

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

MARCO AURÉLIO ZANOTTO

**INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS
NA OCLUSÃO MISTA**

VOLTA REDONDA

2020

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS
NA OCLUSÃO MISTA

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aluno: Marco Aurélio Zanotto

Orientadora: Maria Lívia Salles Tavares

Coorientadora: Paula Chagas Silva de Oliveira

VOLTA REDONDA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária:Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

Z33iZanotto, Marco Aurélio.

Influência dos hábitos deletérios na oclusão mista. / Marco Aurélio Zanotto. –
Volta Redonda: UniFOA, 2020.

35 p. II

Orientador (a): Maria Lívia Salles Tavares

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2020.



FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão do Curso intitulado:

Influência dos hábitos bucais deletérios na oclusão Mista

Elaborado por: Marco Aurélio Zanotto

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovado em 22 de Junho de 2020.

Banca Avaliadora:

.....

Prof^a Mestre Maria Lívia Salles Tavares

.....

Prof^a Mestre Paula Chagas Silva de Oliveira

.....

Prof^a Maira Tavares de Faria Cassab

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalhoem primeiro lugar a Deus, este, que sempre iluminou o meu caminho.Aos meus pais, Paulo e Andréa, a quem tenho eterna gratidão pelo esforço e incentivo desde o início de meus estudos.Aos meus avós, pelo carinho e incondicional apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me guiar e acompanhar nesta linda caminhada e um agradecimento especial aos meus professores: Maria Livia Tavares, pela atenção, orientação e amizade demonstrada; Paula Chagas pela colaboração no desenvolvimento deste trabalho e Roberta Mansur, pelos seus ensinamentos. A cada um de vocês, o meu mais sincero obrigado!

EPÍGRAFE

Não fui eu que ordenei a você. Seja forte e corajoso. Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.

Josué 1:9

RESUMO

A cavidade bucal é formada por diferentes estruturas como lábios, língua, dentes, maxila, mandíbula, palato mole e duro, músculos, entre outras, que são responsáveis pelas funções orais. Todas as funções orais apresentam-se relacionadas e o uso adequado das mesmas será um facilitador para um bom desenvolvimento funcional e anatômico do indivíduo. Caso uma destas funções seja estimulada de forma incorreta resultarão em alterações no padrão de crescimento orofacial bem como trarão prejuízos aos órgãos fonoarticulatórios. Quando os hábitos deletérios bucais ocorrem na dentadura decídua, estes têm pouco ou nenhum efeito em longo prazo, porém, quando persistem durante a dentição mista, podem gerar a má oclusão. Assim, o profissional da área de saúde bucal deve dispor de estratégias de tratamento ao seu alcance a fim de devolver a dinâmica correta do sistema estomatognático, evitando prejudicar o processo de desenvolvimento do paciente em todos os aspectos: social, emocional, físico e intelectual. Este trabalho teve como objetivo apresentar uma revisão da literatura atual sobre a responsabilidade dos hábitos bucais deletérios gerarem a má oclusão na dentadura mista, classificar, descrever tipos, prevalência e os tratamentos realizados principalmente pelo profissional da Odontologia. Para a revisão da literatura proposta, foram levantados os mais recentes artigos sobre o tema proposto pelas bases de dados *PubMed-Medline*, *Scielo* e *BBO*, sobre o tema abordado.

Palavras-chave: má oclusão, hábitos bucais deletérios, dentadura mista

ABSTRACT

The oral cavity is formed by different structures such as lips, tongue, teeth, jaw, mandible, soft and hard palate, muscles, among others, which are responsible for oral functions. All oral functions, including sucking, swallowing, chewing, phoning and breathing are related and their proper use will facilitate the individual's good functional and anatomical development. If one of these functions is incorrectly stimulated, they will result in changes in the orofacial growth pattern as well as damage the phonoarticulatory organs. When harmful oral habits occur in the primary dentition, they have little or no effect in the long term, however, when they persist during mixed dentition, can generate malocclusion. Thus, the oral health professional must have treatment strategies at their fingertips in order to return the correct dynamics of the stomatognathic system, avoiding harming the patient's development process in all aspects: social, emotional, physical and intellectual. This study aimed to present a review of the current literature on the real responsibility of harmful oral habits to generate malocclusion in mixed dentures, classify, describe types, prevalence and treatments performed by dentistry professionals. For the review of the proposed literature, the most recent articles were raised on the topic proposed by the PubMed-Medline, Scielo and BBO databases, on the topic addressed.

Keywords:malocclusion; deleterious oral habits, mixed dentures

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DTM - Disfunção Temporo Mandibular

MAA - Mordida Aberta Anterior

MAP - Mordida Aberta Posterior

MCA - Mordida Cruzada Anterior

MCP - Mordida Cruzada Posterior

OMS - Organização Mundial da Saúde

SE - Sistema Estomatognático

mm - milímetros

% - porcentagem

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1.Conceito de hábitos bucais deletérios.....	12
2.2.Tipos de Hábitos	13
2.3. Classificaçãodos Hábitos.....	14
2.4.Fatores que interferem na oclusão.....	15
2.5.Prevalência.....	16
2.6. Má oclusão adquirida.....	19
2.7.Métodos de eliminação do hábito.....	21
3.DISSCUSSÃO.....	25
4.CONCLUSÃO.....	30
5.REFERÊNCIAS.....	31

1INTRODUÇÃO

A oclusão anormal, má oclusão, quando instalada provoca alterações no sistema muscular desencadeando disfunção do sistema estomatognático modificando as posições dentárias (MOYERS, 1991).É considerado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) o terceiro maior problema odontológico e de saúde pública. Consiste em um desafio aos profissionais de saúde bucal que associada à doença cárie determina a maior parte dos cuidados preventivos e terapêuticos na área Odontológica (FALTIN et al.,2011).

Geralmente a má oclusão é causada por uma interação de diversos fatores, como fatores hereditários, congênitos, adquiridos, de ordem geral ou local, assim como pela presença de hábitos bucais deletérios (BEZERRA; CAVALCANTI, 2006).

Os hábitos bucais deletérios são considerados causa frequente da instalação de más oclusões e são padrões de contração muscular aprendidos, de natureza muito complexa que por serem tantas vezes praticados, tornam-se inconscientes e passam a serem incorporados à personalidade do indivíduo (SILVA, 2006).

Quando os hábitos ocorrem na dentadura decídua, estes possuem pouco ou nenhum efeito em longo prazo, porém, quando persistem durante a dentição mista, podem atuar modificando o crescimento e desenvolvimento ósseo, posição dentária, alterando psicossocialmente o indivíduo (ALBUQUERQUE JUNIOR et al.,2007).

A intensidade,duração,frequência do objeto e/ou órgão utilizado, idade e época na qual se iniciou o hábito, pode ter maior ou menor influência na gravidade da má oclusão devido modificações miofuncionais(FALTIN et al.,2011).

Dentre os hábitos deletérios mais comuns destacam-se a sucção de dedo, chupeta e mamadeira,onicofagia, o bruxismo, a respiração bucal, a interposição lingual, além do ato de morder objetos e/ou lábios (BEZERRA; CAVALCANTI, 2006).

