esse hábito irá ter uma deformidade nos arcos e uma má oclusão nos dentes. Depende da posição que o dedo ocupa durante o ato, da duração, repetição, frequência do hábito e do tipo de tecido ósseo que atua<sup>6</sup>.

A sucção é considerada um hábito nutritivo até aos 3 anos de idade e vicioso após essa idade. Hábitos orais de sucção não nutritiva excessiva na criança (tendo em conta a frequência, duração e intensidade), nomeadamente a sucção do dedo, da chupeta ou qualquer outro objeto, assim como a interposição da língua entre as arcadas dentais

na posição de repouso podem causar danos significativos tanto na posição dos dentes como na morfologia maxilo-facial<sup>63</sup>.

Alterações comuns incluem a protusão dos incisivos superiores, retrusão dos inferiores, desenvolvimento de uma mordida aberta, e / ou mordida cruzada posterior com deslocamento funcional da mandíbula<sup>64</sup>.

O tratamento para a remoção deste hábito consiste inicialmente em uma abordagem psicológica da criança fazendo com que ela abandone esse hábito. Pode ser realizada de várias formas como, ilustrações de casos clínicos de pacientes que tiveram esse hábito e depois obteve sucesso, mostrando o antes e depois do caso ou poderá até oferecer alguma recompensa em troca da remoção do hábito<sup>1</sup>. Após a fase de conscientização e aceitação da criança, poderá auxiliar no tratamento com aparelhos específicos que irão ajudar no abandono e na correção de más oclusões instaladas. Dentre os aparelhos indicados para esta finalidade destacam-se a grade palatina fixa ou as pontas ativadas, e quando, existem sequelas transversais, como mordida cruzada posterior, é necessário aparelhos que promovam a expansão da maxila, como as placas expansoras, o quadrihélice, e os disjuntores, “Haas” ou “Hyrax”<sup>12</sup>.

Deve-se ter em mente que a má oclusão pode ser corrigida em qualquer época, enquanto um problema psicológico sério pode persistir por toda a vida, levando a envolvimento muito mais graves que a própria má oclusão<sup>6</sup>.

### **Caso Clínico**

Paciente do gênero masculino, com 8 anos e 3 meses, apresentava a queixa de que os “dentes da frente estão abertos”. Foi relatado por seus responsáveis que ele exercia o hábito de sucção digital. O seu histórico médico não demonstrou nenhuma contraindicação ao tratamento ortodôntico.

Na análise facial foi observada a ausência de assimetrias faciais significantes, perfil convexo, equilíbrio entre os terços faciais, suave protrusão labial e selamento labial passivo (Figura 1).

Na avaliação intrabucal, o paciente encontrava-se na fase de dentição mista, no primeiro período transitório com má oclusão de Classe I. Na avaliação frontal, confirmou-se a severa mordida aberta anterior associada à mordida cruzada posterior

unilateral esquerda. Os molares e caninos encontravam-se numa relação de Classe I, em ambos os lados, embora a mordida cruzada do lado esquerdo dificultasse a avaliação. Numa vista oclusal, a arcada superior apresentava um formato parabólico (Figura 1).

Após a avaliação clínica, o fator etiológico primário, associado a sua má oclusão, foi o hábito de sucção digital e, devido à mordida aberta anterior, o paciente passou a desenvolver a interposição lingual anterior em repouso e durante a deglutição. O planejamento do tratamento interceptor teve como objetivo principal esclarecer o paciente e os responsáveis sobre os efeitos deletérios do hábito de sucção, bem como sobre a necessidade de sua interrupção para restabelecer o desenvolvimento normal da oclusão. Em seguida, devido à pobre cooperação do paciente, optou-se por um aparelho fixo. Assim, a interceptação do hábito de sucção digital e a correção da mordida cruzada posterior dentária foram feitas através da expansão rápida da maxila com um disjuntor de Hass modificado, associado a uma grade palatina. (Figura 2).

O aparelho foi instalado e, inicialmente, nenhuma ativação transversal foi realizada para avaliar o comportamento do paciente quanto à adaptação ao aparelho, bem como o efeito inibitório do hábito de sucção digital e de interposição lingual.

