

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

Denis de Almeida Marques

Yan de Almeida Marques

**Onicofagia X Má Oclusão,
mito ou realidade**

VOLTA REDONDA

2020

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

Onicofagia X Má Oclusão, mito ou realidade

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

Alunos: Denis de Almeida Marques

Yan de Almeida Marques

Orientadora: Prof^a Me Maria Lívia Salles Tavares

Coorientador: Prof^a Dr^a Carolina Hartung Habibe

VOLTA REDONDA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ
4316

M357o Marques, Denis de
Almeida
Onicofagia x má oclusão mito
ou realidade. / Denis de Almeida
Marques; Yan de Almeida Marques.
– Volta Redonda: UniFOA, 2020.

29 p. II

Orientador (a): Maria Livia Salles
Tavares

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

1. Odontologia - TCC. 2. Má oclusão.
3. Onicofagia. 4. Ortodontia. I.
Tavares, Maria Livia Tavares. II.
Centro Universitário de Volta
Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão do Curso intitulado:

Onicofagia X Má Oclusão, mito ou realidade

Elaborado por: Denis de Almeida Marques

Yan de Almeida Marques

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

Aprovado em, 27 de Novembro de 2020.

Banca Avaliadora:

.....

Prof^a Mestre Maria Lívia Salles Tavares

.....

Prof^a Doutora Carolina Hartung Habibe

.....

Prof^a Mestre Maira Tavares de Faria

VOLTA REDONDA

2020

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho em primeiro aos nossos pais pelo apoio incondicional em todos os momentos difíceis da nossa trajetória acadêmica. Este trabalho é dedicado a eles e a nossa orientadora e professora Maria Lívia Tavares

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por ter guiado nossos caminhos até aqui, por ter nos dado forças e condições de concluir esse trabalho, aos nossos pais Claudionor e Vanuzia por terem vivido esse sonho conosco, nos incentivando e investido na nossa educação, aos nossos queridos amigos que nos motivaram e deram apoio para que conseguíssemos chegar a essa reta final e a nossa orientadora Maria Livia Salles Tavares por ter aceitado fazer parte do nosso trabalho e sempre nos orientar na direção correta, com muito carinho, dedicação e comprometimento.

EPÍGRAFE

*“Pesquisar é acordar para
o mundo.” Marcelo Lamy*

RESUMO

Onicofagia é um hábito compulsivo tendo sua manifestação associada à desordem emocional ou mental acometendo crianças em época pré-escolar. Além de gerar infecções e verminoses caso persista, esse hábito deletério, pode influenciar o equilíbrio do sistema estomatognático, trazendo riscos a função e estética da cavidade bucal. O ortodontista, aliado a outros profissionais, desempenha papel fundamental para diagnosticar, tratar e preservar a saúde bucal. Existem várias estratégias para interceptação deste hábito e correção da má oclusão adquirida a fim devolver uma oclusão harmônica e funcional. Este trabalho teve como objetivo apresentar uma revisão da literatura atual desmitificando ou comprovando a influência da onicofagia na etiologia da má oclusão através de revisão da literatura atual sobre o assunto. 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, hábito de roer unha, ortodontia

ABSTRACT

Onychophagy is a compulsive habit with its manifestation associated with emotional or mental disorder affecting children in preschool age. In addition to generating infections and worms if it persists, this harmful habit can interfere with the balance of the stomatognathic system, bringing risks to the function and aesthetics of the oral cavity. Orthodontists and other professionals play a fundamental role in diagnosing, treating and preserving. There are several strategies for intercepting this habit and correcting acquired malocclusion in order to return a harmonic and functional occlusion. This study aimed to present a review of the current literature, demystifying or proving the influence of onychophagy in the etiology of malocclusion through a review of the current literature on the subject. PubMed-Medline, Scielo and BBO databases on the topic covered.

Keywords: malocclusion, nail biting, orthodontics

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

% - porcentagem

SE- Sistema Estomatognático

MAA – Mordida Aberta Anterior

MAP – Mordida Aberta posterior

mm – milímetros

ATM – articulação temporo mandibular

DTM – disfunção temporo mandibular

RAR – reabsorção apical radicular

MAA – mordida aberta anterior

MCP – mordida cruzada posterior

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	10
2.REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1.Hábitos bucais.....	12
2.2.Conceito de onicofagia.....	14
2.3.Etiologia da onicofagia.....	16
2.4.Diagnóstico da onicofagia.....	17
2.5.Prevalência da onicofagia.....	19
2.6.Má oclusão adquirida.....	20
2.7.Eliminação do hábito.....	24
3.DISSCUSSÃO.....	30
4.CONCLUSÃO.....	34
5.REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

Hábito é um comportamento ou ação que é praticada inconscientemente, permanente ou não, quando persistente pode prejudicar a anatomia bucal e interferir à saúde, pois maleficia estruturas bucais importantes, como: dentes, palatos e língua, além de atrapalhar o crescimento ósseo e muscular (MELO;PONTES, 2014).

Caracterizado por onicofagia o hábito de remorder o leito ungueal é forma mais agressiva da autodestruição ao roer as unhas. Podendo ocorrer em várias fases da vida, quando observado na infância pode ser associada à ansiedade, insegurança e difícil relacionamento interpessoal (DALANORA, et al., 2007).

A onicofagia tem seus graus de severidade medidos de acordo com a frequência e intensidade dos atos, podendo ser relacionados como meios de minimizar comportamentos compulsivos, estressantes, tensos e obsessivos. Além disso, podem acarretar detrimento físico e social (CAMARGO, et al., 2015), em sua grande maioria acontece na fase da puberdade, podendo se estender a fase adulta com predominância no sexo masculino (SERNA, 2011).

É o mais prevalente dos hábitos parafuncionais podendo acarretar complicações bucais, onde algumas estruturas podem ser lesadas de forma reversível ou não. Dentre elas: reabsorção apical radicular, pequenas fraturas nas bordas dos incisivos, gengivite associada ao trauma contínuo, complicações ortodônticas e distúrbios da Articulação Temporo Mandibular (ATM) (REGIS, et al., 2007).

Na tentativa de amenizar as tensões, entre 04 e 05 anos de idade, onde emoções estão em período transitório devido o início da fase escolar, a criança substitui a sucção digital, por um hábito mais agressivo como a onicofagia. Esta gera má oclusão dentária se for persistente. O lado emocional da criança deve ser observado e levado em consideração por familiares, consequentemente direcionado e acompanhado por profissionais para tratar a causa e consequências desse. (CRATO, et al 2004). Bem como a conscientização e cooperação do paciente acometido é fundamental para o êxito do tratamento (VASCONCELOS, et al 2012).

O objetivo desse estudo sobre é desmitificar ou comprovar a influência da onicofagia na etiologia da má oclusão através de revisão da literatura atual sobre o assunto.

2.REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Hábitos bucais:

Hábito é o costume ou prática adquirida através da repetição de um determinado ato ou atitude, com uma determinada finalidade, que a princípio é feito de forma consciente e posteriormente, de modo inconsciente, pela prática constante. É diferente do vício, pois não contém fundo farmacológico. A duração, a frequência e a intensidade do hábito influenciam a severidade da má-oclusão, bem como a predisposição individual, com presença ou não de doenças somáticas (BEZERRA; CAVALCANTI, 2006).

É o comportamento adquirido por um indivíduo podendo ser permanente e inconsciente resultado de alguma interferência exterior. Alguns hábitos são obtidos desde os primeiros meses de vida e se perpetuam até a fase adulta (MELO; PONTES, 2014).

Hábito é o ato repetido que com o tempo fica resistente a mudanças, onde os bucais podem gerar malefícios em estruturas bucais importantes e também podem interferir no desenvolvimento e crescimento dos ossos maxilares. Geram mal oclusão e por fatores de duração intensidade e frequência das ações (CAMARGO, et al., 2015).

Qualquer distúrbio presente nos pais exercerá forte influência no comportamento da criança, assim hábitos podem ser passados para a criança (ARAUJO, et al., 2011).

