

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**CLÁUDIA KARINE RODRIGUES SANTOS
THIAGO EXÍQUIO GARCETE**

**HÁBITOS DELETÉRIOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS
NA OCLUSÃO DENTÁRIA**

**PATOS DE MINAS
2016**

**CLÁUDIA KARINE RODRIGUES SANTOS
THIAGO EXÍQUIO GARCETE**

HÁBITOS DELETÉRIOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA OCLUSÃO DENTÁRIA

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

Orientadora: Prof.^a. Ms. Débora Andalécio Ferreira.

**PATOS DE MINAS
2016**

CLÁUDIA KARINE RODRIGUES SANTOS
THIAGO EXÍQUIO GARCETE

HÁBITOS DELETÉRIOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA OCLUSÃO DENTÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 17 de novembro de 2016, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof.^a Ms Débora Andalécio Ferreira
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.^a Ms. Lia Dietrich
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.^a Ms. Mayra Maria Coury França
Faculdade Patos de Minas

HÁBITOS DELETÉRIOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA OCLUSÃO DENTÁRIA

Cláudia Karine Rodrigues Santos e Thiago Exíquio Garcete¹□

Débora Andalécio Ferreira**

RESUMO

Hábitos bucais deletérios são atos repetitivos que podem causar injúrias dentárias e até mesmo esqueléticas, além de interferirem nos processos respiratório, mastigatório e fonético. São exemplos destes hábitos a sucção digital; sucção de mamadeira; sucção de chupeta; hábitos de morder objetos e/ou lábios; interposição lingual; respiração bucal, deglutição atípica e onicofagia. São vários os fatores etiológicos das oclusopatias, dentre eles a duração, frequência e intensidade dos hábitos bucais deletérios entre o terceiro e quarto ano de vida ou após irrupção dos incisivos permanentes que de fato influenciam no desenvolvimento de maloclusões. Este trabalho tem por objetivo verificar a relação entre hábitos bucais deletérios e maloclusões através de uma revisão de literatura

Palavras-chave: Oclusão. Hábitos Deletérios. Dentição Decídua. Dentição Permanente.

ABSTRACT

Harmful oral habits are repetitive acts that might cause dental injuries and even skeletal. They can also interfere in respiratory, masticatory and phonetic processes. Examples of these habits are finger sucking; pacifier sucking; bottle sucking; habit of biting objects and/or lips; tongue thrusting; mouth breathing and nail biting. This article aims to investigate the relationship between oral habits and malocclusion through a literature review. The results show that there are several etiological factors of malocclusion, however, the duration, frequency and intensity of harmful oral habits after four years of age or after eruption of the permanent incisors influence the development of malocclusion.

Keywords: Occlusion. Harmful habits. Primary dentition. Permanent dentition.

Alunos do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM) formando no ano de 2016. clau.ksr@hotmail.com thiago_garcete@hotmail.com

**Professora de Odontopediatria no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista em Odontopediatria pela faculdade Universidade Federal de Uberlândia. Mestrado em Odontopediatria São Leopoldo Mandic. deb_andalecio@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

Hábitos bucais são atos comportamentais repetidos regularmente de forma consciente ou inconsciente, podendo ser classificados em hábitos bucais fisiológicos e hábitos bucais deletérios. É considerado hábito bucal fisiológico a mastigação, deglutição e a respiração nasal. Já se tratando de hábitos deletérios, estes por sua vez são prejudiciais à saúde bucal, podendo por diversas vezes trazer danos ao sistema estomatognático. O sistema estomatognático é uma entidade fisiológica definida e integrada pelo sistema nervoso, sistema muscular, periodonto e oclusão. A harmonia destas unidades constituintes do sistema estomatognático resulta em bem-estar, sendo assim, saúde. Não somente saúde como ausência de doença mas sim bem-estar somático, psíquico e social. ^(1,2,3)

Observa-se na sociedade atual e em gerações anteriores o prevaletimento de hábitos bucais nocivos, como: sucção digital; sucção de chupeta; sucção de mamadeira; hábitos de morder objetos e/ou lábios; interposição lingual; respiração bucal, deglutição atípica e onicofagia. É comum e rotineiro que a criança apresente algum hábito maléfico e até mesmo associações destes hábitos não fisiológicos afinal, é algo incentivado pela família e cuidadores quando, por exemplo, a mamadeira ou a chupeta são oferecidas à criança com o objetivo de acalmá-la. Com isso, tem-se notado uma crescente quantidade de casos de maloclusões. ^(2,4,5)

Maloclusão se refere a alterações na disposição e/ou posição de dentes no arco dentário podendo levar a alterações de forma e função, ou seja, existe uma desarmonia no sistema estomatognático. ^(4,5,6,7)

A alta incidência de pacientes com alterações oclusais decorrentes ou não de hábitos orais danosos, além do fato das maloclusões serem consideradas um problema de saúde pública, faz com que o cirurgião dentista busque formas eficazes de prevenir e tratar tais patologias. Para atuar com medidas preventivas e até mesmo resolutivas é necessário um conhecimento detalhado de uma oclusão funcional e suas variações. Faz-se necessário conhecer o histórico atual dos pacientes acometidos pelas oclusopatias inclusive seus hábitos parafuncionais. ^(8,9)

O trabalho apresentado tem o propósito de identificar a relação entre hábitos orais deletérios e oclusão dentária, ou seja, observar as consequências que esses hábitos não fisiológicos causam às dentições, sejam elas, decíduas ou permanente.