Após 3 meses de tratamento, uma melhora significativa na relação vertical anterior bem como na relação transversa dos arcos, foi obtida somente pela remoção do hábito (Figura 3). Nesse momento, o responsável pelo paciente foi orientado para ativar o parafuso 2/4 de volta, duas vezes ao dia, totalizando assim, a abertura do parafuso 1 mm por dia.

Após oito dias de ativação, foi observado um bom relacionamento transversal dos arcos dentários (Figura 4). O parafuso foi, então, travado com acrílico autopolimerizável. Em seguida, o aparelho foi mantido na cavidade bucal como recurso de contenção por seis meses. Consultas periódicas foram agendadas para avaliar a estabilidade do resultado, bem como a evolução do fechamento da mordida aberta anterior.

Seis meses após a fase de contenção e controle clínico do paciente, a relação vertical dos dentes anteriores apresentava-se com trespasse positivo, bem como a relação transversal posterior satisfatória, demonstrando a eficácia da abordagem terapêutica na remoção do hábito, no fechamento da mordida aberta anterior e da correção da mordida cruzada posterior (Figura 5).



*Fig. 1 – Fotografias faciais e intrabucais iniciais.*



*Fig. 2 – Disjuntor de Hass modificado associado a uma grade palatina instalada.*



*Fig. 3 - Fotografias intrabucais durante o tratamento.*



*Fig 4.- Fotografias intrabucais do final da fase de ativação do aparelho expensor.*



*Fig. 5 – Fotografias intrabucais finais.*

## 4 DISCUSSÃO

A oclusão normal é devida a uma interação do esqueleto, dos tecidos moles e da morfologia dental, que devem se encontrar em harmonia. Os dentes são mantidos em equilíbrio através de duas forças musculares anatômicas, uma de contenção externa e outra de contenção interna. A primeira está representada pelos músculos da bochecha e dos lábios; a segunda pela língua, a qual tem duas ou três vezes mais força do que a musculatura perioral. A língua é um órgão extremamente versátil e capaz de realizar uma série de movimentos e assumir diferentes posições, imprimindo pressões sobre as arcadas dentais. Durante uma deglutição normal é importante que haja um perfeito equilíbrio, ou um equilíbrio com forças que se anulam, entre os músculos dos lábios, bochecha e língua. Qualquer ruptura do equilíbrio, entre lábios, língua e músculos da bochecha, poderá originar a deglutição atípica.<sup>6,4,1</sup>

O hábito em si praticado será incorporado na personalidade do indivíduo, quando o indivíduo se sente ameaçado ou influenciado por alguma situação que prejudique o seu emocional<sup>6</sup>. O hábito deletério causa deformidades e modificações na musculatura e no desenvolvimento craniofacial<sup>4,6,1,7,15,16,17,18,27,28</sup>.

Para que ocorra a deglutição atípica há um desequilíbrio da musculatura entre lábios, bochechas e língua durante a deglutição<sup>6,9</sup>. Para o tratamento de deglutição atípica deve haver reeducação da deglutição e são necessários tratamentos realizados com fonoaudiólogo, psicólogos ortodontistas e associação com fonoaudiólogo e ortodontista<sup>6,10,11,15</sup>.

Ao serem questionados sobre uma possível relação entre amamentação natural/artificial e a aquisição de hábitos como o dedo e chupeta, autores citados como o Flávio Vellini, Moyers, entre outros citados no respectivo trabalho, concordam que a sucção de chupeta e dedo causa mordida aberta anterior. As crianças amamentadas naturalmente conseguem ter as suas necessidades supridas, fazendo com que não ocorra aquisição destes hábitos, pois estão associados ao desenvolvimento psicoemocional, justificando que as crianças que mamam no peito, passam mais tempo com sua mãe, não ocasionando nenhum estímulo artificial, como a chupeta e dedo<sup>48</sup>.