Este trabalho teve como objetivo apresentar uma revisão da literatura atual sobre a responsabilidade dos hábitos bucais deletérios gerarem a má oclusão na dentadura mista,

classificar, descrever tipos, prevalência e os tratamentos realizados principalmente pelo profissional da Odontologia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceito de hábitos bucais deletérios

Hábito se diferencia do vício pela repetição contínua de um determinado ato ou atitude sem fundo farmacológico, realizados de maneira incorreta tornam-se destrutivos. (BEZERRA; CAVALCANTI, 2006). É o automatismo de determinado comportamento adquirido e torna-se inconsciente e constante na personalidade do indivíduo, gerando alterações nos tecidos dentários, ósseos e musculares resultando em alterações no padrão de crescimento orofacial (MELO; PONTES, 2014). Também chamado deletério ou parafuncional, se dá pela repetição frequente de um mesmo ato, que inicialmente faz-se de forma consciente e posteriormente torna-se inconsciente alterando funções como mastigação, deglutição e respiração (WALDOLATO et al., 2015).

Os hábitos bucais deletérios possuem como fatores determinantes a genética, desnutrição, doenças, clima (GALVÃO et al., 2006). Definidos como padrões de contração muscular aprendidos de natureza complexa e de caráter inconsciente, que podem atuar como fatores deformadores do crescimento e desenvolvimento ósseo, posições dentárias, no processo respiratório e na fala, sendo, dessa forma, um fator etiológico em potencial das más-oclusões (ALBUQUERQUE et al., 2007; BOECK et al., 2013).

Devido padrões de contração da musculatura intraoral e perioral os hábitos geram satisfação e sensação de prazer ao indivíduo e por isso são considerados os principais fatores etiológicos das más oclusões (MUZULAN; GONÇALVES, 2011; SILVA et al., 2019).

A persistência de hábitos bucais além de causar alterações orofaciais pode alterar o bem estar emocional e social de crianças e adolescentes, necessitando da ajuda e orientação de profissionais da saúde. (SERRA-NEGRA, DADALTO, 2009).

Surgem com o nascimento podendo ir até a fase adulta do indivíduo, sua implantação e manutenção são adquiridas culturalmente ou por hábitos familiares (MATOS et al., 2017).

A duração do hábito por um mínimo de dois anos pode torná-lo deletério. Todavia, a manutenção de hábitos orais deletérios está associada ao relato da presença de alterações nas estruturas e funções do Sistema Estomatognático (SE), principalmente com as alterações de oclusão e nas funções de fala e de respiração, necessitando atenção, uma vez que compreende a saúde pública (PEREIRA et al., 2017).

2.2 Tipos de Hábitos

Mediante revisão bibliográfica, obteve-se os hábitos orais deletérios mais variados, como sucção digital, chupeta e mamadeira, interposição lingual, respiração oral, onicofagia, bruxismo, mordedura dos lábios e outros objetos (WALDOLATO et al., 2015).

A amamentação pelo seio materno é fundamental durante os primeiros seis meses de vida, evitando assim, que a criança apresente alterações na oclusão, causada por hábitos prejudiciais como sucção digital, chupeta e mamadeira, onicofagia, bruxismo, respiração bucal, interposição lingual e hábitos de morder os lábios e objetos (BOECK et al., 2013).

As funções anormais da língua durante a deglutição assim como sucção prolongada de dedo e/ou chupeta, o hábito de morder objetos, interposição labial, onicofagia e respiração oral são os hábitos orais deletérios que introduzem forças anômalas desencadeando alterações no SE (MIOTTO et al., 2014).

Os hábitos orais deletérios podem ser sucção de mamadeira, sucção de dedo e chupeta, hábitos parafuncionais como briquismo (roer ou apertar dos dentes), onicofagia e hábitos posturais inadequados durante o sono ou ao brincar, mão ou braço sob face (PEREIRA E WECKX 2016).

Hábitos orais deletérios como sucção de dedo, chupeta, mamadeira, lábio, respiração bucal, onicofagia, postura orofacial e pressão da língua durante a fala e a deglutição são capazes de causar uma desarmonia no sistema estomatognático (PEREIRA, OLIVEIRA E CARDOSO, 2017).

De acordo com os autores apresentam os seguintes hábitos deletérios : sucção digital, projeção da língua, deglutição atípica, respiração oral, onicofagia, bruxismo, hábitos de morder e sugar os lábios, sugar lápis, chupetas e outros objetos, má postura durante o sono e vigília e perturbações funcionais gnatológicas como abrasão, bruxismo diurno e noturno, deslocamento mandibular lateral por contatos prematuros são considerados os que mais interferem negativamente na oclusão (SOUZA, et al., 2017).

Neste trabalho de revisão bibliográfica foram considerados prejudiciais os seguintes hábitos orais: sucção de dedo, chupeta e mamadeira, onicofagia, e o hábito de morder lábios ou objetos (VACCHI et al., 2018).

2.3 Classificação dos Hábitos

Hábitos bucais dividem-se em: hábitos de sucção não-nutritiva que são sucção de chupeta e sucção dos dedos, hábitos de morder objetos, onicofagia e bruxismo, e hábitos funcionais, que podem ser respiração bucal e deglutição atípica (GUEDES-PINTO, 1995).

Podem ser não compulsivos, aprendidos facilmente com o passar da idade, a criança abandona o hábito. Os hábitos compulsivos são aqueles que estão incorporados à personalidade da criança diante sensação insegurança (SILVA, 2006).

Os hábitos orais como a sucção de dedo e chupeta, interposição lingual, respiração bucal, hábito de morder objetos e morder os lábios, onicofagia e bruxismo são tidos como anormais (GALVÃO et al., 2006).

Sucção de dedo e chupeta são hábitos sem fins nutricionais, realizados para promover sensação agradável e alívio de tensões. As crianças mais novas tendem a desenvolver com maior frequência estes hábitos e com o passar da idade, tornam-se menos frequentes. Entre os hábitos orais considerados deletérios temos: sucção de dedo ou chupeta, interposição lingual, ou labial, respiração bucal, onicofagia e hábito de morder objetos (ALBUQUERQUE JUNIOR et al., 2007).

Os hábitos geram forças que causam um desequilíbrio no sistema estomatognático gerando dor e desconforto e são divididos em: hábitos de sucção não nutritiva (sucção de chupeta, dedo e mamadeira), hábitos mastigatórios (onicofagia, morder lábios e bochechas, morder objetos, bruxismo e apertamento) e hábitos parafuncionais (respiração bucal, deglutição atípica e alteração de fala). Caso não tratados na infância podem causar problemas na articulação e alterações bucais na vida adulta (ARAUJO; COELHO e GUIMARÃES, 2011).

A sucção de chupeta e digital, o hábito de morder objetos e lábios, interposição lingual e onicofagia merecem destaque dentre os hábitos bucais deletérios (FALTIN et al., 2011).

Os hábitos orais mais importantes, tanto os que são mais constantes (sucção digital, sucção de chupeta ou de mamadeira), quanto os menos constantes (onicofagia, bruxismo e o hábitos de morder objetos, lábios), podem causar alterações na oclusão. São classificados quanto à capacidade de satisfazer necessidades em: nutritivos, quando associados ao fornecimento de nutrientes essenciais ao crescimento, e não nutritivos, quando propicia bem-estar, segurança e conforto à criança (JOHANNIS, et al., 2011; MACHO et al., 2012).

