



1150052295



FOP

T/UNICAMP B12h

EVERALDO OLIVEIRA SANTOS BACCHI,

**HÁBITOS BUCAIS E OUTROS COMPORTAMENTOS
CONSIDERADOS NOCIVOS À OCLUSÃO DENTÁRIA
(CONTRIBUIÇÃO AO SEU ESTUDO)**

TRABALHO APRESENTADO À FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE PIRACICABA, DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE CAMPINAS PARA OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIAS (ORTODONTIA).

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

216

PIRACICABA
1973

A meus pais
e irmãos,

às crianças da minha Terra,

à minha esposa Dirce Maria
e meus filhos Gustavo e Adriano.

"Para não arrefecordes, imaginai que um dia podereis vir a saber tudo; para não presumirdes, lembrai que, por mais que vierdes a saber, sempre hateréis o que aprender".

Rui Barbosa

A nossa respeitosa reverência à memória do ilustre
e culto homem que foi

CARLOS HENRIQUE ROBERTSON LIBERALLI

AGRADECIMENTOS

Cumprimos aqui um dever de expressar nossos sentimentos de gratidão a todos quantos nos auxiliaram direta ou indiretamente na realização deste trabalho e, em especial,

Ao Professor Doutor MANOEL CARLOS MULLER DE ARAUJO, Titular da Disciplina de Ortodontia e Orientador do Curso de Pós-Graduação em Ortodontia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, mestre, colega e amigo, pela orientação geral que nos deu, neste trabalho.

Ao Professor Doutor PLINIO ALVES DE MORAES, Diretor da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP, pelo apoio e compreensão demonstrados, facilitando nossa formação pós-graduada.

Aos Professores-Assistentes Doutores DANCY FLÁVIO NOUET e ARNOLD COIMBRA PFAFF, estimados colegas e amigos, pelo cálido companheirismo e sinceras palavras de estímulo.

À Professora Doutora MARIA APARECIDA POURCHET CAMPOS e ao Professor Doutor EDRIZIO CARDOZA PINTO, membros do Conselho Deliberativo da CAPES, por seus esforços empenhados para que nos fosse concedida bolsa de estudos.

À Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Ministério da Educação e Cultura, que, através da concessão de uma bolsa de estudos, muito nos auxiliou na realização deste trabalho, bem como nos possibilitou uma formação pós-graduada.

À Sra. ADELI DACCHI DIAS DE MORAES E SILVA, pelo paciente trabalho de tradução de textos em alemão e correção do inglês.

Ao Doutor MANOEL GOMES TRCIA, estimado médico otorrinolaringologista de Piracicaba, pelos preciosos esclarecimentos prestados em relação a questões de sua especialidade, aqui abordadas.

Aos Professores-Assistentes ANTONIO BENTO ALVES DE MORAES e FAUSTO BERZIN pela valiosa colaboração prestada nos setores de Psicologia e Anatomia, respectivamente.

Ao laborioso pessoal da Biblioteca da Faculdade de Odontologia da U.S.P. e, em particular, às Sras. IVANY DO CARMO GUIDOLIM GEROLA e MYRIAM SOARES DE ARRUDA, eficientes funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, pelo eficiente trabalho de apoio ao levantamento bibliográfico e obtenção de cópias de vários trabalhos científicos.

Aos Srs. WALTER ANTONIO COCCO e SEBASTIÃO RODRIGUES DE BARROS, pelos respectivos trabalhos de datilografia e impressão.

S U M Á R I O

	<u>Página</u>
1 -- INTRODUÇÃO	1
2 -- REVISITA DA BIBLIOGRAFIA	3
2-1 -- DEFINIÇÕES E CONCEITOS	4
2-2 -- MÉTODOS UTILIZADOS NO ESTUDO DOS HÁBITOS	11
2-3 -- CLASSIFICAÇÃO DOS HÁBITOS	18 ✓
2-4 -- HÁBITOS ESCOLARES NAS DIFERENTES IDADES	24 ✓
2-5 -- ETIOLOGIA DOS HÁBITOS -- Generalidades	32 ✓
2-6 -- EFEITOS DOS HÁBITOS	40 ✓
2-7 -- TRATAMENTO DOS HÁBITOS -- Considerações gerais	89 ✓
3 -- CONCLUSÕES	124
4 -- RESUMO	127
SUMMARY	129
5 -- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131

1 - INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho, sob forma de monografia, tem como básica finalidade reunir observações e conclusões de diversos pesquisadores e clínicos a respeito dos chamados hábitos bucais e alguns outros comportamentos que, embora não devam ser considerados como tais, também guardam certa relação com as estruturas bucais. O assunto desperta sempre o interesse daqueles em cujos ombros repousa a responsabilidade pela saúde da criança, envolvendo pais, médicos, cirurgiões-dentistas e, principalmente, ortodontistas.