O hábito de sucção ocorre desde a vida uterina e quando a criança nasce, tornando-se importante para a nutrição<sup>16,17,46,53</sup>. Se a sucção de chupeta se persistir após o terceiro ou quarto ano de vida ocorrerá alterações no crescimento e no desenvolvimento craniofacial, quanto mais velha a criança vai se tornando mais difícil



será para tratar o hábito <sup>46, 50</sup>. Entretanto para ser tratado o hábito o ideal é que seja a partir dos 5 anos de idade, pois a criança já está mais preparada psicologicamente e pronta para ser tratada e deixada <sup>35, 55, 63, 64</sup>. Sendo assim, resulta em mordida aberta anterior e conseqüentemente em interposição lingual <sup>17, 18, 19, 20, 21, 4, 32, 27, 28, 12</sup>. As características do hábito de sucção é a mordida aberta anterior juntamente com a atresia do palato que resulta em mordida cruzada posterior <sup>22, 24, 25, 26, 39, 40, 41, 42 45</sup>.

A característica do hábito de sucção digital é a vestibularização dos incisivos superiores anteriores e com a pressão exercida sobre o osso alveolar impede o contato funcional dos planos inclinados dos dentes, ocorrendo então um estreitamento e aprofundamento do palato, conseqüentemente ocorre uma mordida aberta anterior quase sempre na região anterior dos arcos dentários. Contudo a sucção do dedo, resulta em uma atresia do palato e conseqüentemente em mordida cruzada posterior <sup>1, 6, 16</sup>.

Portanto todos os autores citados no trabalho, concordam que nem todos os que praticam um determinado hábito irá ter uma deformidade nos arcos e uma má oclusão nos dentes. Depende da posição que o dedo ocupa durante o ato, da duração, repetição, frequência do hábito e do tipo de tecido ósseo que atua. Também deve ressaltar que uma má oclusão poderá ser corrigida em qualquer época, enquanto um problema psicológico sério pode persistir por toda a vida, levando a envolvimento muito mais graves que a própria má oclusão em si.

## 5 CONCLUSÃO

- Muitos hábitos fazem parte do comportamento de cada criança, tornando-se viciosos ou deletérios quando ocorrem de forma prolongada, sendo prejudicial ao desenvolvimento e crescimento crânio facial.
- A mordida aberta anterior é muito presente na fase de dentição mista, e muitas vezes, tem como causa a interposição da língua;
- É muito importante tratar o caso o mais precocemente possível, primeiro por meio de conscientização tanto da criança quanto dos pais e, em seguida, através de métodos preventivos e terapêuticos adequados;
- O aparelho arco de Hawley é um aparelho de fácil confecção e efetivo para o tratamento de mordida aberta anterior causada por interposição lingual;
- É muito importante o diagnóstico correto e tratamento multidisciplinar, com o auxílio de psicólogo, otorrinolaringologista e fonoaudiólogo para a conquista de um resultado estável.

## REFERÊNCIAS

- 1 Moyers RE. Ortodontia .4a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
- 2 Peterson Jr. JE, Schneider PE. Oral habits a behavioral approach. *Pediatric Clin North Am.* 1991;38(1):1289-3007.
- 3 Tomita NE, Vitoriano TB, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má-oclusão em pré-escolares. *Rev Saúde Pub* 2000;34(3):299-303.
- 4 Hanson ML, Barret RH. Fundamentos da miologia orofacial. Rio de Janeiro: Enelinos; 1995.
- 5 Marchesan IQ, Gomds ICD, Zorzi JL. Tópicos em Fonoaudiologia. 3a. edição. São Paulo: Lovise; 1996.
- 6 Vellini F. Ortodontia Diagnóstico e Planejamento Clínico. 6ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2004.
- 7 Albuquerque Jr. HR, Barros AM, Braga JPV, Carvalho MF, Maia MCG. Hábito bucal deletério e má-oclusão em pacientes da clínica infantil do curso de odontologia da Universidade de Fortaleza. *Rev Bras em Promoção de Saúde.* 2007; 20(1):40-5. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2007.p40>
- 8 Serra-Negra JMC, Pordeus IA, Rocha Jr JF. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusão. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 1997;11(2):79-86.
- 9 Maraccini V. Deglutição atípica com pressão lingual na região geniana [Tese de Mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 1990.
- 10 Padovan BAE. Reeducação mioterápica nas pressões atípicas da língua: Diagnóstico e terapêutica-I. *Ortodontia.* 1976;9(1):59-74.
- 11 Areias RL, Vieira MM, Vieira R.M. Placa corretiva orofacial: uma proposta de terapia funcional dos órgãos fonoarticulatórios. *Revista de Atualização Científica Pro-Fono.*1996;8:51-56.