Os hábitos de sucção podem ser de dois tipos: não compulsivos quando são de fácil aquisição e abandono, associado ao processo de maturidade; e compulsivos quando estão incorporados à personalidade da criança (MACHO et al., 2012)

Podem ser classificados como normais os hábitos de sucção nutritiva que são sucção de mamadeira e do seio materno; e anormais a sucção não nutritiva, exemplificados como sucção de dedos e chupetas; tendo ainda hábitos funcionais, a mastigação, a deglutição e a respiração (GISFREDE et al., 2016).

2.4 Fatores que interferem na má oclusão

A grande maioria de crianças que realizam a sucção digital não costuma desenvolver qualquer alteração aparente na face ou nos dentes, sendo que o grau de severidade da má-oclusão pode ser causado por pressão intensa. Os efeitos

causados pelo hábito variam de pessoa para pessoa e está diretamente relacionado com a duração; a intensidade e a frequência do mesmo (TANAKA, 2004),(BEZERRA; CAVALCANTI, 2006),(GALVÃO et. al., 2006).A gravidade da maloclusão é influenciada também a tendência de cada pessoa, na presença ou não de doenças somáticas (BEZERRA; CAVALCANTI , 2006).

A idade da criança no período onde o hábito teve início é fundamental para definir os distúrbios miofuncionais desenvolvidos,(GALVÃO et. al., 2006).A severidade da má oclusão recorrente de um hábito deletério associado à predisposição genética, está diretamente ligado a Tríade de Graber, definida pelos 3 fatores: frequência, intensidade e duração(GALVÃO et. al., 2006),(SILVA, 2006), como também o tipo de crescimento facial, a capacidade muscular e a resistência alveolar do indivíduo interferem diretamente na oclusão (ALBUQUERQUE JUNIOR et. al., 2007).

A Tríade de Graber, unida à resistência ao deslocamento das estruturas orais e a tonicidade muscular, condições de saúde e nutrição da criança devem ser considerados. A extensão e a velocidade do desequilíbrio muscular, causado pela existência de um hábito oral deletério, influenciam a seriedade das alterações oclusais (VERRASTRO, 2008),(BOECK et. al., 2013), além da tendência genética de cada indivíduo (BOECK et. al., 2013).

A intensidade, frequência e duração do hábito, assim como a idade do indivíduo na época de instalação do hábito, alteram a posição dos dentescausando danos e alterações no aparelho estomatognático (NOGUEIRA, 2014; MATOS, et. al., 2017).Agindo diretamente nos órgãos fonoarticulatórios(MELO; PONTES, 2014).

Importantes funções como respiração, mastigação e deglutição realizadas pelo aparelho estomatognático, devem ser consideradas devido a fatores da tríade de Graber podendo ser substituídas por hábitos não fisiológicos e parafuncionais (WALDOLATO et. al., 2015).

As mudanças morfológicas que a criança passa está ligada a três fatores importantes: intensidade, frequência e duração do hábito que definem a Tríade de Graber, tal como a genética e o tipo facial de cada criança (GISFREDE, et. al.,

2016), somados ao tipo de alimentação, são determinantes para a gravidade das modificações funcionais provocadas pelos hábitos (VACCHI, et. al., 2018).

2.5 Prevalência

Riva,2012 cita em seu trabalho o Código de Defesa do Consumidor que faz esforços no sentido de diminuir a prevalência de hábitos de sucção oral. A Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactantes desenvolvida para contribuir à adequada nutrição destes, e para defendê-los dos riscos associados a não amamentação ou desmame precoce cita o artigo 13º, no primeiro parágrafo onde se deve constar, obrigatoriamente, nos rótulos de produtos de mamadeiras, bicos ou chupetas as inscrições: “a criança amamentada ao seio não necessita de mamadeira e de bico”.

Após analisar a prevalência de má oclusão e hábitos deletérios, como sucção de dedo, chupeta e onicofagia, em alunos de 6 a 12 anos de escolas da zona urbana e rural, obteve-se uma média de 58,7% seriam portadores de má oclusão, dentre 24 dos alunos apresentaram hábito de sucção digital, 15 apresentaram sucção de chupeta e 55 apresentaram onicofagia (SILVA, 2006).

Com o objetivo, verificar a presença de hábitos orais deletérios e má oclusão, em combinação com o sexo, a faixa etária e o período de desenvolvimento da dentição foram realizadas 130 análises, envolvendo crianças entre 4 e 13 anos de idade. Do total de crianças analisadas, 80,8% apresentaram hábitos orais deletérios, sendo que 49,5%, não demonstraram nenhuma alteração de oclusão e as outras 50,5% demonstraram. Dentre as crianças portadoras de anomalias de oclusão, o sexo masculino demonstrou uma frequência de 54,7%, mais predominante naqueles com idade entre 10 e 12 anos, sendo que o estágio de desenvolvimento da dentição que mais prevaleceu foi o 2º período transicional. (ALBUQUERQUE JUNIOR et al., 2007).

Hábitos deletérios mais frequentes são: sucção de dedo, chupeta, onicofagia, bruxismo, respiração oral, interposição lingual, hábito de morder os lábios, cabelo, língua, mucosa jugal, lambe ou descamar os lábios, conhecidos como autoinjúria, e morder objetos e roupas (SERRA-NEGRA; DADALTO, 2009).

A partir da avaliação de 266 crianças, foram identificadas alterações de oclusão em 119 crianças, sendo que a mordida aberta anterior (MAA) é a de maior prevalência presente em 89 crianças, a mordida aberta posterior (MAP) em apenas uma criança, a mordida cruzada anterior (MCA) em 06 crianças, a mordida cruzada posterior (MCP) em 18 crianças e 5 crianças apresentaram associação de MCA e MCP (ZAPATA et al., 2010).

Após estudos realizados, as análises mostraram que não há influência entre os hábitos orais deletérios presentes nos pais, nos hábitos bucais deletérios dos filhos. Dentre os hábitos bucais deletérios dos pais, o apertamento dentário foi o mais frequente, enquanto que nas crianças foi o hábito de morder objetos. Na investigação dos hábitos bucais deletérios em crianças, a maioria apresentou hábitos bucais, sendo majoritariamente 92% de hábitos mastigatórios, 18% de sucção e em 18% os dois tipos estavam presentes. Foi verificada em 6,9% a coexistência de Disfunção Temporomandibular (DTM) e hábitos bucais deletérios. Em 04 crianças 13,8% com o hábito de sucção foi encontrada associação da DTM com os tipos de hábitos, porém, não houve associação entre os hábitos bucais deletérios e DTM com relação ao hábito mastigatório, presente em 93,1% das crianças (ARAÚJO, COELHO E GUIMARÃES, 2011).