A metodologia adotada para a execução deste trabalho foi a revisão bibliográfica com o intuito de entender e conhecer melhor sobre o assunto e suas consequências.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Oclusão

Oclusão é a forma de articulação entre os maxilares envolvendo dentes, músculos da mastigação, estruturas esqueléticas, articulação temporomandibular e movimentos funcionais da mandíbula, como abertura, fechamento, protusão, retrusão, lateralidade, circundação, rotação, translação e transrotação. Possibilitando uma oclusão em máxima intercuspidação habitual, relação cêntrica e funcional. ⁽¹⁾

A oclusão normal é uma oclusão estável, saudável, e esteticamente agradável. E infelizmente em grande parte dos casos não coincide com a oclusão ideal, a qual segue à risca uma série de padrões que foram reunidos por Andrews, conhecidos como as seis chaves de oclusão de Andrews. ⁽²⁾

É sabido que tanto a oclusão normal quanto a oclusão ideal são encontradas em uma mínima parcela da população no entanto, tem-se uma oclusão aceitável com maior frequência onde apresenta pequenas desarmonias porém, não leva a maloclusões. ^(2,3)

A oclusão normal não se traduz exatamente em uma oclusão perfeita ou ideal. A oclusão normal corresponde a dentes permanentes corretamente ordenados e alinhados nos arcos dentários e em harmonia com as forças estáticas e dinâmicas que atuam sobre eles. Além disso, é fundamental a oclusão cúspide e fossa ideal, contatos proximais justos e coordenados, saúde periodontal e integridade da articulação temporomandibular. Sendo assim a oclusão aceitável tem como preceito mastigação satisfatória, dicção razoável, saúde periodontal e estética aceitável. ⁽³⁾

O desenvolvimento da oclusão é um processo que envolve o sujeito na sua fase natal até a idade adulta, correspondendo desde a irrupção dos dentes permanentes ao completo desenvolvimento das estruturas esqueléticas. O entendimento dos eventos que determinam a transição entre as dentaduras decídua, mista e

permanente é de fundamental relevância para o ortodontista como também para o odontopediatra e para o clínico geral. ⁽⁴⁾

A avaliação da oclusão desde a dentição decídua é de extrema importância pois, já se pode imaginar como será a dentição permanente, sendo que algumas características da dentição decídua influenciam no desenvolvimento da futura dentição. ^(4,5)

A conservação dos dentes decíduos em uma oclusão favorável propicia uma maior probabilidade de dentes permanentes irromperem de forma satisfatória. ⁽⁵⁾

Hábitos Bucais Deletérios

Antes mesmo de avaliar a situação oclusal do paciente faz-se necessário uma rica anamnese, abordando vários aspectos sendo estes sociais, econômicos, culturais, história médica e odontológica, dieta e não menos importante os hábitos deletérios.

Os hábitos orais podem ser apontados como normais ou deletérios. A respiração nasal, a mastigação e a deglutição são considerados hábitos fisiológicos e funcionais, ou seja, normais pois, contribuem para o estabelecimento de uma oclusão normal, favorecendo o crescimento facial em toda sua plenitude e sem desvios. No entanto, a sucção digital, de chupeta e de mamadeira, respiração bucal, deglutição atípica, interposição lingual, hábito de morder objetos e\ou lábios e onicofagia entre outros hábitos nocivos, são considerados hábitos não fisiológicos, ou seja, deletérios. Sendo que estes hábitos parafuncinais apresentam padrões de contração muscular aprendidos de natureza complexa, a princípio consciente e posteriormente inconsciente, podendo atuar como fatores prejudiciais ao crescimento e ao desenvolvimento ósseo, posições dentárias, além do processo respiratório e da fala. ^(6,7)

Os hábitos bucais deletérios são definidos como resultado da repetição de um hábito com determinado fim, tornando-se com o tempo persistente as mudanças. São condutas de contração muscular apreendidos de natureza complexa, envolvendo diversas estruturas, de forma especial o cérebro. São vistos como deletérios quando possuem intensidades e frequências altas, levando a alterações no desenvolvimento e crescimento dos arcos dentários e da face. ⁽⁸⁾

Dentre os principais hábitos orais deletérios temos a sucção digital; sucção de chupeta; sucção de mamadeira; hábito de morder objetos e\ou lábios; interposição lingual; respiração bucal, deglutição atípica e onicofagia. Os primeiros hábitos citados são adquiridos de forma simples e tendem a persistir em crianças que não receberam amamentação ou mesmo tiveram de forma insatisfatória o aleitamento materno nos seis primeiros meses de vida. ⁽⁹⁾

É comum e até mesmo rotineiro que a criança tenha algum hábito deletério e até mesmo associações desses hábitos não fisiológicos, afinal é algo inclusive incentivado pela sociedade, quando por exemplo a mamadeira ou a chupeta são oferecidas à criança com o objetivo de acalmá-las. ^(4,5)

Uma parcela significativa da população infantil apresenta o hábito não nutritivo de sucção de chupeta, tendo em vista que a oferta da mesma é estimulada pelos pais frente ao choro infantil, além de ser um produto de baixo custo e de fácil acesso. Diante disso, a chupeta é citada na literatura como *pacifier* ou *comforter*, dando a ideia de que sua utilização tem como objetivo 'pacificar' ou 'confortar' a criança inquieta. ⁽¹⁰⁾

Os hábitos orais deletérios são demasiadamente relacionados com etiologia de maloclusões, principalmente a mordida aberta anterior, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior unilateral ou bilateral e alterações de estruturas e funções do sistema estomatognático particularmente a mastigação, deglutição, respiração e fonoarticulação. ⁽¹¹⁾

O efeito de um hábito deletério e por consequência o dano causado é resultado da frequência, duração e intensidade. Todo hábito que permanece após os três anos de idade ou que tenha uma frequência acentuada durante o dia e a noite, é considerado mais danoso, sendo capaz de causar maloclusões severas. ⁽¹²⁾

Apesar de ser uma prática comum e até mesmo aceitável os hábitos parafuncionais devem ser observados dentro de parâmetros, observando a frequência, intensidade, duração, idade da criança e predisposição individual relacionada a história odontológica de pais e irmãos. E o mais importante, estabelecer um período para o fim desse hábito, a literatura é bastante clara quanto a isso, o hábito deve ser retirado o mais precoce possível, sendo observada a capacidade de entendimento da criança, vários autores defendem que o hábito deletério deverá ser extinto entre o terceiro ou quarto ano de vida da criança antes que ocorra a troca dos dentes, iniciando assim o processo de

correção espontânea na maioria dos casos, levando a um crescimento normal e um equilíbrio oclusal satisfatório. ^(12,13)

Mesmo que transmita sensação de segurança e conforto, o hábito bucal deletério deverá ser abandonado o mais cedo possível, com o objetivo de evitar alterações estruturais e funcionais graves. ⁽¹³⁾