- 12 Proffit WR. Ortodontia Contemporânea. São Paulo: Pancost; 1991.
- 13 Ferreira FV. Ortodontia-diagnóstico e planejamento clínico. 3a. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
- 14 Kuramae M. et al. Uma proposta de classificação para a deglutição atípica com interposição lingual. J.Bras.Ortod.Facial. 2001 maio-jun;6(33):205-212.
- 15 Koppel H. Oral habits. J Dent Child. 1955;22(3):132-41.
- 16 Almeida RR, Pedrin RRA, Almeida MR, Garib DG, Almeida PCMR, Pinzan A. Etiologia das más oclusões: causas hereditárias e congênitas, adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais). Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial. 2000;5(6):107-29.
- 17 Graber TM. Thumb and fingersucking. Am J Orthod. 1959;45(4):256-64.
- 18 Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ. Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. J Am Dent Assoc. 2001; 132(12):1685-93.
- 19 Petrelli E. Ortodontia para a fonoaudiologia. Curitiba: Editora Lovise; 1992.
- 20 Finn SB, Sim JM. - Odontología pediátrica - hábitos bucales infantiles. 4ed. México: Interamericana; 1976.
- 21 Liden VL. Crescimento e ortopedia facial. Rio de Janeiro: Quintessence Books; 1990.
- 22 Aravena AP, Alvarez JF, Roizen SG. Efecto del mal hábito de succión en la dentición en niños. Pediatría dia. 1998;14(5):269-72.
- 23 Chan C, Pinto AS, Martins JCR, Mendes AJD, Sakima PRT. Estudo cefalométrico dos efeitos esqueléticos e dentários do hábito de sucção de chupeta. Rev Odontol UNESP 1996; 25(NE):171-82.
- 24 Magnusson BO, Koch G, Poulsen S. Pedodontics: a systematic approach. Copenhagen: Munksgaard; 1981.

25 Adair SM, Milano M, Duhku JC. Evaluation of the effects of orthodontic pacifiers on the primary dentitions of 24 to 59 month old children: preliminary study. *Pediatr Dent* 1992; 14(1):13-8.

26 Larsson, E. - Sucking, chewing, and feeding habits and the development of crossbite: a longitudinal study of girls from birth to 3 years of age. *Angle Orthod.* 2001;71(2):116-9.

27 Soncini F, Dornelles S. Ocorrência de hábitos orais nocivos em crianças com 4 anos de idade, de creches públicas no município de Porto Alegre (RS), Brasil. *Pró-fono.* 2000;12(2):103-8.

28 Zuanon ACC, Oliveira MF, Giro EMA, Maia JP. Relação entre o hábito bucal e má oclusão na dentadura decídua. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe.* 2000;3(12):104-8.

29 Ivan Norman RA. Digit-sucking: a review of literature, clinical observations and treatment recommendations. *Int J Orofacial Myology.* 1997;23:14-34.

30 Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(3):299-303.

31 Graber TM. *Ortodoncia: teoría y practica.* 3ed. México: Interamericana; 1980.

32 Haryett RD, Hansen FC, Davidson PO. Chronic thumb-sucking: a second report on treatment and its psychological effects. *Am J Orthod.* 1970;57(2):164-78.

33 Siqueira VCV, Negreiros PE, Benites WRC. A etiologia da mordida aberta na dentadura decídua. *RGO.* 2002;50(2):99-104.

34 Lino AP. - *Ortodontia preventiva básica.* São Paulo: Atlas; 1991. p.767-77.

35 Coeli BM, Toledo OA. Hábitos bucais de sucção: aspectos relacionados com a etiologia e com o tratamento. *Odontopediatria.* 1994;3(1):43-50.

36 Graber TM, Vanarsdall RL. *Ortodontia: Princípios e técnicas atuais.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1976.