Estudos realizados, na cidade de São Paulo, sobre a classificação de Angle, a Classe II apresentou maior prevalência em crianças nas fases de dentição decídua e mista. Na associação entre má oclusão e hábitos deletérios, o hábito de onicofagia foi o mais frequente e o de interposição lingual foi o menos frequente, e para ambos os hábitos não foi demonstrado interação entre a idade e o sexo. Quanto aos hábitos de sucção, observou-se maior presença em indivíduos Classe II. A sucção digital não mostrou diferença estatística para o sexo e a idade. Já a sucção de chupeta esteve presente em pequeno percentual de crianças com idade acima de 06 anos. Analisando o hábito de mordedura, observou-se uma maior frequência em indivíduos Classe III do sexo masculino (FALTIN et al., 2011).

Realizados por Johanns et al. (2011) estudos comprovaram Grupos com hábitos possuem maior prevalência os que utilizam mamadeira, os que rangem dentes e por último os que utilizam chupeta. A diferença estatisticamente significativa apontaram a presença do uso da chupeta no grupo de 09 a 12 anos, quando

comparado ao de 06 a 09 anos com presença do hábito de ranger dentes. No grupo de oclusão dentária classe I quando comparado ao classe III em relação a gênero, há a maior presença de oclusão dentária classe I no sexo feminino quando comparado ao masculino.

Uma amostra foi realizada, para identificar anomalias de oclusão, envolvendo 1127 crianças de ambos os sexos, 52% masculino e 48% feminino, na faixa etária de 07 anos. Os resultados obtidos foram: 51,8% das crianças, que fazem uso de chupeta, apresentaram MAA e 14,8% apresentaram MCP, 19,6% das crianças, que fazem sucção do polegar, apresentaram MAA e apenas 13,7% apresentaram MCP, 37,9% das crianças com interposição lingual apresentaram MMA e 15,5% apresentaram MAP. Foi constatado também que, crianças entre 06 e 10 anos, que apresentam onicofagia, geralmente desenvolvem MCP (MACHO et al., 2012).

Observou-se uma relação positiva entre a associação de hábitos deletérios e má oclusão. Os resultados obtidos no estudo foram relevantes no caso do hábito da sucção da chupeta, da sucção labial e da interposição da língua (MACHO et al., 2012).

Ao analisarem as características em 12 artigos, os autores fizeram uma relação entre hábitos deletérios e má oclusão. Entre todos os tipos de má oclusão, MAA, é a de maior prevalência. Através desse estudo, constatou-se que a duração de hábitos deletérios como respiração bucal e deglutição atípica é o principal causador da recorrência de MAA nos pacientes, mesmo após serem feitos tratamentos ortodônticos e cirúrgicos (WALDOLATO et al., 2015).

Estudos feitos em populações específicas, como escolares ou crianças associadas a serviços básicos de saúde, mostraram que 24,3% a 33,7% apresentam alterações de fala, cerca de 30% a 45% alteração oclusal e mais de 70% apresentam hábito oral deletério (PEREIRA et al., 2017).

2.6 Má oclusão adquirida

De acordo com os autores, anomalias na oclusão como: MAA, MCP, incisivos superiores separados e projetados, incisivos inferiores verticalizados ou inclinados para lingual, palato profundo, relação Classe II de canino e relação molar de degrau

distal são provocadas pelo hábito de sucção de dedo por tempo prolongado, ou seja, mesmo após a erupção dos permanentes(TANAKA,et al.,2004).

Com o objetivo de analisar a relação entre má oclusão e hábitos deletérios, realizou-se um estudo de caráter explicativo, observacional e transversal. Os resultados obtidos em ordem crescente foram: mordida aberta anterior, em seguida a MCP e por último a mordida cruzada anterior, respectivamente (ALBUQUERQUE Jr.,2007).

A mordida aberta anterior e posterior, mordida cruzada anterior e posterior, interferências na erupção e posicionamento dentário, modificações no crescimento ósseo são exemplos de alterações dentoalveolares causadas por hábitos orais (SERRA-NEGRA; DADALTO, 2009).

De acordo com os especialistas, o surgimento de mordida aberta tem como causa principal a sucção de chupeta, por mais de três anos consecutivos (AMBROSANO et al., 2010).

Determinadas oclusopatias causadas pelos hábitos bucais deletérios foram agrupadas em: "Oclusopatias Leves", diastemas, giroversão, apinhamentos, mordida cruzada posterior (uni ou bilateral), sobremordida ou trespasse vertical acima de 2mm e "Oclusopatias Moderadas/Severas",quando há uma significativa redução da função mastigatória, ou um efeito inaceitável na aparência facial e até problemas fonéticos nos quatro incisivos anteriores causados por uma ou mais das seguintes condições: (1) trespasse horizontal maxilar estimado em 9mm ou mais, overjet positivo; (2) trespasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente, overjet negativo; (3) mordida aberta; (4) desvio de linha média estimado em 4mm ou mais e; (5) apinhamento ou espaçamento em 4mm ou mais (ROCHELLE, et al.,2010).

Em uma amostra realizada sobre os tipos de má oclusão, a Classe I de Angle apresenta uma maior predominância, seguida da Classe II e Classe III, respectivamente. De acordo com a OMS, entre os problemas que afetam a cavidade oral, a má oclusão ligada a cárie dentária, representa o terceiro maior problema de saúde pública, necessitando de medidas preventivas e terapêuticas (FALTIN et al., 2011).

As anomalias de oclusão como MAA e MAP, mordida cruzada anterior MCA e MCP, estão associadas a predominância de hábitos deletérios (MACHO et al., 2012).

De acordo com instituições de políticas públicas a elevada prevalência de alterações oclusais, tais como, MAA, MCP e/ou MCA, topo a topo, atresia da maxila, overjet e apinhamento, possui grande contribuição na relação entre hábitos deletérios e má oclusão, a qual hoje é considerada um problema de saúde pública (BOECK, et al., 2013).

Objetivando analisar a relação entre má oclusão e hábitos orais deletérios, os autores concluíram que a MAA é a mais frequente, seguida da MCP, overjet acentuado, mordida profunda e má oclusão de classe II e classe III respectivamente (WALDOLATO et al., 2015).

De acordo com a literatura, alterações na oclusão como mordida aberta, atresia do palato, atresia do arco superior, retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar e assimetria anterior acometem crianças acima de 4 anos de idade, devido a sucção de digital constante (GISFREDE et al., 2016).

Indivíduos que fazem uso de chupeta podem apresentar má oclusão, pois ela atua na cavidade oral como uma força mecânica não intencional, que prejudica a oclusão dentária modificando o tônus muscular. O posicionamento lingual, de modo persistente, sob a face lingual dos incisivos superiores e bordo incisal dos incisivos inferiores, pode ocasionar MAA. Os indivíduos que realizam respiração pela boca caracterizada pelo hábito, podem desenvolver alterações na oclusão como: MAA, MCP, sobremordida acentuada, atresia da maxila, palato ogival e lábioversão dos incisivos inferiores (SOUZA et al., 2017).

No que diz respeito as más oclusões decorrentes de hábitos deletérios, haverá alteração na mastigação predispondo ao desenvolvimento da MAA ou lateral e desenvolver MCP além de gerar alterações dentárias como incisivo superior protruído e diastemas (VACCHI et al., 2018).

O uso de chupeta de modo contínuo e prolongado prejudicando o crescimento e desenvolvimento do SE, gerando risco de desenvolver oclusopatias: diminuição da distância intercanina superior com palato profundo, mandíbula recuada, MAA, MCP

,devido ao estreitamento do arco superior, mordida profunda, sobressaliência acentuada e parafunções como o bruxismo e disfunções da ATM. (STANKIEWICZ, 2020).