Não há concordância em relação ao momento exato que a criança deva abandonar o hábito, contudo a maioria dos autores defende que quanto mais precoce ocorrer sua remoção, menores danos ocorrerão. ⁽¹⁴⁾

Sucção Digital

São citados basicamente dois tipos de sucção, sendo ela nutritiva quando fornece nutrientes que são essenciais para o crescimento e desenvolvimento além de uma sensação de contentamento e por outro lado a sucção não nutritiva, quando se consegue somente uma sensação agradável de bem-estar e segurança sem finalidade alimentícia. ⁽¹⁵⁾

A finalidade da sucção por definição, consiste no ato de sugar, chupar, extrair. É sabido que sugar é uma conduta inata do ser humano, desenvolvendo e exercitando-a durante a vida intrauterina, normalmente na vigésima nona semana de gestação, sendo um dos padrões de comportamento mais precoce do recém-nascido. ⁽¹⁶⁾

O hábito de levar a mão a boca, assim como uma série de outros atos são fisiológico do recém-nascido. A sucção é um reflexo natural existente desde a vida intrauterina. Com o objetivo de suprir as necessidades nutricionais do bebê e satisfazer as necessidades efetivas. É válido observar a época em que o hábito de sucção surge, aqueles que aparecem nas primeiras semanas de vida estão associados com alimentação, demandas primitivas de fome. Já em alguns casos a criança começa a sugar o dedo durante a difícil irrupção de um molar decíduo, e em outros casos algumas crianças utilizam a sucção digital para amenizar tensões emocionais, retrocedendo a um padrão de comportamento infantilizado. ^(17,18)

O hábito de sugar ocorre para fins nutritivos e geralmente é realizado no seio materno. No entanto, em algumas situações o aleitamento natural é substituído pelo aleitamento artificial através da mamadeira, sendo que esta, deixa passar um fluxo bem maior de leite fazendo com que a criança consiga em alguns minutos a

plenitude alimentar, com isso, infelizmente o bebê não realiza sucções suficientes para obter satisfação emocional, procurando amenizar a insatisfação com a sucção de dedos ou chupeta. Segundo alguns estudos, crianças que recebem o aleitamento artificial precoce tem maiores chances de adquirirem hábitos bucais nocivos comparadas a aquelas crianças que são amamentadas durante os seis primeiros meses de vida. ⁽¹⁹⁾

A sucção digital é o hábito deletério mais nocivo comparado aos demais hábitos, além de ser o que mais causa desconforto social aos pais e cuidadores. ^(17,18)

Dentre os hábitos bucais deletérios mais frequentes e que geralmente mais preocupa os pais, devido a sua relação antissocial, é o da sucção digital seguido pela sucção de chupeta. ⁽²⁰⁾

Se tratando de sucção digital normalmente a superfície ventral do polegar encosta no palato e fica apoiada sobre os incisivos superiores, agindo como uma alavanca. Algumas vezes pode-se observar que entre o polegar e os incisivos inferiores encontra-se a língua. A variação na direção e interferência no crescimento craniano pode ser causada através da uma pressão negativa executada pelo dedo sobre os dentes, palato e lábios. ⁽²¹⁾

A sucção digital tem como consequência na maioria das vezes, uma mordida aberta anterior e distalização da mandíbula causada por pressão exercida pela mão e braço, levando a um estreitamento dos arcos maxilares. Este hábito produz deformação por pressão sobre os arcos, como também prejudica a instabilidade do osso alveolar, impedindo o contato funcional dos dentes. Nota-se uma vestibularização dos dentes superiores anteriores e uma mordida aberta advinda da interferência do dedo entre os arcos. A falta de contato dos dentes leva a rotação da mandíbula em sentido horário. A pressão do dedo se faz somente sobre os dentes, osso alveolar e palato, provocando uma pressão negativa intrabucal e, por consequência, o palato se estreita e aprofunda. ^(22,23)

Na maioria das vezes o hábito de sucção se encerra entre os 3 a 4 anos de idade, no entanto, em algumas situações tem-se a continuidade do hábito deletério trazendo assim problemas para a oclusão, musculatura facial, posicionamento de maxilares entre outras alterações. ⁽¹⁸⁾

O tipo de maloclusão desenvolvida em um sugador digital dependerá de diversas variáveis, sendo elas; posição do dedo, contrações musculares orofaciais e

a posição da mandíbula durante a sucção. A mordida aberta anterior é a maloclusão mais recorrente. ⁽¹⁸⁾

Sucção de Chupeta e Mamadeira

Desde os primórdios é considerada a necessidade de sucção como sendo um padrão de todos os mamíferos recém-nascidos. Na história da sociedade, perdeu-se no tempo a origem da chupeta e mamadeira. Em escavações arqueológicas foram encontrados utensílios que se assemelham a chupetas e mamadeiras junto a brinquedos de crianças. ⁽²⁴⁾

O hábito de sucção é observado no ser humano desde a sua fase pré-natal. Na 13ª semana temos o início do reflexo. Entre a 17ª semana e a 20ª semana, o processo de sucção e deglutição já se encontram ativos e coordenados a partir da 33ª semana a 36ª semana. ⁽²⁵⁾

O hábito de sucção da chupeta é uma necessidade fisiológica do recém-nascido, pelo instinto de sucção, podendo ser substituído pelo peito materno em uma condição não nutritiva com o objetivo de acalmar o bebê. Dado o início do processo de irrupção dentária a necessidade do hábito de sucção tende a diminuir devido a introdução da mastigação. Naqueles casos onde o hábito não é interrompido a criança poderá apresentar mordida cruzada unilateral ou bilateral. ⁽²⁶⁾

Quando os hábitos de sucção perduram e o dedo ou a chupeta são introduzidos entre os incisivos centrais ocorre uma inclinação para distal de suas coroas ocasionando uma convergência apical, levando a um aumento dimensional do diastema. Um transtorno estético ao sorriso da criança então é gerado. A interferência ortodôntica em casos como esse, inclui a remoção do hábito, fechamento do diastema além de corrigir a angulação dos incisivos. ⁽²⁷⁾

Hábitos de sucção são normalmente associados com distoclusão, mordida aberta, mordida cruzada e mordida profunda. ⁽¹⁸⁾