É vasta a literatura sobre a questão. Compõe-se de obras escritas por dentistas, médicos, psicólogos, fonoatras, etc., Este fato, por si só, nos leva a imaginar a complexidade do assunto, a controvérsia de opiniões que em seu redor se tem formado há muito tempo. Não bastassem as dúvidas, aliás bastante normais no âmbito do estudo e pesquisa, a questão se apresenta de forma um tanto confusa e perigosa não só para os leigos como também para estudantes e até mesmo profissionais de saúde. São pontos de vista que oscilam no tempo e no espaço, e, mais ainda, sob a diversidade de apreciações características de cada especialista.)

Não temos a pretensão de solucionar o problema, mesmo porque a natureza deste trabalho não o permitiria, mas acreditamos poder lançar alguma luz sobre o tema em questão, ordenando e concatenando idéias de muitos homens, de muitas épocas, de muitas escolas.

↳ [Embora o capítulo dos hábitos bucais possa compreender, "sensu lato", uma série enorme de atividades que o ser humano pratica consciente, semi-consciente ou inconscientemente, por períodos curtos ou longos de sua vida, ^{EU PRETENDO ABRIR DAR} aqui abordaremos apenas alguns deles, cujos efeitos, supostos ou constatados, despertam maior interesse do ortodontista.]

↳ [Fatores etiológicos de irregularidades dento-buco-faciais, como quase sempre considerados, os hábitos bucais são um verdadeiro "fantas

ma" para o ortodontista ou odontopediatra, dados os problemas que causam à determinação da conduta clínica e prognóstico.]

Sendo, porém, fatores dinâmicos e, às vezes, simultaneamente atuantes com o tratamento de maloclusões ou de seus efeitos, tornam-se elementos passíveis de intervenção, ao contrário de muitos outros fatores etiológicos que, geralmente, pertencem ao passivo da história anamnética do paciente, portanto já fora do controle clínico.

Nosso papel como ortodontista terá sido-e o leitor poderá verificar -- o de salientar a etiologia, os efeitos e a terapêutica desses comportamentos, mostrando, sobretudo, a necessidade de uma integração de especialidades voltadas aos problemas da saúde.

2 - REVISTA DA BIBLIOGRAFIA

2 -- REVISTA DA BIBLIOGRAFIA

Ao iniciarmos esta parte de vital importância para o desenvolvimento do trabalho, deparamo-nos com uma grande variedade de artigos científicos e pseudo-científicos de autores oriundos de todas as partes do mundo. São homens que se preocuparam com o conhecimento das mais diversas facetas que envolvem os comportamentos humanos ligados ao uso irregular, anormal, intenso ou incomum da boca e estruturas afins, que neste trabalho convencionamos chamar de hábitos bucais ou simplesmente hábitos.

Tendo em vista o volume realmente grande de aspectos com que a questão se apresenta e procurando dar um cunho mais didático ao trabalho, achamos por bem desenvolver o presente capítulo subdividindo-o em sete partes, como está claro no sumário. Acreditamos, com isso, ter facilitado ao leitor a compreensão do assunto. Se tivermos alcançado esse objetivo, estará alcançada a meta maior do nosso esforço.

2-1 - DEFINIÇÕES E CONCEITOS

2-1 - DEFINIÇÕES E CONCEITOS

JOHNSON, segundo LEWIS (46) em 1930, define hábitos de uma maneira geral, com as seguintes palavras:

"O fenômeno do hábito é uma manifestação normal do ser vivo, essencial ao desenvolvimento e atividades normais e ajudam a manter a forma estrutural normal. Movimentos de hábitos anormais estão associados com formas estruturais anormais. Assim, o hábito, uma força intrínseca, como todos os processos naturais, é um fator de adaptação que, se pervertido em sua ação, será também uma potente influência no mal-ajustamento e subsequente desorganização". E conclui:

"Um hábito pernicioso é uma expressão de um fenômeno natural que está errado"

Como se pode depreender de suas palavras, JOHNSON não menciona especificamente qualquer hábito ou deformidade dele decorrente. Apresenta, pois, uma definição genérica. Com referência a tais considerações, LEWIS (46) comenta:

"Ele, (JOHNSON) considera o problema como um fenômeno natural e, assim procedendo, nos forneceu o primeiro tratamento completo do hábito como um fator etiológico na maloclusão dos dentes..."