Os hábitos bucais estão associados a alterações dento alveolares e/ou esqueléticas e são divididos em normais que contribuem para uma boa oclusão como a sucção nutritiva, mastigação e deglutição e respiração, já os deletérios alteram o padrão normal de crescimento facial como a onicofagia, sucção digital, morder objetos entre outros, podem determinar o desenvolvimento de má-oclusão e também alterações no posicionamento dos dentes e na fala. As alterações na oclusão dependem de vários fatores como frequência, intensidade, duração e idade do indivíduo na época de instalação do hábito deletério (PEREIRA ; WELCKX, 2006).

Os hábitos orais são classificados como normais e deletérios. Entretanto, a onicofagia, sucção digital, de chupeta e de mamadeira, e a respiração bucal, dentre outros hábitos, são considerados hábitos não fisiológicos, ou seja, deletérios. Estes hábitos apresentam padrões de contração muscular aprendidos, de natureza complexa e de caráter, a princípio, consciente e, posteriormente, inconsciente, podendo atuar como fatores deformadores do crescimento e do desenvolvimento ósseo, das posições dentárias, do processo respiratório e da fala, entre outros problemas como a má oclusão (BOECK, et al., 2013).

Hábitos orais deletérios são caracterizados por contrações e movimentações inconscientes, esses hábitos causam deformidade em estruturas importantes da cavidade oral modificando suas posições e formas, podendo comprometer funções importantes como respiração e fala (MIOTTO, et al., 2014).

Hábitos bucais deletérios são definidos por contrações musculares inconscientes, que é feito de maneira repetitória, afetam no desenvolvimento e crescimento ósseo, posição dentária e até mesmo em funções como fala e deglutição. Onicofagia, sucção digital e interposição labial são exemplos desses maus hábitos (ALBUQUERQUE, et al., 2007).

Dentre os principais hábitos deletérios estão a onicofagia, o bruxismo, a respiração bucal, a interposição lingual, o ato de morder objetos e (ou) lábios, além da sucção de dedo, chupeta e mamadeira (BEZERRA ; CAVALCANTI, 2006).

Os hábitos bucais deletérios viciosos são fortemente associados a maloclusão. Vários autores ao longo dos anos estudam a associação da forma do aleitamento materno a instalação de maus hábitos bucais, a partir desse estudo notaram que 92% das crianças q amamentadas no seio materno exclusivamente até os primeiros seis meses de vida não apresentaram hábitos de sucção deletérios, que tem entre os mais comuns a onicofagia, sucção digital ou de chupeta (SERRA-NEGRA, et al. 1997).

O aleitamento materno no seio da mãe é o ideal, além de sugar o alimento, esse ato faz com que o bebê tenha uma satisfação oral e exercite a sua musculatura, contrapartida a criança que recebe o alimento por mamadeira tem tendência a colocar o dedo na boca, o bico da mamadeira permite um maior fluxo da saída de leite, sendo nesse momento que a sucção se torna um hábito nocivo, se esses hábitos persistirem

durante o período da dentição mista, podem maleficiar estruturas importantes como a palato e alvéolo provocando maloclusões (ZAPATA et al., 2010).

Segundo Souza et al. 2017, alguns hábitos podem ser benéficos a formação do bebê, como o de habito de sucção nutritiva que nos primeiros meses de vida é muito importante para o bom desenvolvimento das estruturas faciais, além disso são diagnosticados mais hábitos deletérios em crianças que não tiveram alimentação natural, isso se dá ao fato da mamadeira liberar mais leite e estimular a sucção do bico de borracha.

Após estudos sobre a influência da amamentação no desenvolvimento de má-oclusão, autores relatam que o exercício da amamentação é benéfico a uma boa relação oclusal, sendo capaz de permitir um desenvolvimento correto do sistema estomatognático do bebê e também gerando uma satisfação psicológica para a criança, sendo assim diminui a possibilidade do estabelecimento de outros hábitos de sucção que sejam deletérios (CARVALHO et al. 2009).

2.2. Conceito de onicofagia

O termo onicofagia é originário do grego, sendo ônix (“unha”) e efago (“comer”). As unhas têm função fundamental na mão, protegendo as pontas dos dedos contra agressões externas também servindo como facilitador nas tarefas de abrir e pegar objetos. Várias ou até mesmo todas a unhas são lesionadas na onicofagia, sendo comum também a formação de lesões quando há dano das cutículas (AGUADO e TENA, 2011).

Tendo seu início na infância ou adolescência, a onicofagia é classificada como uma desordem comportamental e emocional De acordo com a 10ª revisão da classificação internacional de doenças (ICD-10) da Organização Mundial da Saúde, Quando esse ato ocorre de maneira episódica, apresenta complicações clínicas de menor relevância, mas quando de forma crônica, esse hábito parafuncional causa danos severos aos dentes, destrói falanges e leva parasitas para o trato gastrointestinal, pelo ato de constantemente levar a mão à boca (PEREIRA, et al., 2014).

Considerado uma forma de autodestruição, a onicofagia manifesta-se em crianças ou adultos, sendo na infância uma forma de aliviar ansiedade, solidão,

insegurança e inatividade. Em adultos pode ter uma doença psiquiátrica não diagnosticada associada (SANTIAGO, 2015).

Onicofagia é o hábito de remorder o leito ungueal, é um comportamento repetitivo e intencional que pode causar desconforto ou dano funcional dependendo do caso, essa injúria acontece no ato de roer as unhas. Pacientes de várias idades podem apresentar esse quadro, sendo também característica de crianças e adultos inseguros ou ansiosos. Característico de indivíduos que buscam meios de diminuir o alto nível de tensão, comum em pessoas com algum problema psiquiátrico associado.(DALANORA,et al, 2007).

Considerado o hábito de roer as unhas, desencadeado por um estado emocional desequilibrado, também relacionado com a ansiedade o hábito faz com que o indivíduo tenha uma necessidade de morder as unhas e dedos, podendo causar problemas no desenvolvimento bucal (ALBUQUERQUE JR.,et al., 2007),levando assim ao encurtamento das mesmas (GAMONAI, et al., 2001).

Ato de automutilação, e também um hábito nervoso, repetitivo, embaraçante e socialmente indesejável. Geralmente se restringe apenas aos dedos das mãos, mas ocasionalmente também pode envolver as unhas dos pés. Há também algumas variações desse hábito que envolvem o comprometimento de outras estruturas adjacentes da boca , lábios e bochechas (REGIS, et al., 2007).

É um tipo de lesão traumática auto infligida resultante da mordedura do bordo distal da unha. Acomete demasiadamente crianças em idade escolar e adolescentes e pode associar-se a perturbações psiquiátricas. Complicações decorrentes da onicofagia incluem traumatismo peri-ungueal e infecção secundária (paroníquia, verrugas peri-ungueais) (GOMES,et al., 2012).

Geralmente é uma substituição de outros hábitos deletérios menos agressivos como a sucção digital e de chupeta. Por ser relacionado a graves distúrbios emocionais, deve ser tratado com cautela e não ser repreendido (FEREIRA,2018).

Assimilada ao *skinpicking*, ato de cutucar a pele de forma patológica e descontrolada com o intuito de causar ou agravar lesões, a onicofagia apresenta comportamentos de autolesão emitidos pelo próprio indivíduo na área das unhas e cutículas, com a utilização, ou não, de objetos como alicates e tesouras, que podem

gerar infecções, problemas dentários, mandibulares e limitação social. Considerada como um quadro do espectro obsessivo compulsivo pelo fato do indivíduo não conseguir resistir à emissão do comportamento (MELO ; PONTES,2015).

Onicofagia é o hábito de roer as unhas de qualquer dedo de um indivíduo, é um ato repetitivo, ou seja, é habitual e difícil de suprimir, esse hábito se enquadra no transtorno de controle do impulso no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-R) e se classifica como transtorno compulsivo obsessivo. Esse ato pode machucar os leitos ungueais, gerando no indivíduo cicatrizes crônicas, que podem ser acompanhadas por dedos vermelhos e inflamadas (DEV et al., 2019).