É indispensável que os pais tenham consciência que o uso das chupetas deve ser feito de forma disciplinada e somente nos momentos de real exigência, os cuidadores devem saber que o formato do bico é extremamente importante, sendo recomendável que eles sejam anatômicos e funcionais, ou seja, os ortodônticos, que se assemelham ao mamilo materno, pois estes permitem a elevação da ponta da língua proporcionando assim uma deglutição favorável que não traga injúrias as

arcadas dentárias. Os responsáveis devem ser informados que não existe bico ortodôntico perfeito e que toda mamadeira ou chupeta, se usada de forma não criteriosa e até mesmo abusiva poderá interferir no desenvolvimento natural das estruturas bucofaciais, como também na adequação de funções e no surgimento de uma maloclusão dentária. ⁽²⁸⁾

As mamadeiras devem apresentar algum orifício posicionado na parte superior do bico, esse deve ser voltado para cima fazendo com que o leite não caia na parte posterior da língua. A sucção da mamadeira deve exigir do recém-nascido o mesmo esforço demandado durante a amamentação, controlando a velocidade de ingestão e o fluxo para que o bebê possa deglutir de forma satisfatória. ⁽²⁴⁾

É importante destacar que nem sempre os hábitos de sucção vão evoluir para uma maloclusão, pois, a presença e o grau de severidade de seus efeitos prejudiciais baseiam-se na Tríade de Graber, que envolve frequência, duração e intensidade do hábito. ⁽²⁹⁾

Interposição Lingual

A língua é um órgão formado por mucosa e músculos exercendo várias funções, entre elas fonação, deglutição, mastigação. ⁽³⁰⁾

A pressão da língua para fora versus a pressão do músculo bucinador para dentro da boca orienta e serve como guia na irrupção dos dentes. ⁽³⁰⁾

Alguns autores consideram que a língua apresenta um papel secundário nas maloclusões, ou seja, ela somente agrava a situação já estabelecida anteriormente. ⁽³⁰⁾

Respirador Bucal

O processo de respiração convencional consiste na passagem do ar pela cavidade nasal, onde é aquecido, umidificado e filtrado, logo em seguida chega aos pulmões. Diante do aparecimento de alguma obstrução nasal, a passagem de ar é dificultada ou até mesmo obstruída, com isso a criança respira pela boca. ⁽³⁾

A obstrução das vias aéreas superiores faz com que indivíduos respirem pela boca, procurando suprir a exigência pulmonar. O respirador bucal, normalmente apresenta os lábios entreabertos o palato mole se levanta e a língua mantém-se

inteiramente apoiada na mandíbula, para baixo e para frente, sem contato com a abóboda palatina. Diante dessas alterações posturais e neuromusculares podem ocorrer atos nocivos levando a rotação da mandíbula em sentido horário. ⁽²³⁾

A deglutição e o posicionamento da língua segundo alguns especialistas são os fatores primordiais de causas recidivas no tratamento ortodôntico e ortopédico. ⁽²⁸⁾

Hábitos de Morder Objetos e Lábio

Algumas crianças e até mesmo adultos desenvolvem o hábito de morder objetos e segurá-los com os dentes, exemplo: brinquedos, tampa de caneta, lápis, cabide entre outros, isso acaba causando desgaste a estrutura dentária e sobrecargas no periodonto podendo ainda, em alguns casos, levar a más posições dentárias. ^(26,27)

Os hábitos de lábios, podem ser classificados em ativos ou passivos. Sendo os ativos representados pelos atos de morder os lábios, deslizar os lábios sobre os dentes, apoiá-lo fortemente nos dentes. Já os atos passivos dizem respeito as posições de apoio no dente superior. ⁽²⁶⁾

Referindo ao hábito de lambe, sugar ou morder os lábios, nota-se como consequência, tecidos peribucais avermelhados, inflamados e ressecados. Além disso, estes hábitos também tem o poder de manter ou agravar uma maloclusão preexistente. Durante o hábito de sucção labial poderá ocorrer uma distoclusão, causada pela interposição do lábio inferior atrás dos incisivos superiores, provocando assim uma força vestibular sobre eles e sobre os incisivos inferiores uma força lingual, tais forças contrárias levam a inclinação dos incisivos superiores para vestibular e inferiores para lingual acentuando o trespasse horizontal, overjet. ⁽³¹⁾

Já em outros casos é o lábio inferior que está ocasionando a labioversão dos dentes superiores e anteriores, mordida aberta e linguoversão dos incisivos inferiores. ⁽¹⁸⁾

Onicofagia

A onicofagia é o hábito de roer unhas, segundo alguns autores é um costume adquirido devido à influência materna, ou seja, quando a criança presencia

a mãe no ato de roer unhas copiando para si este hábito, normalmente está relacionado com tensões emocionais, estresse e ansiedade.^(18,32)

A maloclusão associada a onicofagia poderá levar a más posições dentárias localizadas. No entanto, o que de fato preocupa são as desordens psicológicas que desencadearam a onicofagia propriamente dita.⁽³²⁾

A onicofagia é citada como uma das causas de mal posições dentárias. Crianças agitadas e tensas e em alguns casos hiperativas podem exibir este hábito. Inclusive parece mais difícil a solução nas unhas do que nos dentes, pois envolve o fator emocional.⁽¹⁸⁾

Deglutição Atípica

A criança que ainda não tem os dentes irrompidos na cavidade bucal apresenta a chamada deglutição infantil, que é comum para essa fase. São atributos da deglutição infantil, maxilares separados com interposição da língua, mandíbula estabilizada pelos músculos faciais e controle da deglutição pelo contato do alimento com a língua e os lábios. Quando os dentes decíduos terminam sua irrupção em oclusão normal por volta dos três anos de idade, simultaneamente ocorre a maturação dos músculos faciais e da mastigação, e a criança progride para um novo padrão de deglutição, conhecida como deglutição madura. Durante a deglutição madura os dentes entram em oclusão, a mandíbula é estabilizada por músculos, a língua toca o palato na região da papila incisiva e ocorre participação passiva dos músculos labiais.⁽³⁾