2.7 Métodos de eliminação do hábito

O sucesso no tratamento dos hábitos orais deletérios depende de uma inter-relação multidisciplinar entre os profissionais (ortodontista, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista e psicólogo), a fim de estabelecer em conjunto medidas de prevenção e tratamentos para as alterações dentárias, miofuncionais, psicológicas e neurovegetativas dos hábitos. O ideal é que o tratamento seja iniciado aos cinco anos de idade da criança, utilizando aparelhos ortodônticos removíveis, sendo que o expensor deve ser utilizado inicialmente para correção de mordida cruzada posterior e a grade palatina para normalização da oclusão e do rebordo alveolar e fechamento de mordida aberta anterior. Lembrando que o ideal é realizar tratamento preventivo para o abandono antes dos quatro anos deve ser feito com precaução e diretamente com os pais (MONGUILHOTT; FRAZON; CHEREMR, 2003).

Foram utilizados esporões soldados em um arco lingual superior, ligados ou não a aparelhos fixos e extrabucais. O objetivo dessa análise clínica foi associar a mordida aberta anterior com hábitos orais deletérios como: sucção digital e deglutição atípica. Todos os indivíduos responderam positivamente ao tratamento, havendo o fechamento da mordida aberta anterior em todos os pacientes (NOGUEIRA, et al., 2005).

A participação de todos os integrantes da família é fundamental na tentativa de eliminação. O fator diferencial que ajuda a criança a superar hábitos é a amamentação, por fortalecer os vínculos, a segurança, a confiança e conferir uma base de respeito profundo à relação. Dentre as formas de se eliminar o hábito de sucção digital existem formas contraditórias e até mesmo radicais. Mostrar fotografias e modelos de bocas que tiveram o hábito de sucção e seus respectivos tratamentos, em alguns casos, estimula o abandono. Aparelhos para auxiliar a eliminação do hábito de sucção digital não devem oferecer restrição, não depender da lembrança para seu uso, não provocar vergonha e não envolver os pais. Os aparelhos removíveis são contraindicados para auxiliar na eliminação do hábito de

sucção, muitas vezes devido a falta de cooperação do paciente, embora possa ser considerada o uso de uma placa palatina como “substituição” ao hábito. Comumente, dá-se preferência aos aparelhos fixos, pois não necessitam da colaboração do paciente e proporcionam a eliminação do hábito de sucção de dedos em 85% a 90%. Entre os aparelhos fixos podemos destacar: botão palatino tipo Nance, arco lingual superior, arco lingual superior com grampo ou grade palatina fixa ou removível e pontas ativas ou “piquitos”. Entre as técnicas – não científicas – de correção ou eliminação do hábito, por exemplo, pode-se citar a utilização de esparadrapos nos dedos ou luvas especiais que impeçam a sucção e passar pimenta no dedo da criança o qual, muitas vezes, não elimina o hábito e pode fazer com que a criança adquira gosto pelo condimento (TANAKA, et al., 2004).

Buscando modificar os padrões funcionais da musculatura orofacial, especialistas destacam que é preciso realizar terapias em conjunto, visando proporcionar alterações nos padrões funcionais da musculatura orofacial causadas pelos hábitos orais deletérios (DEGAN E PUPPIN-RONTANI, 2007).

De acordo com os especialistas, a punição não é a melhor forma de fazer com a criança abandone o hábito, existem outras maneiras de tratamento, feita por profissionais especializados (dentista, psicólogo, fonoaudiólogo) que irão aconselhar a criança e os pais e ensinar novas técnicas de comportamento. Crianças que foram à retirada de hábitos de sucção tendem a apresentar hábitos de morder (onicofagia, morder cabelo, objetos, roupas, lábios e bochechas). O acompanhamento com psicólogo, a terapia miofuncional e o uso de aparelhos também são meios de controlar os hábitos bucais (SERRA-NEGRA; DADALTO, 2009).

De acordo com a literatura, a conscientização das crianças através da realização de atividades lúdicas mostrando de modo fácil os prejuízos do hábito e a importância da eliminação do mesmo. A orientação aos pais, incentivando a participação deles nesse processo que tem como objetivo a eliminação do hábito é de suma importância (FARIAS, et al., 2010).

A utilização de atividades lúdicas é uma forma de motivar a criança a deixar de lado hábitos como sucção de dedo e chupeta. O método visa conscientizar a criança sobre as consequências dos hábitos orais e juntamente com o incentivo dos

pais a criança sente-se motivada a abandonar o hábito (MUZULAN; GONÇALVES, 2011).

Pais utilizam métodos diferentes para remover os hábitos da criança, como: adicionar produtos com gosto ruins na chupeta ou na mamadeira, substituir a chupeta e a mamadeira por outra coisa que a criança goste, ou até mesmo escondelas, se for o caso. Contudo, é preciso que os profissionais sejam cuidadosos no momento indicar e fazer uso desses meios de remoção do hábito (AMARAL; MUSSOLINE E SILVA, 2013).

O uso de aparelho ortodôntico removível, como a grade palatina, contribui na remoção da sucção de dedo, a medida que a terapia miofuncional auxilia na remoção de sucção de chupeta e mamadeira. Utilização de resina composta como levante de mordida, por até dois meses, a fim de limitar ou eliminar a onicofagia. No entanto, é preciso que haja uma interação multidisciplinar entre as equipes com o objetivo de estabelecer condutas terapêuticas corretas, para remover definitivamente os hábitos (VACCHI, et. al., 2018).

O fator diferencial que ajuda a criança a superar hábitos é a amamentação, por fortalecer os vínculos, a segurança, a confiança e conferir uma base de respeito profundo à relação. A retirada abrupta ou repentina da chupeta de uma criança pode trazer uma sensação de frustração imensa a qual provavelmente nem seja capaz de verbalizar/expressar e, provavelmente, fará com que ela arquive no inconsciente o abuso e desrespeito sofrido, podendo gerar efeitos psicológicos complexos e difíceis de mensurar levando à substituição por hábitos de sucção de dedo, lábio, língua, onicofagia e, ao longo da vida, por hábitos de comer, fumar ou outros transtornos compulsivos. O estresse gerado nesta fase de desenvolvimento libera altos níveis de cortisol e tem efeitos negativos no desenvolvimento cerebral do indivíduo, devido aos altos níveis de cortisol que são liberados. Por isso, deixar chorar até que o bebê acostume é um risco e pode ter um custo alto. Pesquisas mostram que hábito de sucção digital e chupeta são muito difíceis para a criança superar e que a diferença entre eles na dificuldade de interrupção pode ser considerada praticamente idêntica. A sucção digital não se constitui no hábito predominante na atualidade, a maior preocupação ainda deveria ser em relação a chupetas e mamadeiras (STANKIEWICZ, 2020).