2.3. Etiologia da onicofagia

Conforme o bebê vai crescendo as partes o seu corpo são estimuladas a se desenvolver, contudo, em determinados momentos, algumas áreas podem ter mais protagonismo do que as outras, e assim, tendo mais importância regiões de gratificação e prazer. A boca apesar de não ter como foco principal o prazer, é uma área que além de servir como porta de entrada para os nutrientes que nos mantém vivos, também nos fornece a sensação de prazer. Os prazeres orais como comer, chupar, morder, lambe podem normalmente ser mantidos como expressões físicas prazerosas que as pessoas desenvolvem e mantêm. Algumas pessoas mantêm o foco do prazer na boca durante a vida toda, podendo na maioria das vezes, considerado patológico, como o hábito de roer as unhas (DELLAZZANA,2014).

Alterações na amamentação e alimentação inicial do indivíduo ,podem acarretar dificuldades de satisfação afetiva, que refletem em disfunções com sintomas orais durante a vida do indivíduo, tendo como exemplo um desses problemas a onicofagia (BANDIN,1973).

Na infância a onicofagia pode ser associada a uma solidão, tédio, insegurança, ansiedade ou em crianças que tem dificuldade em expressar seus sentimentos, e em muitos adultos portadores desse comportamento apresentam também alguma doença psiquiátrica não diagnosticada, tais como transtorno obsessivo compulsivo, depressão e tiques (DALANORA, et al, 2007).

Possui seu gatilho por alguma tensão emocional, seja um desconforto, ansiedade ou estresse enfrentado pelo indivíduo (PEREIRA, et al., 2017) assim, a

sintomatologia na fase pré-escolar tem sua predominância psicossomática, manifestada por depressão, já na fase escolar apresenta sintomas como inibição efetiva a onicofagia (ABRAMOVITCH ; ARAGÃO, 2011).

O hábito de roer as unhas na infância pode estar relacionado com a necessidade de aliviar tensões e ansiedade, já nos adultos pode estar relacionado a doenças psiquiátricas que não são diagnosticadas. A onicofagia pode apresentar alguns graus de severidade, sendo ele moderado ou grave, esses graus são avaliados de acordo com sua frequência e intensidade. Este hábito pode estar relacionado com desordens alimentares ou é observada como mecanismo para diminuir o nível de tensão. Roer as unhas compulsivamente pode estar relacionado com desordens obsessivas, o que pode acarretar danos físicos substanciais e consequências sociais adversas. (CAMARGO, et al., 2015).

A etiologia da onicofagia ainda não está clara, embora em alguns casos esta associada a pacientes que apresentam um quadro de ansiedade, ainda que não haja nenhuma comprovação desta relação. Alguns associam a onicofagia a um hábito que se pode aprender com membros familiares, instalando um comportamento de imitação (MAROUANE et al., 2016). Estudos genéticos descrevem que 30% dos pacientes onicofagicos tem algum familiar que tem também esse transtorno, sendo que os pacientes que ambos os pais relatam ter esse transtorno, tem de 3 a 4 vezes mais chances de ter esse distúrbio. Os estudos ainda relatam a relação de gêmeos monozigóticos e dizigóticos, onde os monozigóticos com uma influência atribuível de 50% têm mais chances de desenvolver esse transtorno, se comparados aos dizigóticos (BAGHCHECHI et al., 2020).

2.4.Diagnóstico da onicofagia

Normalmente o hábito de roer unhas tem sua fase inicial quando a criança geralmente está entrando na fase escolar e passa a ter mais experiências com o mundo ao seu redor. Visto que algumas crianças não estão preparadas para assumir essas responsabilidades impostas por seus pais e a sociedade, acabam desenvolvendo tensões e frustrações e não sabendo lidar com elas, e ao buscar um refúgio, podem trocar a sucção do polegar ou até mesmo chupeta, por algo mais agressivo como o hábito de roer unhas, como forma de extravasar tensões. Quanto

mais cobrada mais a criança praticará esse hábito, podem ser levado durante a vida e acarretando problemas orais como maloclusão e lesando estruturas como dentes, palatos e atrapalhar no crescimento muscular (LEONEL,2011).

Diretamente ligada com o estado emocional no qual se encontra o individuo, tem como princípios a ansiedade, gerando uma necessidade insatisfeita de morder. O hábito de morder objetos, unhas, lábios e língua podem surgir como uma substituição a sucção, ocasionando problemas oclusais (SANTANA, et al.,2001).

A onicofagia pode apresentar diferentes sintomas clínicos, dependendo do seu grau e intensidade. Em casos mais severos pode haver distrofia das unhas, deformidade e encurtamento das falanges. Adultos que apresentam o hábito geralmente tem alguma doença psiquiátrica não diagnosticada associada. O dentista é fundamental no diagnóstico precoce dela (DALANORA, et al., 2007).Ele é capaz de identificar precocemente complicações dentárias e seus riscos em potencial. Em casos de inchaços e retrações gengivais em crianças e adolescente a onicofagia deve ser um potencial diagnostico. Apesar de ansiedade e aborrecimento serem um dos fatores mais notáveis na etiologia desse hábito, outras causas também são relatadas como: imitação de outros membros da família, hereditariedade, transferência de outros hábitos deletérios e unhas mal tratadas. Esse hábito parafuncional pode ser classificado em moderada e severa de acordo com a intensidade e agressividade do ato, em todas as formas o paciente roe as unhas impedindo seu crescimento, mas na forma severa o indivíduo morda as áreas adjacentes também, sendo considerada severa a de maior intensidade e frequência do habito parafuncional (REGIS, et al., 2007).

Segundo Vasconcelos, et al. 2012 a onicofagia não tem relação com a síndrome do intestino irritado, mas sim com tensões emocionais. Com uma anamnese minuciosa o profissional consegue identificar a presença da onicofagia, e deve investigar tempo, intensidade e frequência desse hábito parafuncional, também deve ser levado em consideração se mais membros da família apresentam esse hábito, em que momento ela tem seu gatilho e o comportamento dos responsáveis (no caso de crianças e adolescentes), principalmente se for fazer uma movimentação dental induzida, pois há risco de reabsorções dentais.

A patologia ungueal de origem traumática é a que mais motiva a procura do serviço de urgência; as restantes alterações, sobretudo as crônicas e assintomáticas,

são frequentemente desvalorizadas pelos familiares, contudo a sua identificação e interpretação pode ser fundamental para o diagnóstico diferencial de várias patologias (GOMES, et al., 2012).

2.5. Prevalência da onicofagia

Em estudos relacionados a hábitos deletérios apontam que em sua maioria (72,2%) não realizam o hábito de onicofagia. Nesta pesquisa quanto ao sexo mulheres são mais onicofágicas . Em relação à faixa etária, a amostra foi composta, majoritariamente, por sujeitos entre 11 e 20 anos e seguindo o fator racial ordem decrescente de prevalência tivemos leucodermas a frente de melanodermas e xantodermas (VASCONCELOS, et al.,2012).

Pereira et al., 2017, afirmaram em estudo que a onicofagia foi evidenciada como um dos hábitos deletérios orais de maior prevalência em populações diferentes juntamente com o uso de mamadeira, de chupeta, a e a sucção digital.

Camargo et al., 2015, relataram que a onicofagia é um dos hábitos parafuncionais mais prevalentes em crianças, jovens e adultos, o que faz com que seja relevante a mobilização para descoberta de ações eficazes no controle e prevenção do problema.

Regis et al., 2007, estudando um grupo de pessoas entre 0 a 70 anos encontrou prevalência do hábito de onicofagia em todas as faixas etárias, diminuindo após os 40 anos de idade.

Um levantamento realizado por Aguado et al. , 2011, demonstrou que a onicofagia tem se tornado um hábito cada vez mais frequente e sua proporção em crianças na idade escolar varia entre 10 e 30%visto que sua proporção é igualitária entre meninos e meninas, atingindo seu pico entre as idades de 11 e 13 anos. Cerca de 45% das crianças em fase de puberdade, 25% de estudantes universitários e 10% dos adultos com mais de 35 anos roem a unha compulsivamente. Sendo comum que esse hábito se prolongue da fase infantil, passando pela adolescência, podendo se estender até a adulta.