As atipicidades praticáveis durante a deglutição atípica ocorrem devido à interferência da língua entre os arcos dentários, esta ação frequente leva a sobressaliência maxilar em relação a mandíbula, diastemas entre incisivos superiores e inferiores e por consequência mordidas abertas. As ações seguidas tendem a adulterar o perímetro do arco dentário superior, mais suscetível a este tipo de ação que o arco inferior. Tal contexto pode afetar a morfologia do arco dentário superior, instaurando uma mordida cruzada posterior unilateral ou bilateral.⁽³³⁾

Maloclusão

As maloclusões são desarmonias na disposição dos dentes no arco dentário e a relação destes com as bases ósseas e estruturas relacionadas tanto nas

dentições decídua quanto na permanente. Como consequência, tem-se uma insatisfação estética e em alguns casos alterações de fala, respiração, postura, mastigação e deglutição, além de disfunções da articulação temporomandibular. ⁽³⁴⁾

A maloclusão é uma imperfeição dento-facial sendo uma variação clínica significativa do crescimento normal decorrente de vários fatores durante o desenvolvimento, como a interação entre influências ambientais e congênitas. ⁽³⁵⁾ Sendo a maloclusão um desvio morfofuncional do aparelho mastigatório conclui-se que todo e qualquer fator que intervir na formação do esqueleto craniofacial culminará em alteração de forma e função. ⁽³⁵⁾

O problema de oclusão dentária intitulado como maloclusão, consiste de anomalias do crescimento e desenvolvimento, afetando os músculos, os ossos maxilares, e ou a disposição dos dentes nos ossos alveolares. Estas falhas são resultantes de variáveis genéticas, comportamentais, e do meio ambiente, inclusive estímulos positivos e nocivos presentes principalmente durante a formação e desenvolvimento do complexo orofacial desde a primeira idade. Produzindo modificações estéticas nos dentes e na face, impacto funcional na oclusão, mastigação, deglutição e fonação. ^(35;36)

Normalmente, essas patologias são de etiologia multifatorial, resultante da interação de variáveis relacionadas a hereditariedade e ao meio ambiente. No entanto, a literatura evidencia a influência de hábitos deletérios, a sucção de dedo e/ou chupeta, como um fator etiológico na maloclusão, na dentição decídua e mista. ^(37,38,40)

Maloclusões manifestam com maior frequência em crianças que são alimentadas com leite materno por um tempo inferior a seis meses. Por fim é notório a importância do alimento materno, um meio natural e capaz de promover um verdadeiro estabelecimento das funções estomatognáticas, além de levar ao desenvolvimento motor-oral satisfatório para criança. ⁽⁴¹⁾

Dentre as maloclusões na dentição decídua relacionadas a hábitos deletérios os tipos mais citados em estudos e artigos científicos são: apinhamento; sobressaliência; sobremordida; mordida aberta anterior, mordida cruzada anterior e mordida cruzada posterior.

As variações morfológicas e distúrbios funcionais mais recorrentes devido aos hábitos bucais são: mordida aberta anterior, geralmente com contorno circular,

inclinação vestibular e diastema entre os incisivos centrais superiores e retroinclinação dos incisivos inferiores. ⁽²¹⁾

Apinhamento

Apinhamento dentário refere-se a alterações de posição dos dentes no arco dentário, normalmente causado por discrepâncias entre comprimento e largura do arco, comparados ao volume dos dentes, com isso, os dentes apresentam-se em posições e inclinações diferentes daquilo que era esperado. O apinhamento dentário é um dos tipos mais comuns de maloclusão, e possuem uma influência dos hábitos deletérios, no entanto, de acordo com a literatura não possuem uma etiologia clara e definida. ^(17,18,42)

As forças oriundas dos lábios, bochechas, dedos ou outros objetos são capazes de influenciar a posição dos dentes, tanto vertical quanto horizontalmente, se as pressões forem conservadas por um tempo suficiente. Uma pequena quantidade de pressão contínua poderá ser muito eficaz no deslocamento dos dentes. Sendo que qualquer dente individualmente ou todos os dentes de uma secção do arco podem ser deslocados para lingual ou vestibular. ^(7,42)

Sobressaliência

Sobressaliência também denominada trespasse horizontal ou overjet é a distância vestibulolingual entre incisivos inferiores e superiores. Quando essa distância ultrapassa os padrões de normalidade, tem-se o overjet acentuado. ⁽⁴²⁾

A sobressaliência é conceituada como o trespasse horizontal dos incisivos. Geralmente os incisivos encontram-se em proximidade com os superiores à frente dos inferiores somente pela espessura das bordas incisais, sobressaliência de 2-3mm. Nos casos em que os incisivos inferiores encontram-se na frente dos incisivos superiores esta condição é chamada de sobressaliência reversa ou mordida cruzada anterior. ^(17,18,42)

Sobremordida

Sobremordida também chamada de trespasse vertical ou overbite é a parte recoberta do incisivo inferior pelo incisivo superior, ou seja, o incisivo superior não deve ultrapassar mais de um terço da coroa do incisivo inferior. Quando a coroa do incisivo superior ultrapassa um terço da coroa do incisivo inferior tem-se sobremordida ou mordida profunda. ^(32,42)

A sobremordia é determinada como o trespasse vertical dos incisivos. Geralmente, as bordas incisais inferiores tocam a superfície lingual dos incisivos superiores no cingulo ou acima dele, tendo como referência medidas de 1 a 2mm de sobremordida. Os tratamentos para a mordida profunda são levemente diferentes e mutuamente excludentes, tem-se a opção de placas de mordida removíveis, arco de intrusão durante o primeiro estágio de tratamento e por último intruir os incisivos com forças leves e contínuas, independente da escolha de tratamento optar sempre por um monitoramento cauteloso. ^(32,42)

Mordida Aberta Anterior

É a maloclusão que tem relação direta com o hábito de sucção, tem-se uma vestibulo inclinação dos incisivos superiores e até mesmo comprometimento de irrupção dos mesmos, visualmente nota-se uma área arredondada na região de incisivos característico do hábito de sucção. ^(9,42)

O principal fator causal da mordida aberta anterior em crianças que possuem um padrão facial favorável é a sucção do polegar, especialmente se o hábito persistir até a irrupção dos incisivos permanentes. ^(9,42,43)