3 DISCUSSÃO

Segundo Melo; Pontes (2014) os hábitos bucais deletérios são definidos como padrões de contração muscular, inicialmente consciente e com o passar do tempo tornam-se inconscientes. Estão incorporados à personalidade do indivíduo, influenciando diretamente na mastigação, deglutição e respiração (WALDOLATO et al., 2015). Galvão et al.(2006), apresentam como fatores determinantes dos hábitos bucais deletérios a genética, a desnutrição, as doenças e o clima. Os hábitos bucais deletérios são tidos como principal fator etiológico das más oclusões dentárias (ALBUQUERQUE et al., 2007; BOECK et al., 2013).

Muzulan; Gonçalves (2011); Silva et al.(2019) relatam que as oclusopatias que atingem o meio bucal são desencadeadas por hábitos viciosos e promovem sensação prazerosa ao indivíduo. Hábitos deletérios devem ser acompanhados por profissionais de saúde devido sua permanência provocar mudanças orofaciais e modificar o equilíbrio emocional e social das crianças (SERRA-NEGRA, DADALTO, 2009). Pereira et al.(2017) consideram fundamental a intervenção e a participação dos profissionais nas alterações de oclusão, pois juntamente com a cárie dentária compreendem os principais problemas de saúde pública odontológico.

De acordo com Boeck et al. (2013), o aleitamento pelo seio materno, nos primeiros seis meses de vida, é essencial, pois impede que a criança desenvolva maloclusões dentárias causadas por hábitos bucais deletérios como sucção de dedo, chupeta e mamadeira, onicofagia, bruxismo, respiração bucal, interposição lingual e hábitos de morder os lábios e objetos; os quais Miotto et al.(2014); Waldolato et al. (2015) e Pereira, Oliveira e Cardoso (2017) também relatam . Pereira e Weck(2016), ainda acrescentam aos hábitos orais deletérios o apertamento dos dentes, má postura no sono e na vigília e Vacchi et al.(2018) somam como nocivos: os hábitos de morder além lábios, bochecha e objetos.

Os hábitos deletérios classificam-se em: sucção não-nutritiva (sucção de chupeta, dedo), hábitos parafuncionais (respiração bucal e deglutição atípica), hábitos de morder (lábios e objetos), onicofagia e bruxismo (GUEDES-PINTO, 1995). Segundo Silva (2006); Macho et al. (2012) dividem em não compulsivos, aqueles

que são facilmente adquiridos e deixados de lado com o passar do tempo, e os compulsivos, aqueles que são incorporados a personalidade do indivíduo. Existem hábitos anormais: sucção de dedo e chupeta, interposição lingual, respiração oral, hábitos de morder objetos e os lábios, onicofagia e bruxismo (GALVÃO et al., 2006). Gisfrede et. (2016) acrescentam aos normais a sucção nutritiva composta de sucção de mamadeira e do seio materno e hábitos funcionais, a mastigação, a deglutição e a respiração. Johans, et al. (2011); Macho et al.(2012) dizem que os hábitos orais capazes de satisfazer as vontades do indivíduo são denominados de nutritivos e os que oferecem prazer e bem-estar são denominados de não nutritivos.

Fatores como, duração intensidade, frequência, tidos como tríade de Graber, influenciam diretamente na oclusão de um paciente com hábito deletério (TANAKA, 2004; BEZERRA e CAVALCANTI, 2006; NOGUEIRA, 2014; MATOS, et. al., 2017). A severidade má oclusão causada está associada à predisposição genética (SILVA, 2006; BOECK et. al., 2013; GISFREDE, et. al., 2016), o período etário do início do hábito é os quais definem distúrbios miofuncionais (GALVÃO et. al., 2006), a tipologia de crescimento facial, a capacidade muscular e a resistência alveolar do indivíduo também interferem diretamente na oclusão (ALBUQUERQUE JUNIOR et. al., 2007). Condições de saúde e nutrição da criança são determinantes para a gravidade das modificações funcionais provocadas pelos hábitos (VERRASTRO, 2008; BOECK et. al., 2013; VACCHI, et. al., 2018).

Hábitos deletérios mais frequentes são: sucção de dedo, chupeta, onicofagia, bruxismo, respiração oral, interposição lingual, hábito de morder os lábios, cabelo, língua, mucosa jugal, lamber ou descamar os lábios, conhecidos como autoinjúria, e morder objetos e roupas (SERRA-NEGRA; DADALTO, 2009). Em estudo realizado por Silva, (2006) e Faltin et al.(2011) comprovou que a onicofagia prevaleceu como hábitos deletérios seguidos de sucção de dedo e depois de chupeta. Na investigação dos hábitos bucais deletérios em crianças, a maioria apresentou 92% de hábitos mastigatórios, 18% de sucção e em 18% os dois tipos estavam presentes. Foi verificada em 6,9% a coexistência de Disfunção Temporomandibular (DTM) e hábitos bucais deletérios. (ARAÚJO, COELHO E GUIMARÃES, 2011).

Silva (2006) relatou em estudo a existência de 58,7% pacientes portadores de má oclusão e outro estudo de portadores de hábitos de deletérios afirmou que

50,5% também portaram anomalias de oclusão (ALBUQUERQUE JUNIOR et al., 2007).Pereira et al. (2017) constataram cerca 70% dos pacientes estudados apresentam hábito oral deletériocom de 30% a 45% apresentando alteração oclusal.

Waldolato et al.(2015) ao analisarem as características em artigos, fizeram uma relação entre hábitos deletérios e má oclusão,comprovando que entre todos os tipos de má oclusão, a mordida aberta anterior, é a de maior prevalência, em concordância com Zapata et al.(2010) que acrescentou a sequência de mordida cruzada posterior, mordida cruzada anterior,associação de mordida cruzada anterior e posterior e por última a mordida aberta posterior.Hábitos de sucção geram prevalência de alteração de má oclusão de classe II e hábito de mordedura, com uma maior frequência em indivíduos Classe III (FALTIN et al., 2011). Notam que a sucção de chupeta e dedo geram na maioria a mordida aberta anterior,seguido de mordida cruzada posterior, e a interposição lingual apresentam mordida aberta anterior seguido de mordida aberta posterior, já a onicofagia, geralmente desenvolvem mordida cruzada posterior (MACHO et al., 2012).

Para Faltin et al.(2011) os hábitos de sucção não apresentam qualquer interação entre a idade e o sexo.Já o hábito de mordedura, apresenta uma maior frequência no sexo masculino.Macho et al.(2012)realizaram amostra para identificar anomalias de oclusão, envolvendo crianças de ambos os sexos, obteve52%masculino e48% feminino na faixa etária de 7 anos.Albuquerque Junior et al.(2007) apontaram o sexo masculino com uma frequência de 54,7%, predominando a idade entre 10 e 12 anos, sendo que o estágio de desenvolvimento da dentição que mais prevaleceu foi o 2º período transicional.No grupo de oclusão dentária classe I quando comparado aoclasse III em relação a gênero, há a maior presença de oclusão dentária classe I no sexo feminino quando comparado ao masculino(JOHANNS et al., 2011).

De acordo com a literatura, Tanaka,et al.(2004), as alterações na oclusão são MAA,MCP, incisivos superiores separados e projetados, incisivos inferiores verticalizados ou inclinados para lingual, palato profundo, relação Classe II de canino e relação molar de degrau distal e Gisfrede et al.(2016) acrescentam que além da mordida aberta pode se notar outras alterações como atresia do palato, atresia do arco superior, retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar e assimetria

anterior. Macho et al., (2012) relatam que as anomalias de oclusão que estão associadas a predominância de hábitos deletérios são MAA, MAP, MCP, MCA. Boeck et al. (2013) somam a estas alterações oclusais a mordida topo a topo, atresia da maxila, overjet e apinhamento.