De acordo com Marouane et al., em 2016 há poucos estudos evidenciando a prevalência e frequência da onicofagia, sendo feito de forma limitada a crianças e

adolescentes, esse hábito é geralmente observado em crianças e adolescentes, tendo sua prevalência na infância, não observada antes dos 3 ou 4 anos de idade e sua prevalência é de 20 a 33 % na infância. Tende a ter sua frequência diminuída na fase adulta, por volta dos 18 anos, mas nem sempre é assim, alguns adultos persistem com o hábito.

Segundo estudo feito por Santiago, 2015, a porcentagem de hábitos parafuncionais em crianças mostrou 24% onicofágicos, sucção de chupeta 15% e sucção digital 11%, em adultos esses hábitos tem sua prevalência em bruxismo 38% e onicofágicos com 17%.

Em um estudo feito por Bagchechi et al. em 2020 estima-se que 20-30% da população geral rói unhas, sendo um hábito mais prevalente na infância, 37% é de 3 a 21 anos de idade. Leung e Robson,1990 ,descrevem a tendência crescente da persistência desse hábito deletério até a vida adulta dos afetados, com uma prevalência de 21,5% entre os adultos jovens de 18 a 35 anos. Os estudos ainda são inconsistentes ao relatar prevalência de acordo ao sexo feminino ou masculino, sem nenhuma diferença encontrada.

2.6. Alterações do SE - Má oclusão adquirida

Hábitos deletérios se não corrigidos precocemente podem causar malocclusão dentária, alguns exemplos desses hábitos são: sucção digital, onicofagia, sucção de chupeta, bruxismo, interposição lingual e respiração bucal (SILVA ,2006).

O desenvolvimento do esqueleto facial é comprometido desviando-se do seu curso normal após uma alta frequência e intensidade do habito, além do comprometimento dos dentes e processos alveolares, quando tem origem em idades precoce (MOYERS, 1991).

Hábitos bucais deletérios de mordedura (objetos, onicofagia e bruxismo) são consideradas fatores etiológicos de más oclusões. O grau de severidade da desarmonia causada no sistema estomatognático será justificado pela frequência, duração e intensidade dos hábitos. Muitos estudos relataram a relação de causa e efeito entre hábitos bucais deletérios e a presença de más oclusões, bem como

diminuição ou até reversão de desarmonias oclusais após o abandono do hábito. Os hábitos orais deletérios podem desencadear más oclusões alterando seu padrão respiratório, de deglutição e de fala entre outras alterações que podem ser reversíveis ou não, na cavidade oral.(SERRA-NEGRA,2006).

Levando em consideração o tempo e a frequência atribuída a esse hábito, a onicofagia, apesar de ser um hábito comum, pode ser consideravelmente prejudicial à saúde e cavidade oral de um indivíduo, acarretando problemas na dentição, musculatura e ATM. As forças atribuídas ao exercer esse hábito podem levar à RAR, pequenas fraturas nas bordas dos incisivos, gengivite associada ao trauma contínuo e complicações ortodônticas. Levando em consideração autores e pesquisas relacionadas a hábitos parafuncionais como DTM, a onicofagia aparece como um dos hábitos deletérios mais prevalentes em diversos grupos populacionais (REGIS,et al,2007).

A onicofagia divide opiniões entre autores que acreditam que o hábito não cause má oclusão devido a pressão exercida ser somente ao longo eixo do dente, mas, outros acreditam que a onicofagia pode sim interferir no desenvolvimento da face de acordo com sua intensidade e frequência gerando uma predominância da componente vertical de crescimento da face resultando juntamente com a deglutição atípica a instalação de mordida aberta anterior (MAA)(FERREIRA,2018).

Dados evidenciam que a onicofagia pode estar associada a presença de alterações na fala, principalmente, relacionada a anteriorização de língua entre as arcadas dentárias, alterando a pronúncia dos fonemas linguodentais, como /t/, /d/, /n/, /l/, e dos fonemas linguoalveolares, como /s/ e /z/ (PEREIRA,et al.,2017). Em estudos realizados por Silva 2016, em pré-escolares com alteração de fala relacionados com hábitos orais e oclusão dentária, foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a oclusão e a onicofagia, que são justificáveis tendo em conta a frequência, duração e intensidade do hábito, que poderá condicionar alterações oclusais como a MAP bilateral.

Segundo Waldolato et al. em 2015, a má oclusão foi classificada pelo ministério da saúde como um dos principais problemas bucais, sendo a sua etiologia associada aos hábitos deletérios. A má oclusão pode atingir as crianças desde sua dentição decídua até a mista, por isso uma boa e detalhada anamnese do paciente deve ser

realizada para avaliar a severidade e a frequência desses hábitos, visto que esses fatores influenciarão diretamente na gravidade da má oclusão.

A onicofagia pode ser um hábito comum, mas as forças parafuncionais originadas por esse podem causar disfunção temporomandibular (DTM) e problemas dentários como: pequenas fraturas nas bordas dos incisivos, trincas no esmalte e gengivite associada ao trauma contínuo, além disso, o paciente pode apresentar reabsorções apicais radiculares (RAR). Esse hábito deletério pode envolver músculos mastigatórios e a ATM, alguns sintomas clínicos são identificados, como: dores musculares e articulares, limitação e desvio na trajetória mandibular, ruídos articulares durante fechamento e abertura de boca além de dores de cabeça (CAMARGO, et al., 2015).

Dentre as más-oclusões geradas por indivíduos portadores de hábitos bucais deletérios como onicofagia, a mordida aberta anterior (MAA) e a mordida cruzada posterior (MCP) são as mais prevalentes (ALBUQUERQUE JR. et al., 2007).

Encontramos na literatura relatos sobre alterações na cavidade oral causados pela onicofagia e o trauma gengival é uma dessas alterações que geralmente pode estar presente de forma assintomática em pacientes praticantes desse hábito. O cirurgião dentista pode cooperar com outras especialidades para a obtenção do diagnóstico precoce de hábitos nocivos a cavidade oral, tais como bruxismo, sucção digital, respiração bucal e a onicofagia, contribuindo para a prevenção no desenvolvimento de possíveis anormalidades (DALANORA, et al., 2007).

Segundo uma revisão de literatura, Vasconcelos et al. em 2012, destacaram que a onicofagia pode acarretar problemas como a intrusão de elementos dentais, principalmente de incisivos superiores, e contribuir com o avanço de doenças periodontais. As alterações oclusais também são citadas como alterações encontradas devido a esse hábito de roer as unhas, porém há bastante divergências no assunto, devido pesquisadores não terem encontrado estatisticamente números que comprovem que a onicofagia pode levar a má oclusão. É importante ressaltar que pacientes tratados ortodonticamente e que apresentam onicofagia podem acentuar a RAR e acarretando a perda de elementos dentais.

Alguns estudos relacionam o hábito da onicofagia com a má oclusão devido a DTM, entendendo que tal hábito pode gerar maior projeção anterior da mandíbula para realizar o corte das unhas com os incisivos, que se mantêm em posição de topo a topo, estimulando alterações ao nível da ATM (SILVA e SILVA, 2017).

Relatos realizados por Carminatti, 2000, objetivando a interação dos tipos faciais com os diversos hábitos deletérios e a má oclusão diante da variabilidade muito relativa na relação de causa e efeito, descreve a não etiopatogenia do hábito de roer as unhas a nenhum tipo de maloclusão.

Estudos realizados sobre a etiopatogenia da MAA,concluiu-se que hábitos bucais deletérios e disfunções orais,freqüentemente encontrados em dentaduras mistas, 25% são causados por hábitos como onicofagia , mamadeira (BASTIANI et al.,2003).