A mordida aberta é o mais prevalente dano advindo da sucção digital prolongada. A melhor forma de tratá-la é a remoção do hábito deletério, inclusive é indicado que essa remoção ocorra antes do quarto ano de vida ou anteceda a irrupção dos incisivos. Normalmente, a mordida aberta fechará de forma espontânea, sem que seja necessário o uso de um aparelho corretivo. No entanto, caso isso não seja possível, faz-se necessário o uso de um aparelho intraoral, sendo o arco palatino com grade o mais indicado além de um suporte psicológico, é importante salientar que este aparelho não é sinônimo de castigo e sim uma forma de estimular a criança desfazer-se do vício. ^(42,44)

Mordida Cruzada Anterior

É caracterizada pela alteração na relação vestibulo lingual dos incisivos superiores e inferiores devendo ser tratada assim que diagnosticada. A mordida cruzada anterior poderá ser de etiologia esquelética ou dentária variando assim o tratamento das mesmas. ^(23,33,45)

Durante o planejamento para o tratamento das mordidas cruzadas anteriores é de grande valia identificar problemas esqueléticos, como deficiência maxilar ou crescimento excessivo da mandíbula, de mordidas cruzadas, devido ao deslocamento dos dentes. ^(15,45)

Dado o diagnóstico diferencial com respaldo em exame clínico e radiográfico e outros exames complementares inicia-se o tratamento seja ele para a causa esquelética ou dentária, de forma sucinta, as modalidades para a correção podem ser a exodontia de dentes vizinhos quando se tratar de dentição decídua para ganho de espaço no arco dentário, desgastes bilaterais, aparelhos fixos e removíveis. Devendo o ortodontista selecionar o tratamento de maior eficácia para o caso específico. ⁽⁴⁵⁾

Mordida Cruzada Posterior

A mordida cruzada posterior ocorre quando os dentes posteriores estão posicionados lingualmente comparados aos dentes inferiores. ^(3,42)

Tem-se uma relação vestibulolingual insatisfatória entre arco superior e inferior, podendo acometer somente um lado do arco, denominada mordida cruzada posterior unilateral ou ambos os lados, mordida cruzada posterior bilateral. ^(17,18,42)

A mordida cruzada acontece quando a vertente triturante dos dentes inferiores oclui por vestibular com a vertente lisa da face vestibular dos dentes superiores. Já quando a vertente lisa da cúspide lingual dos inferiores oclui com a vertente lisa dos superiores, denomina-se mordida cruzada total; quando a vertente lisa dos dentes superiores oclui com a vertente lisa dos dentes inferiores, denomina-se mordida cruzada invertida. ^(3,17,18)

O tratamento da mordida cruzada posterior diferencia-se de acordo com sua causa. Mordidas cruzadas esqueléticas normalmente resultam em uma maxila estreita e as vezes em uma mandíbula extremamente larga, costumam ser tratadas

com forças intensas para abrir a sutura palatina mediana e alargar a maxila. Já as mordidas cruzadas dentárias são tratadas pela movimentação dos dentes com forças menos intensas. ⁽⁴²⁾

Para definição do tratamento deve-se primeiramente conhecer a etiologia da mordida cruzada, normalmente o tratamento é realizado com aparelhos fixos e do tipo quadriélice ou arco em W assimétrico ou aparelho removível superior assimétrico, podendo fazer uso de elásticos cruzados. ^(17,42)

Prevenção – Tratamento

É sempre mais viável tratar precocemente, porém os hábitos deletérios orais que persistem até os quatro anos de idade não necessitam de intervenções, pois prejuízos funcionais que poderão ser adquiridos serão menores que os benefícios emocionais dos mesmos. ⁽⁴⁶⁾

Naqueles casos em que os pais não conseguem evitar o hábito de sucção é necessário estar ciente de algumas considerações quanto ao tipo de chupeta a ser utilizada, o ideal é que tenha formato anatômico adequado, levando a uma boa adaptação à cavidade bucal, distribuindo forças durante a sucção, estando ajustada no palato. O disco de plástico deve ter um formato côncavo e perfurações com o objetivo de evitar acúmulo de saliva, devendo também proporcionar suporte a musculatura peribuca. ⁽²¹⁾

Depois do quarto ano de vida o hábito passa a ser um fator etiológico significativo para as maloclusões e o profissional deverá certificar-se se este hábito é executado de maneira consciente ou inconsciente e, por fim, se está relacionado a fatores psicológicos. ⁽⁴⁷⁾

Os pais, cuidadores devem iniciar a intervenção através de sugestões noturnas, caso o hábito permaneça após os três anos de idade, com o objetivo de atingir o subconsciente da criança, fazendo com que a mesma abandone o hábito espontaneamente. ⁽⁴⁸⁾

Vale lembrar que deve-se remover o hábito de forma cautelosa, pois a repentina exclusão do hábito deletério poderá levar ao surgimento de tendências antissociais muito mais difíceis de lidar do que o próprio hábito em si e suas consequências. ⁽²²⁾

Para uma extinção consciente e verdadeira é necessário um trabalho interdisciplinar estendendo-o para a família da criança, ou seja, a família precisa ser conscientizada e preparada para lidar com a nova situação. ⁽⁴⁹⁾

Várias são as formas de eliminar o hábito deletério, algumas inclusive contraditórias e até mesmo, radicais. No entanto, uma conversa sincera entre todos os envolvidos, sendo eles paciente, cuidadores e cirurgiões dentistas poderá resolver a situação de imediato, optando assim por uma terapêutica mais simples. Naqueles casos em que esta abordagem não apresente sucesso pode-se estabelecer com a criança um sistema de recompensa, até que ocorra o completo abandono do ato. ⁽⁴²⁾

Quando o hábito já acomete a criança fazendo parte da sua rotina, há necessidade de intervir com ações interceptoras. Nessas situações existem variações nas abordagens que dependerão da idade da criança entre outros fatores, sendo eles: tratamento fonoaudiólogo, utilização de aparelhos ortodônticos, reforço positivo e técnicas de gerenciamento comportamental, com o intuito de eliminar o hábito, e tratar suas consequências. ⁽⁵⁰⁾

Apresentar fotografias e seus respectivos tratamentos em crianças que praticavam sucção digital, serve como um reforço positivo além de estimular o abandono do hábito. ⁽¹⁸⁾