Caracterizam em ordem crescente encontrada tais alterações oclusais: MAA, em seguida a MCP e por último a MCA, respectivamente (ALBUQUERQUE Jr., 2007). Acrescentam e seguem com overjet acentuado, mordida profunda e má oclusão de classe II e classe III respectivamente (WALDOLATO et al., 2015). MAP, interferências na erupção e posicionamento dentário, modificações no crescimento ósseo sem caracterizar a ordem (SERRA-NEGRA; DADALTO, 2009). Agrupam em "Oclusopatias Leves", diastemas, giroversão, apinhamentos, MCP (uni ou bilateral), sobremordida acima de 2mm e "Oclusopatias Moderadas e Severas, overjet estimado em 9mm ou mais, MCA igual ou maior que o tamanho de um dente, overjet negativo, mordida aberta, desvio de linha média estimado em 4mm ou mais e apinhamento ou diastema em 4mm ou mais (ROCHELLE et al., 2010).

No que diz respeito às más oclusões decorrentes já descritas de hábitos deletérios, Vacchi et al. (2018) ainda relatam como incisivo superior protruído, e Stankiewicz, (2020) complementa diminuição da distância intercanina superior, mandíbula recuada, parafunções como o bruxismo e disfunções da ATM.

O ideal é que o tratamento seja iniciado aos cinco anos de idade da criança, utilizando aparelhos ortodônticos removíveis, sendo que o expansor deve ser utilizado inicialmente para correção de mordida cruzada posterior e a grade palatina para normalização da oclusão e do rebordo alveolar e fechamento de mordida aberta anterior. (MONGUILHOTT; FRAZON; CHEREMR, 2003). Vacchi, et al. (2018) não condena o uso de aparelhos removíveis como Tanaka, et al. (2004), que dá preferência aos aparelhos fixos: botão palatino tipo Nance, arco lingual superior, arco lingual superior com grampo ou grade palatina fixa ou removível e pontas ativas, pois o uso de aparelhos removíveis não apresenta efeitos positivos devido precisar da cooperação do paciente, embora relatem o uso de uma placa palatina como "substituição" ao hábito e uso de aparelho ortodôntico removível (grade palatina), para remover o hábito de sucção de dedo e a terapia miofuncional para remover a sucção de chupeta e mamadeira. Nogueira et al. (2005) fazem uso

de esporões para conter a sucção digital e deglutição atípica. Para eliminar a onicofagia, Vacchi, (2018), fez uso de resina composta para levantar a mordida, por até dois meses.

Farias, et al. (2010) e Muzulan; Gonçalves, (2011) mencionam a realização de atividades lúdicas como uma forma de incentivar a criança a abandonar hábitos viciosos como sucção de dedo e chupeta, o que motiva o abandono juntamente com o apoio e participação dos pais, o que concorda Tanaka (2004) no que se refere a participação da família. Segundo Amaral; Mussoline e Silva (2013) os pais utilizam métodos diferentes para remover os hábitos da criança, como: adicionar produtos com gosto ruins na chupeta ou na mamadeira, substituir a chupeta e a mamadeira por outra coisa que a criança goste, ou até mesmo esconde-las, se for o caso. Contudo, é preciso que os profissionais sejam cuidadosos no momento indicar e fazer uso desses meios de remoção do hábito.

Autores como Tanaka et al. (2004) acrescentam aos métodos de remoção do hábito deletério o de mostrar fotografias e modelos de bocas que tiveram o hábito de sucção e seus respectivos tratamentos. E acreditam que Aparelhos para auxiliar a eliminação do hábito de sucção digital não devem oferecer restrição, não depender da lembrança para seu uso, não provocar vergonha e não envolver os pais; técnicas, não científicas, de correção ou eliminação do hábito, por exemplo, pode-se citar a utilização de esparadrapos nos dedos ou luvas especiais que impeçam a sucção e passar pimenta no dedo da criança o qual, muitas vezes, não elimina o hábito e pode fazer com que a criança adquira gosto pelo condimento (TANAKA, et al., 2004).

Vacchi, et al. (2018) através de seus estudos citam a necessidade de uma interação multidisciplinar entre as equipes (ortodontista, fonoaudiólogo, psicólogo e otorrinolaringologista) com o objetivo de estabelecer condutas terapêuticas corretas, para remoção definitiva dos hábitos deletérios. Monguilhott; Frazon; Cheremr (2003); Degan e Puppini-Rontani, (2007) também falam da importância dessa interação multidisciplinar e afirmou que o sucesso no tratamento dos hábitos deletérios depende dela. Serra-Negra; Dadalto (2009) também mencionam a importância da interação entre as equipes e acrescenta que a punição não é a melhor forma de fazer com a criança abandone o hábito. Segundo ele, crianças que são forçadas a

abandonar os hábitos de sucção tendem a desenvolver hábitos de morder (onicofagia, morder cabelo, objetos, roupas, lábios e bochechas).

4 CONCLUSÃO

A literatura é unânime em afirmar que os diversos tipos de hábitos bucais deletérios são condições que proporcionam o desenvolvimento de más oclusões na dentadura mista. Foi possível considerar que os hábitos de sucção não nutritiva que são sucção de chupeta e sucção dos dedos, hábitos de morder objetos, onicofagia, são os mais prevalentes dentro das diversas classificações encontradas. Dados aqui expostos evidenciam que o tratamento estabelecido deve ser multidisciplinar, ficando a cargo de o cirurgião dentista orientar os pais a respeito dos hábitos bucais a fim de interceptar precocemente as más oclusões e conseqüentemente remoção do hábito. Caso a intensidade desse hábito persistir, torna-se indispensável à utilização de procedimentos corretivos através de aparelhos ortodônticos com acessórios que ajudam inibir os fatores mecânicos responsáveis por gerar a má oclusão.

5 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE JUNIOR, H.R.; BARROS, A.M.; BRAGA, J.P.V.; CARVALHO, M.F.; MAIA, M.C.G. Hábito bucal deletério e má-oclusão em pacientes da clínica infantil do curso de odontologia da Universidade de Fortaleza. **RevBras em Promoção de Saúde**, Fortaleza, v. 20, n.1, p. 40-5, 2007.

AMARAL, COF; MUSSOLINE, JB; SILVA, RO. Estudo dos métodos de remoção dos hábitos nocivos a oclusão dentária na odontopediatria. *Colloquium Vitae*. Presidente Prudente, 1 (2), 123-129. 2009.

AMBROSANO, G.M.B.; NÓBILO, K.A.; MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A.C.; TAGLIAFERRO, E.P.S; ROCHELLE, I.M.F. Amamentação, hábitos bucais deletérios e oclusopatias em crianças de cinco anos de idade em São Pedro, SP. **Dental Press J Orthod**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 71-81, mar./abr. 2010.