A onicofagia assim como outras parafunções orais, pode causar DTM por pressão de mordida transferida de coroa à raiz, pode fraturar as bordas dos incisivos, ocorrer RAR, destruição alveolar e até gengivite. Apinhamento, rotação ou má oclusão dentaria clínica, são alguns dos exemplos do que as forças mecânicas não fisiológicas contínuas podem produzir na cavidade oral (MAROUANE et al., 2016),(BAGHCHECHI et al., 2020). São notados alguns efeitos orais causados pela onicofagia como: destruição do osso alveolar, RAR, apinhamento menor, rotação, proclinação dos dentes anteriores superiores e DTM. Caso persista o hábito pode atingir sua forma mais severa e em alguns casos causando até o entalamento das unhas arrancadas, na gengiva. (DEV et al.,2019).

Uma das principais alterações causadas pela onicofagia é a DTM que está associada a modificações das arcadas dentárias. Este hábito também pode acarretar infecções por bactérias e lesões irreversíveis nas unhas. O hábito de roer as unhas também pode acarretar como consequências a presença de diferentes graus de reabsorção da raiz dentária, fraturas nas regiões incisais dos dentes anteriores e gengivite. Sendo assim a remoção precoce desse hábito é de extrema importância como forma de prevenir problemas de má oclusão ou até mesmo complicações irreversíveis como a perda dentária (CHANTRE, 2019).

2.7. Métodos de eliminação da onicofagia - Tratamento

O tratamento da onicofagia é feito principalmente de forma psicológica e psiquiátrica, podendo utilizar alguns fármacos antidepressivos ou terapias. O tratamento ortodôntico e odontológico restaurador também é utilizado em alguns casos, favorecendo a remoção do hábito por impedir que o paciente consiga um ponto de apoio para roer as unhas ou ainda pela alteração positiva nos aspectos psicológicos do paciente ao determinar uma aparência mais atraente (PEREIRA, et al., 2014).

O sucesso ou a falha no tratamento da má oclusão ou qualquer outra alteração devido à presença de hábitos, pode estar relacionado à conduta do profissional frente aos aspectos emocionais envolvidos. O bem estar emocional do paciente deve ser avaliado, sempre tendo em mente não apenas o tratamento das alterações encontradas, mas de uma criança com medos, frustrações, ansiedade entre outros problemas emocionais. Dessa forma o profissional deve estar munido de informações acerca dos aspectos psicoemocionais e reconhecer a importância dos mesmos para um prognóstico favorável (CRATO, et al., 2004).

A utilização de vernizes com sabores desagradáveis também é uma das formas de tratamento contra a onicofagia, apesar de apresentar resultados limitados (GOMES, et al., 2012).

Os hábitos bucais deletérios em crianças necessitam de uma abordagem odontopediátrica, que englobe não só o controle mecânico do processo, mas, também, o controle psicológico, necessitando, assim, da interrelação multiprofissional com profissionais bem capacitados a fim de proporcionar um atendimento integral ao paciente infantil (PIVA, et al., 2012).

Roer unhas, na infância, mostra-se como distúrbios evolutivos e que se tratados de maneira conjunta, com profissionais capacitados e com uma abordagem o mais precoce possível, pode-se obter um prognóstico bom e satisfatório (TANAKA, et al., 2004).

Faz-se necessário compreender a visão de pais e também dos professores a respeito da presença dos hábitos orais deletérios, possibilitando assim, que ações de prevenção e promoção de saúde sejam realizadas nos primeiros anos de vida, tanto no ambiente familiar como escolar e com a interrelação multidisciplinar, a fim de proporcionar um atendimento holístico ao paciente infantil (SILVA, 2006)

Muzulan e Gonçalves, 2011, constataram que crianças na faixa etária entre 4 e 8 anos teriam uma melhor conscientização sobre seus hábitos se eles fossem apresentados de maneira mais lúdica, através de músicas, Cd's (compact discs), revistas, jogos, livros e etc. Sendo assim, é de extrema importância que os pais ou responsáveis pela criança, a mantenham informada e consciente desses hábitos e o quanto eles são prejudiciais para seu desenvolvimento e saúde a fim de sua eliminação.

O dentista deve trabalhar em conjunto com outros profissionais, sendo ele capaz de fazer um diagnóstico precoce, não só da onicofagia mas também em outros distúrbios como o bruxismo e respiração bucal, evitando desde então que haja alguma anormalidade (DALANORA, et al, 2007).

Se faz necessário ter atenção e muita compreensão e carinho no atendimento de crianças e motivação das mesmas, também se tornando indispensável a prudência dos pais e profissionais responsáveis envolvidos no caso, garantindo assim a possibilidade de neutralizar possíveis efeitos indesejáveis. Os responsáveis podem influenciar positivamente no tratamento da remoção desses hábitos colocando produtos com sabores desagradáveis no local, podem reforçar o efeito estético, mostrar a falta de higiene, trocar por algo que a criança queira muito, retirar de acesso o hábito(AMARAL, et al., 2009).

Regis et al., 2007, destaca a importância do dentista e seu potencial favorável na constatação da onicofagia. O dentista deve diagnosticar e oferecer ao paciente um tratamento correto, podendo empregar tratamentos tópicos, como a utilização de sabores desagradáveis nas unhas para desencorajar esse tipo de hábito.

Técnicas de autocontrole podem ser empregadas a fim de auxiliar no tratamento da retirada desse hábito, contribuindo para modificar a frequência, intensidade e duração desse comportamento. Uma auto intervenção dividida em três

etapas, sendo feita de maneira consecutiva, pode possibilitar uma aprendizagem e melhora no comportamento, sendo elas: a) Autorregistro, que consiste na coleta de informações sobre o próprio comportamento para estabelecer uma base e um ponto de partida; b) Autoavaliação, onde são feitas comparações e são tiradas conclusões sobre a eficácia do tratamento; e c) Auto-reforço, que consiste em atuar sobre o comportamento de alguém oferecendo a possibilidade de se recompensar ou punir de acordo com a significância de seus atos. Também podemos empregar o reforço positivo, sendo assim toda vez quando forem tomadas atitudes acertivas podemos oferecer algum tipo de recompensa. Essas ações devem ser tomadas juntamente com a equipe que atende o paciente e os pais, visando sempre a melhor maneira para a eliminação do mal hábito e sucessivamente o sucesso no tratamento (AGUADO ; TENA, 2011).

Segundo Vasconcelos, et al., 2012 ,a onicofagia é um hábito que está relacionado à ansiedade, estresse, solidão, imitação de algum membro da família, inatividade, hereditariedade e até mesmo troca de hábitos (como o de sucção digital ou chupeta pelo hábito de roer as unhas).a conscientização e cooperação da família e paciente se torna indispensável para o sucesso do tratamento.

Para um bom prognóstico, algumas intervenções devem ser feitas, para limitar e corrigir esse hábito deletério, as quais que deve ser aplicado o mais rápido possível ao seu diagnóstico. Em algumas situações isso não é possível, mas devem-se encontrar meios diversificados para eliminar tal hábito. Assim Camargo et al., 2015, propôs um limitador e ou algo que impedisse a onicofagia para prevenir contra danos à saúde bucal. É a criação de um complemento resinoso que auxilia o paciente que apresenta esse hábito deletério, mas que não quer mais roer as unhas, inserindo na incisal dos dentes incisivos um filete de resina composta com avaliação oclusal após o término. Apesar de relatarem ansiedade por não poder praticar o hábito, os pacientes restaurados contam com uma melhora e diminuição do desejo de morder as unhas, já que são impedidos pela resina. Deixa-se claro nos estudos que a conscientização dos pacientes referente ao hábito de roer as unhas é muito importante, é a maneira mais inteligente e eficiente de estimular-los a ter bons hábitos, apresentando os malefícios do hábito de roer as unhas.