Novamente LEWIS (47), em 1931, escreve:

"... seria bom dedicar algum tempo ao esclarecimento do que entendemos por hábito. O termo é tão comumente usado num senso infamante, como sinônimo de maus hábitos, que se torna fácil desprezar seu sentido mais geral, que é a tendência de comportar-se de maneiras fixas sob determinadas circunstâncias... Representam (os hábitos) a cristalização de um modo preferido de responder a uma situação". Nesse mesmo artigo, LEWIS salienta a distinção que se deve fazer entre bons e maus hábitos, que considera respectivamente benéficos e maléficos.

HYDE (29), em 1935, define com poucas palavras:

"Um hábito é uma prática constante estabelecida pela frequente repetição".

JAMES, segundo JOHNSON (34), diz:

"Um hábito adquirido, do ponto de vista psicológico, nada mais é que um novo canal de descarga formado no cérebro, pelo qual, certas correntes que entram, sempre tendem a sair depois... Um hábito simples, como todos os demais acontecimentos nervosos - o hábito da fala nasal, por exemplo, ou o de colocar as mãos nos bolsos, ou roer unhas - é, mecanicamente, nada mais que uma descarga reflexa".

JOHNSON (35), procurando caracterizar a natureza dos hábitos, explica:

"Quando uma criança está aprendendo a andar ou um adulto a jogar golfe, fazem primeiramente muitas coisas que já lhes são familiares. À medida que as tentativas são repetidas, esses atos são modificados da maneira que acham ser necessária para enfrentar a situação. Certos movimentos são eliminados e outros adquiridos, até que um padrão final se estabeleça. Essa é uma resposta "aprendida"; quando frequentemente repetida, há tendência de se formular aquela resposta em cada situação semelhante. A esta altura, as reações são praticamente automáticas. Assim forma-se um hábito".

TEUSCHER (77), num artigo publicado em 1940, afirma: "Hábito é um fenômeno de vida. É indispensável e inexorável. Sem ele o homem permaneceria um ser desajeitado e hesitante, tal como quando criança".

Percebe-se, pois, que, na referência feita à palavra hábito, esse autor (77) não a considera sinônimo de hábito pernicioso; reserva essa característica somente a alguns deles, em determinadas circunstâncias. E acrescenta:

"Provavelmente nenhum outro fenômeno vital exerce um papel mais importante do que o faz o hábito. Julgar se um hábito é bom ou mau, é uma questão largamente pessoal. Se se trata de um hábito social, seu -

"status" é usualmente determinado pela regra majoritária. No caso de muitos hábitos bucais, o grau de acerto ou erro está determinado pelos efeitos que podem produzir sobre o crescimento dos maxilares. E mesmo aí encontram-se diferenças de opinião. Por duas ocasiões, tive o privilégio de ouvir uma discussão sobre sucção de polegar, na qual, entre os participantes, figuravam um pediatra e um ortodontista. O pediatra expressou o ponto de vista de que o referido hábito faz mais bem do que mal. O ortodontista abraçou o ponto de vista oposto".

Em 1943, JOHNSON (36), em outro artigo dedicado ao problema dos hábitos, observa:

"Hábito, como o dentista usualmente considera, é a aplicação, frequentemente repetida, de forças à dentadura, oriundas do lado externo ou de fontes estreitamente associadas aos dentes". E acrescenta:

"Todavia, isso nem sempre é verdade. Muitas vezes, um comportamento que pode afetar diretamente a oclusão é um hábito de omissão".

FULTON (22), explicando o caso particular de hábitos de sucção, nos fornece um conceito que pode muito bem ser generalizado para esclarecer a natureza dos hábitos:

"...é uma relação senso-motora resultante de estímulo e resposta. A repetição rítmica dessa relação resulta num hábito, e a descarga motora torna-se eventualmente involuntária através da prática rotineira".

MUNRO (33), em trabalho publicado em 1936 diz:

"Há um provérbio latino que afirma: Os homens fazem mais coisas por hábito do que pela razão. E encara o hábito "como toda maneira definida de ação que não pertence à bagagem hereditária do homem".

STEVENS (25), em 1959, considera:

"Um hábito é qualquer ato executado sem necessidade de pensamento consciente. É iniciado com um esforço e, através de repetições, torna-se coordenado e automático. Os hábitos são essenciais à nossa existência. Sem eles, não se poderia nunca progredir além do estágio infan-

til". Quanto aos hábitos bucais anormais diz: "...podem ser definidos como a aplicação, frequentemente repetida, de forças externas à cavidade bucal, maxila e mandíbula, ou de fontes estreitamente associadas com a cavidade bucal, ou ainda a carência de qualquer força normal a ser exercida", repetindo praticamente o conceito emitido por JOHNSON (36).