ARAUJO, L.G.; COELHO, P.R.; GUIMARÃES, J.P. Associação entre os hábitos bucais deletérios e as desordens temporomandibulares: Os filhos imitam os pais na adoção destes costumes? **PesqBrasOdontopedClinIntegr**, João Pessoa, v.11, n. 3, p. 363-69, jul./set., 2011.

BEZERRA, P.K.M.; CAVALCANTI, A.L. Características e distribuição das maloclusões em pré-escolares. **RevCimédbiol**, Salvador, v. 5, n. 2, p. 117-123, mai./ago. 2006.

BOECK, E.M.;PIZZOL, K.E.D.C.; BARBOSA, E.G.P.;PIRES, N.C.A.; LUNARDI, N. Prevalência de má oclusão em crianças de 3 a 6 anos. **RevOdontol UNESP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 110-16, 2013.

DEGAN, V.V.; PUPPIN-RONTANI, R.M. Remoção de hábitos e terapia miofuncional: restabelecimento da deglutição e repouso lingual. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 375-82, set./dez. 2005.

FARIAS, A.V.M.; VASCONCELOS, M.C.R.; FONTES, L.B.C.; BENEVIDES, S.D. Hábitos orais deletérios de sucção nas crianças do programa de saúde da família em Olinda – PE. **RevCefac**, v. 12, n. 6, p. 971-76, nov./dec. 2010, Epubjan 07, 2011.

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

GISFREDE, T.F.; KIMURA, J.S.; REYES, A.; BASSI, J.; DRUGOWICK, R.; MATOS, R.; TEDESCO, T.K. Hábitos bucais deletérios e suas consequências em Odontopediatria. **RevBrasOdontol**, Rio de Janeiro, v. 73, n.2, p. 144-9, abr./jun. 2016.

GUEDES-PINTO, AC. **Odontopediatria**. 5 ed. São Paulo: Santos; 1995.

JOHANNIS, C.M. et al. A relação de hábitos orais deletérios com a tipologia facial e a oclusão dentária. **RevCEFAC**, v.13,n.6,p.1095-102, 2011.

MACHO, V.; ANDRADE, D.; AREIAS, C.; NORTON, A.;MACEDO, P. Prevalência de hábitos orais deletérios e anomalias oclusais numa população dos 3 aos 13 anos. **Revportestomatolmeddentcirmaxilofac**, Barcelona, v. 53, n. 3, p. 143–47, 2012.

MATOS, G. C.; SANTOS J. C.; GRANZOTTI, R. B. G.; SILVA, K.; BALDRIGHI, S. E. Z. M.; CÉSAR, C. P. H. A. R. A prevalência de hábitos orais em pré-escolares. **DistúrbComun**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 68-76, mar. 2017.

MELO, P.E.D.; PONTES, J.R.S. Hábitos orais deletérios em um grupo de crianças de uma escola da rede pública na cidade de São Paulo. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 1945-52, nov./dez., 2014.

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

MONGUILHOTT, L.M.J.; FRAZZON, J.S.; CHEREMR, V.B. Hábitos de sucção: como e quando tratar na ótica da Ortodontia x Fonoaudiologia. **DentalPressOrtodonOrtopFacial**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 95-104, jan./fev. 2003.

MUZULAN, C.F.; GONÇALVES, M.I.G. Lúdico e remoção de hábitos de sucção. **J SocBrasFonoaudiol**, v. 23, n. 1, p. 66-70, 2011.

NOGUEIRA, F.F.; MOTA, M.L.; NOUER, P.R.A.; NOUER,D.F. Esporão lingual colado Nogueira: tratamento coadjuvante da deglutição atípica por pressionamento lingual. **Dental Press OrtodonOrtop Facial**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 129-156, mar./abr. 2005

NOGUEIRA, J. S. **Má oclusão: causas e consequências uma abordagem comparativa**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade de Campinas, Campinas, 2014.

OGLIARI F.O. **Relação entre hábitos bucais e má-oclusão**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

PEREIRA, TS; OLIVEIRA, F; CARDOSO, MCA. Associação entre hábitos orais deletérios e as estruturas e funções do sistema estomatognático: percepção dos responsáveis. *CoDAS*. São Paulo, 29 (3), 1-6, Novembro. 2016.

PEREIRA, S.R.A.; WECKX, L.L.M. Revisão dos hábitos orais deletérios e sua influência nas más oclusões dentárias. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 306-09, 2006

RIVA, L.F.P.D. Descrição de uma estratégia para remoção de hábitos orais e investigação de seu grau de eficiência - Piracicaba, SP, 2013.

SERRA-NEGRA, J.M.C.; DADALTO, E.C.V. **Hábitos bucais deletéreis**. Manual de Referência abo-odontopediatria, 2009.

SILVA, E.L. Hábitos bucais deletérios. **Rev Para Med**, Belém, v. 20, n. 2, p. 47-50, jun. 2006.

SILVA, B.C.; SANTOS, D.C.L.; FLAIBAN E, NEGRETE D, SANTOS RL. Mordida aberta anterior - origem e tratamento. **RevOdontolUniv Cid São Paulo**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 68-73, jan./mar. 2019.

SOUZA, G.M.O.; SOUZA, G.; MELO, T. O ; BOTELHO, K.V.G. Principais hábitos bucais deletérios e suas repercussões no sistema estomatognático do paciente infantil. **Cadernos de Graduação Unit Facipe**, v. 3, n. 2, p. 9-18, nov. 2017.

STANKIEWICZ, A. Chupeta - o que toda mãe (e pai) deveria saber antes de oferecer uma para seu bebê.

Disponível em: <https://www.cientistaqueviroumae.com.br/blog/textos/chupeta-o-que-toda-mae-e-pai-deveria-saber-antes-de-oferecer-uma-para-seu-bebe-por-andreia-stankiewicz> - Acesso em: 13, maio. 2020.

TANAKA, O.; KREIA, T.B.; BEZERRA, J. DE G.B, MARUO, H. A má-oclusão e o hábito de sucção de diferentes dedos. **J BrasOrtodonOrtop Facial**, v. 9, n. 51, p. 276-83, 2004.

VACCHI, I.B.N. et al. **Estratégias para remoção de hábitos orais deletérios em crianças: revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade de Campinas, Campinas, 2018.

VERRASTRO, A.P. **Associação entre os hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e as características oclusais e miofuncionais orais em crianças com dentição decídua**. Tese de Doutorado, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MACHO, V.; ANDRADE, D.; AREIAS, C.; NORTON, A.; COELHO, A.; MACEDO, P. Prevalência de hábitos orais deletérios e de anomalias oclusais numa população dos 3 aos 13 anos. **Revportestomatolmeddentcirmaxilofac**, Barcelona, v. 53, n. 3, p. 143-4, 2012.

WALDOLATO, A.; ANÉAS, G.C.G.; FONSECA, D.R.; ROCHA, R.L. Má oclusão e hábitos bucais deletérios: Uma revisão crítica. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 1, n. 2, ago. 2015.

ZAPATA, M.; BACHIEGA, J.C.; MARANGONI, A.F.; JEREMIAS, J.E.M.; FERRARI, R.A.M.; BUSSADORI SK, SANTOS E.M -Mordida aberta e hábitos orais deletérios. **Rev CEFAC**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 267-71, mar./abr. 2010.