Até o momento, vários tratamentos que visam o controle do hábito de roer as unhas, já foram propostos. Alguns profissionais acreditam em dar o foco ao tratamento psicológico desse hábito oral, com o objetivo de conseguir mudanças comportamentais, tendo o auxílio da psicoterapia e farmacoterapia. Outros focam em áreas alvo, buscando soluções para manter a mão longe da boca, como por exemplo, o uso de esmalte de sabor amargo ou curativo exclusivos para se utilizar na ponta dos dedos. Uso de Aparelho fixo não punitivo utilizando um fio redondo de aço inoxidável trançado colado de canino a canino, na arcada inferior, como tratamento para onicofagia. Utilizando esse método paramos mecanicamente a ação de roer as unhas. Assim, o objetivo deste aparelho não removível é lembrar constantemente o paciente de abandonar seu comportamento indesejado. Agindo na forma de punição, toda vez que o paciente tentar roer as unhas, esse aparelho agira para lembrar o ato que às vezes é feito até mesmo de forma inconsciente, sendo utilizada como uma técnica de modificação comportamental baseada na aversão (MAROUANE et.al., 2016).

Os tratamentos vão desde a restrição da realização dos atos, como o uso de esmalte ou soluções de sabor amargo nas unhas. Pode se optar por tratamentos que envolva uma equipe multidisciplinar com acompanhamento de psicólogo, psiquiatra, dentista, e fazer o uso de farmacoterapia ou até mesmo fazer o uso de dissuasor fixo intraoral, que faz com que o paciente treine a abandonar o hábito deletério (DEV et al.,2019).

O uso de equipe com profissionais que oferecem atendimento psicossocial, psiquiátrico, dermatológico e odontológico. O tratamento inicial envolve toda a família, sendo assim, paciente e pais devem prosseguir juntos no tratamento, posteriormente professores, amigos e familiares próximos podem ser incluídos para ajudar no reforço a modificação comportamental. O ambiente familiar deve ser um local tranquilo simpático e amoroso para a criança ou adolescente com palavras contínuas de incentivo para aumentar a autoconfiança. Em crianças, é importante verificar a gravidade e intensidade desse hábito de proceder com a intervenção formal. Uma vez que o processo de roer unhas de maneira repetitiva tem um forte componente psicossocial, é importante identificar a gravidade antes de prosseguir com a intervenção. Produtos tópicos alternativos incluem 1% de clindamicina, compostos de amônio quaternário e 4% de quinina suspensa em petróleo. Para pacientes que

sofrem de distrofia ungueal grave, o uso de uma bandagem adesiva para recobrimento dos dedos e as unhas feridos pode ajudar a combater e prevenir mais danos causados por esse hábito. A farmacoterapia é uma opção de tratamento de segunda linha para roer as unhas em crianças e adolescentes. A fluoxetina, um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (SSRI), demonstrou em vários casos tratar a onicofagia. Visitas anuais ao dentista também se tornam imprescindíveis para o sucesso do tratamento, elas são necessárias para avaliar patologias gengivais e dentais e iniciar uma intervenção precoce. Manter a higiene das mãos e unhas também é essencial, incluindo mantê-las lixadas e aparadas. Segundo o autor, permitir com que meninas tenham suas unhas cuidadas por um profissional pode fazer com que se tenha mais cuidado com elas, diminuindo assim a chance de roer as unhas, devido ao apelo cosmético positivo. O chiclete sendo introduzido de maneira cuidadosa, pode ser uma alternativa eficaz para ajudar a conter ou minimizar a compulsão em situações socialmente estressantes para uma criança mais velha, quando outros mecanismos de enfrentamento não podem ser utilizados. Isso resulta em uma melhor higiene oral e menos problemas para a gengiva e os dentes. A goma à base de sorbitol, em vez de uma variedade açucarada, pode ajudar a prevenir a cárie. Com o auxílio de livros e mídias sociais podem se obter suporte e estratégias. O autor recomenda para crianças que praticam esse hábito um livro interativo intitulado “O que fazer quando os maus hábitos se instalam”, da Dra. Dawn Huebner. Para as crianças que optarem uma abordagem mais visual, um episódio de Bernstein Bears aborda de maneira criativa o tema roer as unhas em um episódio confortável e esclarecedor. Isso pode ser transmitido gratuitamente no YouTube. Criar estratégias onde se tenha o controle se a criança consegue ficar dias seguidos sem roer as unhas e recompensá-las pelo esforço, pode auxiliar na perca desse hábito deletério, mantém as crianças motivadas, sabendo que um prêmio está disponível após vários 'dias bons' consecutivos. Ajudar a trazer consciência para o hábito pode ajudar a criar autoconsciência e buscar maneiras socialmente aceitáveis de lidar com o estresse e a ansiedade. Se consultar com profissionais da saúde voltados para áreas de comportamento de pessoas com algum tipo de ansiedade, como psicólogo, psiquiatra, também pode ajudar. Se necessário fazer terapia ou até mesmo o uso de medicamentos para o alívio de estresse e tensões podem trazer uma grande melhora e boa qualidade de vida para o paciente. Atividades como esporte, artes, ofício e instrumentos musicais podem se tornar um grande aliado, junto as profissionais, para ajudar a diminuir o nível de

estresse e ansiedade. Além disso, roer as unhas pode ser uma fonte de transmissão de vírus e bactérias, ressaltando o coronavírus causador do COVID-19 mostrou permanecer em superfícies por até três dias . Como consequência, fortes recomendações para ser evitado o toque facial, além da higiene, também se aplicariam à recomendação para parar o comportamento de roer as unhas (BAGHCHECHI, et al.,2020).

3 DISCUSSÃO

Hábito é um comportamento ou ação que é praticada inconscientemente, permanente ou não (MELO; PONTES, 2014), é o costume ou prática adquirida através da repetição de um determinado ato ou atitude (CAVALCANTI, 2006). Esse ato repetitivo, com o tempo fica resistente a mudanças, sendo persistente pode maleficar estruturas bucais importantes e interferir no crescimento e desenvolvimento normal dos ossos da face (CAMARGO et al., 2015), (PEREIRA ; WELCKX, 2006), (MIOTTO, et al.,2014), (ALBUQUERQUE, et al., 2007).. Hábitos orais são classificados em normais ou deletérios (BOECK et al., 2013),(SOUZA et al.,2017). Os normais, contribuem para uma boa oclusão, alguns exemplos são: sucção nutritiva, mastigação, deglutição e respiração. Os deletérios alteram o padrão de crescimento facial e tem como exemplos a onicofagia e sucção digital (PEREIRA, WELCKX, 2006).

Caracterizado por onicofagia o hábito de remorder o leito ungueal, é a forma mais agressiva de autodestruição ao roer as unhas (DALANORA, et al., 2007), (AGUADO e TENA, 2011), (PEREIRA, et al., 2014). Considerado um ato de automutilação, é também um hábito nervoso, repetitivo, embaraçante e socialmente indesejável (REGIS, et al., 2007). Sua persistência pode ser prejudicial à saúde, pois maleficiam estruturas bucais importantes (MELO; PONTES, 2014). A onicofagia tem seus graus de severidade, que são medidos de acordo com sua frequência e intensidade dos atos, podendo ser moderado ou grave (CAMARGO, et al, 2015). É o mais prevalente dos hábitos parafuncionais, podendo acarretar sérias complicações bucais que podem ser reversíveis ou não. (REGIS, et al., 2007), A onicofagia é classificada como uma desordem comportamental e emocional (PEREIRA, et al., 2014) (FEREIRA,2018) (DALANORA,et al, 2007).

A etiologia da onicofagia ainda não está clara, embora em alguns casos ela seja relacionada a pacientes que tem ansiedade, ou até mesmo com doenças psiquiátricas não diagnosticadas (MAROUANE et al., 2016) (BAGHCHECHI et al., 2020).