Por fim tendo em vista um tratamento efetivo e menos invasivo, o profissional deverá desenvolver manejos em atividades preventivas. Sendo mais aconselhável abordar precocemente do que em um futuro próximo ter que iniciar tratamentos corretivos, e em alguns casos, inclusive emergenciais. É necessário que o profissional, cirurgião dentista saiba o que de fato é normal para cada idade, para que com isso possa diagnosticar de forma correta e precisa. É interessante elaborar projetos educativos com o objetivo de instruir e conscientizar pais, crianças, gestantes e cuidadores de forma geral, no que diz respeito a amamentação, aleitamento materno, bicos anatômicos, técnicas de higiene bucal, controle de placa, fluoretação e não menos importante os hábitos deletérios e seus prejuízos para a oclusão dentária, partindo sempre do pressuposto de empregar a odontologia conservadora. ⁽¹⁷⁾

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que existe uma relação entre hábitos orais deletérios e maloclusões, principalmente quando observado a tríade de frequência, intensidade e duração e de acordo com alguns autores o tempo de aleitamento materno.

Seria de grande valia incluir medidas profiláticas e de promoção à saúde voltadas a crianças na primeira infância. Fazer ações de conscientização sobre o assunto, planejar e organizar programas e serviços sociais com o intuito de instruir pais e cuidadores quanto ao manejo da criança, estimular a amamentação até os seis meses de idade, instruções de higiene oral e dieta além da intervenção sobre o hábito deletério até o terceiro, quarto ano de vida da criança visando uma oclusão equilibrada levando a uma possível condição bucal saudável.

No entanto, mesmo aplicando todas essas medidas infelizmente ainda ocorrerão casos de maloclusões devido à influência de outros fatores, tendo em vista que é uma patologia multicausal, o que não impede que essas medidas sejam aplicadas, pois, a prevenção ainda é a melhor forma de tratamento.

4 REFERÊNCIAS

- 1- Shimizu RH, Michaelis G, Liu J, Shimizu IA, Ignácio SA. Estudo das Características da Dentição Decídua em Crianças Entre 3 e 6 Anos de Idade. J BrasOrtodonOrtop Facial, Curitiba, 2003; 44(8): 124-131.
- 2- Enlow DH, Hans MG. Noções Básicas Sobre Crescimento Facial. 2/2012. São Paulo: Santos, 2015.
- 3- Janson G, Garib DG, Pinzan A, Henriques JFC, Freitas MR. Introdução à Ortodontia. São Paulo: Artes Médicas, 2013.
- 4- Moura MS, Simplício AHM, Moura LFAD, Moura WL. Alterações na Relação Molar Entre as Dentaduras Decídua e Mista. Rev ABO, 1994; 2(5): 333-9.
- 5- Ferreira RI, Barreira AK, Soares CD, Alves AC. Prevalência de Características da Oclusão Normal na Dentição Decídua. PesquiOdontoBras, 2001; 1(15): 23-28.
- 6- Amary ICM, Rossi LAF, Yumoto VA, Ferreira VJA, Marchesan IQ. Hábitos Deletérios - Alterações de Oclusão. Rer CEFAC, 2002; 4: 123-126
- 7- Júnior HRA, Barros AMM, 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. RevBras Promoção da Saúde, 2007; 20(1): 40-45.
- 8- Camargo GD. A Amamentação Sobre a Função Funcional e Clínica da Odontologia. 1998 [base de dados da internet].
- 9- Carvalho CM, Carvalho LFPC, Forte FDS, Aragão MS, Costa LJ. Prevalência de Mordida Aberta Anterior em Crianças de 3 a 5 Anos em Cabedelo/PE e Relação com Hábitos Bucais Deletérios. PesqBrasOdontopedClinInteg João Pessoa, 2009; 9(2): 205-210.
- 10- Rocha MAM, Castilho SD. Chupeta – Revisão História e Visão Multidisciplinar: Pós e Contras. J Pediatr, 2009; 85: 480-489.
- 11- Sahad MG, Nahár ACR, Júnior HS, Jabur LB, Pinto EG. Avaliação da Transgressão Interincisal Vertical em Crianças com Distúrbios da Fala. Pesq Ora Bras, 2008; 22(8): 245-251.

- 12- Soares CAS. Hábitos Deletérios e Suas Consequências. Rev CROMG Belo Horizonte, 1996; 1(2): 21-25.
- 13- Silva OGF, CavassanAO, Rego MVNN, Silva PRB. Hábitos de Sucção e Má Oclusão: Epidemiologia na Dentadura Decídua. RevClinOrtodon Dental Press, 2003; 2(5): 54-57.
- 14- Heimer MV, Katz CRT, Rosenblat A. Hábitos de Sucção Não Nutritivo, Má Oclusão Dentária e Morfologia Facial em Crianças Brasileiras: Estudo Longitudinal. Eur J Orthod, 2008; 30(6): 580-585.
- 15- Mesomo C, Losso EM. Avaliação do Uso Prolongado de Chupetas Convencionais e Ortodônticas Sobre a Dentição Decídua. Rev Ibero-amOdontopedOdontol Bebê Curitiba, 2004; 7(38): 360-364.
- 16- Peterson JE, Schneider PE. Hábitos Oraís: Uma Abordagem Comportamental. PediatrClin, 1991; 38: 1289-1307.
- 17- Mcdonald RE. Odontopediatria. Rio de Janeiro: Koogan, 1997. 357-366p.
- 18- Moyers RE. Ortodontia. 4 Ed, Rio de Janeiro, Koogan, 1991.
- 19- Braghini M, Dolci GS, Ferreira EJB, Drehmer TM. Relação Entre Aleitamento Materno, Hábito de Sucção, Forma do Arco e Profundidade do Palato. RevOrtoGaúc, 2002; 1(6): 57-64.
- 20- Silva OGF. Sucção Digital – Abordagem Disciplinar. Estomat Cult, 1986; 2(16): 44-52.
- 21- Corrêa MSNP. Odontopediatria na Primeira Infância. 3 Ed. São Paulo: Santos, 2010
- 22- Ferreira FV. Ortodontia Diagnóstico e Planejamento. São Paulo: Artes Médicas, 1998; 253-280.
- 23- Carminatti K. Hábitos Deletérios X Maloclusão: Nos Limites da Tipologia Facial. Rev CEFAC Rio de Janeiro, 2000; 1-43.