37 Singh S, Utreja A, Chawla H. Distribution of malocclusion types among thumb suckers seeking orthodontic treatment. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent.* 2008; 26(3):114-117.

38 Yokota R. Pressure on anterior region of palate during thumb-sucking. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2007;48:57-66

39 Silva-Filho OG, Freitas SF, Cavassan AO. Hábitos de sucção – elementos passíveis de intervenção. *Estomatologia e Cultura* 1986;16:61–71.

40 Cunha SRT. Hábitos bucais. 2a. ed. São Paulo: Santos; 2005.

41 Dadalto ECV. Hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta; estudo seccional [Dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1989.

42 Serra-Negra JMC, Vilela LC, Rosa AR, Andrade. et al. Hábitos bucais deletérios: os filhos imitam as mães na adoção destes hábitos. *Rev Odont Ciência.* 2006;21(52): 146-52

43 Silva-Filho OG, Freitas SF, Cavassan AO. Hábitos de sucção – elementos passíveis de intervenção. *Estomatologia e Cultura* 1986;16:61–71.

44 Carvalho GD. Síndrome do respirador bucal ou insuficiente respirador nasal. *Rev Secret Saúde.* 1996;2(18):22-24.

45 Johnson ED, Larsson BE. Thumb-sucking: Classification and treatment. *Journal of Dentistry for Children.* 1993;60(4):398.

46 Winnicott DW. A criança e seu mundo. 6º Ed. Rio de Janeiro: LTC; 1982.

47 Oliveira PMLC. Estudo da prevalência, característica e fatores relacionados à resistência dos hábitos de sucção não nutritiva em crianças de 5 a 9 anos de idade [Dissertação de Doutorado]. São Paulo:Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2002.

48 Corrêa MSNP. Odontologia na Primeira infância. 1ed. São Paulo: Santos; 1998.

49 Wright L, Schaefer Ab, Solomons G. Encyclopedia of Pediatric Psychology. Baltimore: University Park Press; 1979.

50 Junqueira, P.- Amamentação, Hábitos Orais e Mastigação: orientações, cuidados e dicas. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

51 Oliveira PMLC. Prevalência da mordida aberta anterior em crianças na faixa de 3-6 anos [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 1995.

52 Colleti JM, Bartholomeu JAL. Hábitos nocivos de sucção de dedo e/ou chupeta: Etiologia e remoção do hábito. JBP. 1998;1(3).

53 Pierce BR, Mat Ccc-Sp. Program to eliminate Thumb (or finger) sucking. Int J of Orofac Myology. 1994 nov;20:52-53.

54 Friman PC, Schmitt DB. Thumb-sucking: Pediatricians Guidelines. Clin Pediatr. 1989 October; 28:438-440.

55 Klein Et. The thumb sucking habit: Meaningful or empty? American J of Orthod; 59:283-289; 1971.

56 Umberger FG, Van-Reenen JS. Thumb sucking management: A review. Int J of Orofac Myology. 1995 nov;21:41-47.

57 Rabello MCVB, Bauselis J, Benfatti SV, Percinoto C. Hábitos de sucção em crianças do município de Marília, SP. Revista Ciências Biológicas. 2000;3:59-64.

58 Illingworth RS. The normal child. New York, N.Y.: Churchill Livingstone Inc; 1987.

59 Van Norman AR. Digit Sucking: A review of literature, clinical observations and treatment recommendations. Int J Orofac Myology. 1997;23:14-34.

60 Aguiar KF, Patussi EG, Areal R, Bosco VL. Remoção de hábitos de sucção não nutritiva: Integração da odontopediatria, psicologia e família. Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte. 2005 out-dez;41:4(4):273-368.

61 Macdonald RE, Avery DR. Odontopediatria. 4<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986.

62 Cunha RT, Leber PM. Odontopediatria na primeira infância. 1a. ed. São Paulo: Santos; 1998.

63 Bayardo RE, Mejla JJ, Orozco SLE, Montoya KBS. Etiology of Oral Habits. J Dent Child. 1996;63(5):350-353.

64 Turgeons B, Lachapelle D. Nutritive and nonnutritive sucking habits: a review. J Dent Child. 1996;63(5):321-327.