Ela não está relacionada com a síndrome do intestino irritado, mas sim com tensões emocionais (VASCONCELOS et al., 2012). Tendo seu início na infância, geralmente por volta dos quatro ou cinco anos de idade, quando a criança normalmente está entrando na sua fase escolar e passa a ter mais contato e experiências com o mundo ao seu redor (LEONEL, 2011). Ocorre em crises ou em pacientes desequilibrados emocionalmente (GAMONAI, et al., 2001). Na infância a onicofagia pode estar associada a solidão, tédio, insegurança, ansiedade ou alguma dificuldade de expressar sentimentos e em adultos apresentam algum transtorno psiquiátrico envolvido (DALANORA, et al., 2007) (PEREIRA, et al., 2017). Alguns associam a onicofagia há um hábito de comportamento de imitação, sendo aprendido ao observar pessoas próximas, como familiares (MAROUANE et al., 2016). Alterações na amamentação e alimentação inicial do indivíduo ,podem acarretar dificuldades de satisfação afetiva, que refletem em disfunções como a onicofagia (BANDIN,1973), (DELLAZZANA,2014).

Para um bom diagnóstico é preciso uma anamnese minuciosa para identificar a onicofagia, investigando tempo, intensidade e frequência desse hábito parafuncional, levando também em consideração os membros da família que possuem esse hábito (VASCONCELOS et al., 2012). Pode apresentar diferentes sintomas clínicos, em casos mais severos pode haver distrofia das unhas, deformidade e encurtamento das falanges (DALANORA et al., 2007).

A prevalência desta condição é elevada em crianças em idade escolar e adolescentes, (GOMES, et al., 2012), (MAROUANE et al 2016).Outros autores revelam que acomete a população em geral, onde 20-30% das pessoas roem unha e sua maioria com 37% esta na faixa etária entre 3 a 21 anos de idade, entre ambos os sexos, masculino e feminino, sem nenhuma diferença encontrada (AGUADO et al 2011: BAGCHECHI et al 2020) .Mas pesquisa feita por Vasconcelos et al 2012 constatou que as mulheres são mais onicofagicas na faixa etária de 11 a 20 anos. É um dos hábitos deletérios com maior prevalência em indivíduos diferentes (PEREIRA et al 2017). Em um estudo de Regis et al., em 2007 foi observado em um grupo de pessoas entre 0 a 70 anos onde a prevalência de onicofagia estavam presentes em todas as faixas etárias, diminuindo após os 40 anos de idade.

Alguns autores acreditam que a onicofagia possa interferir no desenvolvimento do esqueleto facial (FERREIRA, 2018), esse desenvolvimento pode ser comprometido desviando-se do seu curso normal após a alta frequência e intensidade desse hábito (MOYERS, 1991) entendendo que tal hábito pode acarretar maior projeção anterior da mandíbula, devido a posição de topo a topo para realizar o corte das unhas, podendo estimular alterações ao nível da ATM (SILVA e SILVA, 2017). A má oclusão foi classificada pelo ministério da saúde como um dos principais problemas bucais, sendo a sua etiologia associada a hábitos deletérios, onde se inclui, onicofagia, sucção digital, sucção de chupeta etc (WALDOLATO et al., 2015).

A má oclusão pode ter sua etiologia multifatorial, pode ser por hereditariedade, de ordem local ou bucal, sendo a de ordem bucal, causada por um desequilíbrio nas forças bucais, de estruturas importantes, como língua, bochechas e lábios gerando assim a má oclusão (WALDOLATO et al., 2015). A onicofagia pode causar problemas oclusais, (SANTANA et al 2001),(SILVA ,2006),(SERRA-NEGRA,2006). (FERREIRA,2018). (WALDOLATO et al., 2015). A mordida aberta anterior e a mordida cruzada posterior são as más-oclusões mais prevalentes relacionadas a indivíduos portadores de hábitos bucais deletérios como a onicofagia (ALBURQUEQUE JR, et al., 2007). Além disso esse hábito pode acarretar problemas como a intrusão de elementos dentais, principalmente de incisivos superiores, e contribuir para o avanço de doenças periodontais e alterações oclusais, ressaltando que pacientes tratados ortodonticamente e que são onicofágicos, podem acentuar a reabsorção radicular (VASCONCELOS et al., 2012). As forças parafuncionais originadas do hábito onicofágico, podem causar disfunção temporomandibular (DTM) e vários problemas dentários, como fraturas nas bordas dos incisivos, trincas, problemas gengivais, reabsorção apical e problemas na oclusão. (CAMARGO et al., 2015), (CHANTRE 2019) que acrescenta acarretar infecções por bactéria e lesões irreversíveis nas unhas .Além disso, roer as unhas pode ser uma porta de entrada para a COVID-19 pois esse vírus fica na superfície por até três dias, já que sabemos que esse hábito é uma grande fonte de transmissão de vírus e bactéria (BAGHCHECHI et al., 2020)

O tratamento para a intervenção neste hábito deletério ié realizado principalmente atuando nos fatores psicológicos e psiquiátricos, e em algumas vezes necessária a prescrição de fármacos e antidepressivos ou juntamente com as terapias (PEREIRA, et al., 2014). O tratamento deve envolver toda família (BAGHCHECHI, et

al., 2020), se fazendo necessário ter atenção, muita compreensão e carinho no atendimento desses pacientes, principalmente crianças, também se tornando indispensável a colaboração e a prudência do paciente, pais e profissionais envolvidos no caso (AMARAL, et al 2009) e por ser relacionado a graves distúrbios emocionais, a onicofagia deve ser tratada com cautela e não repreender o indivíduo onicofágico (GOMES, et al., 2012). O sucesso ou não do tratamento estão relacionados com as condutas do profissional frente aos aspectos emocionais envolvidos (CRATO et al., 2004).

O cirurgião dentista deve trabalhar em conjunto com outros profissionais (DALANORA, et al., 2007), (PEREIRA, et al., 2014), tendo papel fundamental no tratamento da onicofagia, estando capaz de identificar e diagnosticar precocemente complicações dentárias e seus riscos em potencial (REGIS, et al., 2007). O tratamento para a onicofagia é diversificado, e pode-se optar pelo uso de um dispositivo fixo intraoral, que faz com que o paciente treine a abandonar o hábito deletérios (DEV et al., 2019).Podendo utilizar o recurso de um complemento resinoso, inserindo na incisal dos dentes incisivos um filete de resina composta, com uma avaliação oclusal após o término impedindo o ato (CAMARGO et al., 2015).

4 CONCLUSÃO

A identificação da intensidade e frequência do hábito de onicofagia é fundamental para seleção do tratamento. Uma equipe multidisciplinar capacitada juntamente com os familiares e educadores, estabelecerá o reforço de alteração

comportamental mirando a autoconfiança, ajudando o paciente a ter mais controle sobre si e consciência sobre o hábito. Devemos buscar maneiras socialmente aceitáveis de lidar com o estresse e a ansiedade do paciente, achando soluções para manter a mão longe da cavidade oral, lembrando que a amamentação no seio materno quando pequeno, ajuda na satisfação oral atuando como um fator protetor para o desenvolvimento de hábitos deletérios.

Após vasto estudo literário atual, constatou-se que são diversos os tipos de má oclusão adquirida através da onicofagia e, portanto, o cirurgião dentista saber diagnosticar e oferecer ao paciente um tratamento correto, empregando tratamentos tópicos e até o uso de aparatologia, não punitiva, como intuito de interromper o hábito.

5 REFERÊNCIAS

ABRAMOVITCH,S. e ARAGÃO,L.C. Depressão na infância e adolescência **Revistahospitaluniversitário Pedro Ernesto**, UERJ,Ano 10, Jan/ Mar de 2011.

AGUADO,E.C.,TENA ,R.O.- Intervención conductual em un caso de onicofagia- **ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA** VOL. 16, NUM. 1: 103-113 ENERO-JUNIO, 2011

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. **Rev Bras 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.

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? **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 11, n. 3, p. 363-369, jul/set. 2011.

BANDIN, M. M. - Relações pais e filhos. A importância da família na saúde emocional dos jovens. *Biblioteca digital Fgv*, Curriculum, v. 12, n. 2, p. 29-39, abr./jun. 1973.

BAGHCHECHI,M.; PELLETIER,J.L.; JACOB,S.E.- Art of Prevention: The importance of tackling the **Int J Womens Dermatol**. 2020 Sep 17. doi: 10.1016/j.ijwd.2020.09.008

BASTIANI,C.;ÁRTICO,M.F.M.;JOCK,M.D.; KOBAYASHI,E.T.- Etiologia da Mordida Aberta Anterior – Iniciação Científica.CESUMAR. PR- Jul-dez,2003,vol.05n.02,pp.103-108.