- 24- Moreira M, Corrêa MSNP. Odontopediatria na Primeira Infância. 3 Ed. São Paulo: Santos, 2010
- 25- Guia do Bebê [homepage na internet]. Gravidez semana a semana [acesso em 10 mar 2016]. Disponível em: <http://guiadobebe.uol.com.br/receba-o-gravidez-semana-semana-por-email>.
- 26- Cervera DA, Cervera SA, Cervera SE. Apostila do Curso Ledosa. Ciclo, Madrid: 1995
- 27- Almeida RR. Diastemas Interincisivos Superiores: Quando e Como Intervi. RevDent Press OrtodonOrtopFaci, 2004; 3(9): 137-153.
- 28- Chedid SJ. Ortopedia e Ortodontia Para a Dentição Decídua: Atendimento Integral ao Desenvolvimento da Oclusão Infantil. São Paulo: Santos, 2012.
- 29- Cunha SRT, Corrêa MSNP. Hábitos Bucais. São Paulo: Santos, 1998
- 30- Neto AJF, Neves FD, Junior PCS. Oclusão. São Paulo: Artes Médicas, 2013.
- 31- Corrêa MSNP. Odontopediatria na Primeira Infância. 3 Ed. São Paulo: Santos, 2010. 923p.
- 32- Soares CAS, Totti IIS. Hábitos Deletérose Suas Consequências. Rev CROMG, 1996; 2: 21-25.
- 33- Cabrera C, Enlow DH. Desenvolvimento e Crescimento Crânio Facial. Curitiba Prod Inter, 1997. 36p.
- 34- Lópes FU, Cezar GM, Ghislene GL, Farina JC, Beltrame KP, Ferreira ES. Prevalência de Maloclusão na Dentição Decídua. RevFacOdontol, 2001; 3(2): 8-11.
- 35- Ministério SB. Caderno Atenção Básica, 2008; 1-98.
- 36- Jahn GMJ. Oclusão Dentária em Escolares e Adolescentes no Estado de São Paulo. BibliDig, 2008; 1-34.

- 37- Rochelle IMF, Tagliaferro EPS, Pereira AC, Meneguim MC, Nobilo KA, Ambrosano GMB. Amamentação, Hábitos Bucais Deletérios e Oclusopatias em Crianças de Cinco Anos de Idade em São Paulo. *Dental Press J Orthod*, 2010; 15: 71-81.
- 38- Amary ICM, Rossi LAF, Yumoto VA, Ferreira VJA, Marchesan IQ. Hábitos Deletérios Alterações de Oclusão. *Rev CEFAC*, 2002; 4: 123-126.
- 39- Katz CRT, Rosenblatt A, Gondim PPC. Hábitos de Sucção, Padrão de Crescimento Facial e Alterações Oclusais em Pré-Escolares do Recife PE. *J BrasOrtodonOrtop Facial*, 2002; 7(40): 306-313.
- 40- Serra-Negra JMC, Perdeus IA, Rocha JJF. Estudo da Associação Entre Aleitamento, Hábitos Bucais e Maloclusão. *RevOdonUniv São Paulo*, 1997; 11(2): 79-86.
- 41- Oliveira AB, Souza FP, Chiappetta ALL. Relação Entre Hábitos de Sucção Não Nutritiva, Tipo de Aleitamento e Maloclusões em Crianças com Dentição Decídua. *Rev CEFAC*, 2006; 3(8): 352-359.
- 42- Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Ortodontia Contemporânea*. 4 Ed. Elsevier: 2008. 596p.
- 43- Tostes M. et al. Sucção Digital Com Mordida Aberta Anterior: Relato de Caso Clínico. *RevBrasOrtop*, 1998; 3(55): 176-177.
- 44- Villa NL, Cisneros GJ. Alterações na Dentição Secundária a Terapia Palatina. *OdontopedDent*, 1997; 19: 323-326.
- 45- Ngan P, Fields HW. O Tratamento Dos Problemas da Classe III Começa com o Diagnóstico Diferencial das Mordidas Cruzadas Anteriores. *Pediatr.Dent*, 1997; 19: 386-395.
- 46- Marocini IAC. Mordida Aberta Anterior: A Influencia dos Hábitos Deletérios no Crescimento Facial e na Oclusão Dentária – Relato de Caso Clínico. *Orthodontic.CiênciaandPratice*, 2011; 4(15): 682-691.

47- Teixeira S. Hábitos Bucais Deletérios: Sucção Prolongada. Rev.Ciência. Saúde, 1994; (13): 152-161.

48- Assed S. Odontopediatria: Base Científica Para a Prática Clínica. São Paulo: Artes Médicas, 2005. 1069p.

49- Ramos-Jorge ML, Reis MCS, Serra-Negra JMC. Como Eliminar os Hábitos de Sucção Não Nutritiva. J. Bras.Odontoped. Odontol. Bebe. 2000: 49-54.

50- Monguilhott LMJ, Frazzon JS, Cherem VB. Hábitos de Sucção: Como e Quando Tratar na Ótica da Ortodontia X Fonoaudiologia. Rev.Dent. Press. Ortodon. Ortopedi. Facial. 2003; 8: 95-104.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo bem mais precioso que poderíamos receber um dia, a vida e com ela a capacidade para pensar, amar e lutar pelos nossos ideais.

À família, incluindo pais, madrinha, irmãos pelo amor, amparo, paciência e incentivo.

Aos professores, mestres e doutores que compartilharam seus ensinamentos e experiências, nos ensinaram muito além de teorias, protocolos, diagnósticos, técnicas, nos prepararam para a vida.

Aos nossos queridos pacientes, pela confiança, paciência e convivência.

Aos colegas de faculdade, pelo companheirismo, experiências, discussões, brincadeiras, enfim, temos a certeza de que tudo foi combustível para o nosso aprendizado.

Aos amigos os quais chamamos de anjos, obrigado pelo carinho e incentivo.

E é com o coração repleto de alegria que levamos a nossa gratidão a esse universo maravilhoso.

Data de entrega do artigo para a banca: 17/11/2016.