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 portadoras de hábito de sucção de dedo e/ou chupeta. **RevOdontol UNESP**, São Paulo, v.42, n.2, p.110-116, 2013

CAMARGO, T. N ;BRUM,S.C.;BARBOSA,C.C.N.;CHAVES,E.S.;OLIVEIRA,R.S.I. - Avaliação de impeditivo resinoso para o hábito de onicofagia. **Revista Pró- UniverSUS**. Universidade Severino Sombra Interior do estado do Rio de Janeiro. V. 06, N. 3, P. 49-53, Jul/Dez. 2015.

CARMINATTI, K - Hábitos Deletérios X Maloclusão nos limites da Tipologia Facial (TCC) . Centro Especializado Em Fonoaudiologia Clínica - Motricidade Oral, Rio de Janeiro ,2000.

CARVALHO, C.M.; CARVALHO, L.F.P.; FORTE, D.S.; ARAGÃO, M. S.F; Costa, L. J. - Prevalência de Mordida Aberta Anterior em Crianças de 3 a 5 Anos em Cabedelo/PB e Relação com Hábitos Bucais Deletérios- **REV.Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, UFP vol. 9, núm. 2, mayo-agosto, 2009

CHANTRE, D. T.- Hábitos parafuncionais e suas consequências na saúde oral. ,Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Mestrado em Medicina Dentária, Instituto Universitário Egas Moniz, Portugal, jun. 2019.

CRATO, A. N.; OLIVEIRA, D. V.; CUNHA, T. O.; MOTTA, A.R. - Hábitos orais deletérios e relação com aspectos comportamentais e psicológicos de crianças de creches públicas de Belo Horizonte , **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**, Belo Horizonte, 2004. DALANORA A, UYEDA H,

DELLAZZANA, A. A. - Hábitos orais deletérios em escolares e sua relação com o excesso de peso e a ansiedade. *Manancial repositório Digital da UFSM* Dissertação de mestrado - Curso de Distúrbio da comunicação Humana, Universidadd federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

DEV, S.; PAL, A.; ZAHIR, S.; KUNDU , G.K. A fixed intraoral nail biting habit-breaker appliance: A case report of a novel approach to prevent onychophagia **J Dent Res Dent Clin Dent Prospects** 2019; 13 (3): 172–176.

FERREIRA, F.V. **Ortodontia Diagnóstico e planejamento**- 7 ed., ED Artes Médicas, São Paulo, 2018.

FALTIN G. K.; BIGLIAZZI, R.; LADISLAU, A. S.; BARBOSA, H. A. M.; FALTIN, R. M.; FALTIN Jr, K - .Prevalência de más-oclusões em crianças na fase de dentição decídua e mista e sua associação com hábitos bucais deletérios. **Orthodontic Science and Practice**. 2011; 3(13).

GAMONAL, A., CARVALHO M.T.; MANSUR, M.C.; SILVA, C.L.; CRUZ, A.C. - Distrofias Ungueais - **Rev.Médica Oficial do Hospital UFJF**- vols 27(1), 22(2) e 27(3) Jan/Dez 2001.

GOMES, S.; LENCASTRE, A.; LOPES, M.J.P. - **Alterações ungueais em Pediatria**- revista do hospital de crianças maria pia, vol XXI, n.º 1, 2012

LEONEL, J. M. S. - O cirurgião dentista dá atenção básica e seu papel na detecção das maloclusões e disfunções craniomandibulares. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização em atenção Básica em saúde da Família, Universidade federal de Minas Gerais, Formiga, 2011.

LEUNG A.K., ROBSON W.L.- Nailbiting. - Clin Pediatr (Phila). 1990 Dec;29(12):690-2. doi: 10.1177/000992289002901201

MAROUANE,O.;GHORBEL,M.; NAHDI,M.; NECIBI,A.; DOUKI ,N. New Approach to Managing Onychophagia **Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Dentistry** Volume 2016, Article ID 5475462, 5 pages

<http://dx.doi.org/10.1155/2016/5475462>

MELO,C.M. - **Psicologia e análise do comportamento : saúde e processos educativos**- Londrina : Universidade Estadual de Londrina, 2015.

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.

MIOTTO MHMB, CAVALCANTE WS, GODOY LM, CAMPOS DMKS, BARCELLOS L.A. -Prevalência de mordida aberta anterior associada a hábitos orais deletérios em crianças de 3 a 5 anos de Vitória, ES - **Rev. CEFAC**. 2014 Jul-Ago; 16(4):1303-1310

MOYERS, R. E. - Ortodontia. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 1991.

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

PEREIRA, S. R. A.; WECKX, L. L. M. - Revisão dos hábitos orais deletérios e suas influencias nas maloclusões dentárias. **Pediatria Moderna**, v. 42, n. 6, p. 306-309, 2006.

PEREIRA, M.A.; ISHIKIRIAMA, S.K.;MAENOSONO ,R.M.- Restabelecimento estético e funcional de paciente com onicofagia crônica – relato de caso**Full Dent. Sci.**; 5(19):482-486, 2014.

PEREIRA, T. S.; OLIVEIRA, F.; CARDOSO, M. C. A. F.- Associação entre hábitos orais deletérios e as estruturas e funções do sistema estomatognático: percepção dos responsáveis, **CoDaS**, São Paulo, v. 29, n. 3, mai. 2017.

PIVA, R.; WERNECK, R. I.; PEREIRA, L. P.; REIS, A. O.; AMORIM, G. C. - O tsb na remoção de hábitos de sucção. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 4, n. 2, p.15-21, 2012.

REGIS, R. R; SOUZA, R. F; PARANHOS, H. F. O. - Lesão severa causada por onicofagia.**Revista de Odontologia da UNESP**. São Paulo. V. 36, N. 4, P. 379-382, 2007.

SANTANA, V.C., SANTOS ,R.M.; SILVA, L.A.S.; NOVAIS, S.M.A.. - Prevalência de mordida aberta anterior e hábitos bucais indesejáveis em crianças de 3 a 6 anos incompletos na cidade de Aracaju. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebe**. 2001;4(1):153-60

SANTIAGO,F.C.-Hábitos orais parafuncionais:uma revisão da literatura,UFRJCentro de Ciências da SaúdeFaculdade de Odontologia,2015

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

SERRA-NEGRA, J.M.C.; VILELA, L. C.; ROSA, A. R. ; ANDRADE, E. L.S. P.; PAIVA, S.M.; PORDEUS, I. A.- Hábitos bucais deletérios: os filhos imitam as mães na adoção destes hábitos? **Revista Odonto Ciência** – Fac. Odonto/PUCRS, v. 21, n. 52, abr./jun. 2006.

SERNA, C. C. R. - Tratamento da onicofagia em crianças. Revisão sistemática. **Revista de Odontopediatria Latinoamericana**. V. 1, N. 1, P. 102-110, Jan/Jun 2011.

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

SILVA, M.G. e SILVA, S.L.X. - Alterações orofaciais associadas aos hábitos orais deletérios em escolares (TCC). Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, Rondônia, Brasil, 2017.

SILVA, M.R. - A influência dos hábitos orais, da respiração oral e da oclusão dentária nas alterações de fala em pré-escolares (TCC) .Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, Portugal, 2016.

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.

TANAKA, O.; KREIA T.B.; BEZERRA, J.G.B.; MARUO, H. - A má-oclusão e o hábito de sucção de diferentes dedos. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, v. 9, n. 51, p. 276-283, 2004.

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.

VASCONCELOS, A. C.; RIBEIRO CÉSAR, C.; LOURENÇO, C. T.; MURAKAMI, L. K.; PARANHOS, L. R. - Prevalência de onicofagia na clínica ortodôntica. **Revista da Faculdade de Odontologia** - UPF, Passo Fundo, v. 17, n. 1, jan./abr. 2012.

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.