MASSLER (55), num ótimo artigo, faz as seguintes considerações:

"Em qualquer idade, o homem revela seus sentimentos interiores e dá vazão a tensões internas através de algum movimento muscular ou ação. Tais sentimentos e reações podem ser conscientes e ocorrer somente em determinadas ocasiões como resposta a uma situação específica. Porém, quando uma ação é repetida, mais e mais, até tornar-se uma ação-hábito, geralmente reflete mais sentimentos inconscientes do que conscientes, tendo o estímulo ou causa original passado para o inconsciente".

E salienta, a seguir:

"As mais comuns dessas ações-hábito centralizam-se na boca ou em torno dela. O homem expressa contentamento, hostilidade, segurança e insegurança inconscientes, ou então alegrias, temores e desgostos conscientes, tudo com sua face e boca. Esses sentimentos e tensões interiores são espelhados em suas expressões faciais e hábitos bucais".

JAMES (32) em 1890, segundo citação feita por NELSON (64) em 1931, assim externa seu pensamento:

"No momento em que se tenta definir o que seja hábito, deve-se - descer às propriedades fundamentais da matéria. As leis da Natureza são nada mais que os hábitos imutáveis, que os diferentes tipos de matéria elementar seguem em suas ações e reações sobre as outras". E comenta - NELSON (64), a respeito dessa expressão:

"Ele (JAMES), remotamente, estabelece que os hábitos de uma partícula elementar de matéria não podem mudar, porque a partícula é ela mesma, uma coisa imutável por si; mas aqueles das massas compostas de matéria podem mudar, se o corpo possuir plasticidade, isto é, possuir uma estrutura suficientemente fraca para ceder a uma influência, mas suficientemente forte para não ceder a todas de uma só vez... A matéria -

orgânica (viva), especialmente o tecido nervoso, parece provida de um extraordinário grau de plasticidade desse tipo. Por ser o protoplasma do cérebro tão plástico, não é somente possível como também natural a formação de canais ou impressões na sua substância, através dos quais os impulsos nervosos caminham mais rapidamente, cada vez que um estímulo se repete. Poderíamos então ampliar a definição de hábito, encontrada no dicionário como a "tendência selecionada de agir de um certo modo", para esta explicação biológica de hábito, como sendo um fenômeno natural do protoplasma, com o que são estabelecidos canais definidos no cérebro, corda espinhal, nervos sensitivos e motores, que tornam uma ação quase sempre involuntária. Tal definição coloca o hábito em base fisiológica e, enquanto falamos de hábitos mentais, ou da mente, devemos lembrar que, mesmo as maneiras estabelecidas de pensar, dependem de canais estabelecidos no cérebro. Esta concepção do hábito leva-nos a uma visão mais larga do que a dos leigos, para os quais a palavra pode primeiramente sugerir o jogo, a bebida ou os tóxicos, e passamos a compreender que os hábitos podem ser usados para aprimorar o desenvolvimento e o aproveitamento normal da vida".

TISHLER (79), em 1928, externa este conceito:

"A divisão entre o fisiológico e o patológico é uma linha tênue, porém agudamente definida, e governada inteiramente pelo fator chamado controle; segue-se, portanto, que um hábito controlado é normal, enquanto que outro descontrolado é anormal. Todo hábito anormal tem seu princípio numa ação voluntária. Como um exemplo, a mastigação é uma função normal designada pela natureza para executar um importante trabalho na manutenção do metabolismo do corpo, porém quando abusada, como no caso de mascadores de fumo, torna-se anormal em função do excesso de uso a que ficam sujeitos os músculos da mastigação, dentes e glândulas salivares".

Psicologicamente, os hábitos bucais são enquadrados por GRUNSPUN (26) no capítulo geral dos hábitos e manipulações do corpo. Salienta que "as características patológicas desses hábitos e manipulações dependem da cultura".

De um modo bem genérico, o autor considera normais esses comportamentos quando manifestados por crianças até um ano de idade. Porém, -- diz ele, "sua conservação em fases posteriores do desenvolvimento passará a ser considerada anormal".

Para GRUNSPUN, os hábitos e manipulações do corpo "enquadram-se mais em distúrbios de conduta". E prossegue:

"As mais comuns manipulações do corpo são: sucção do polegar, -- roer unhas, piscar os olhos, esfregar os olhos, colocar o dedo no nariz, arrancar cabelos, morder os lábios, mão na boca, mão na orelha ou em -- qualquer outro lugar do corpo".

Fazendo distinção entre manipulação e tique, GRUNSPUN salienta que, até há pouco tempo, havia muita confusão a respeito, e explica que "a manipulação deve ser considerada distúrbio de conduta e o tique distúrbio psico-somático. Para fins terapêuticos, é importante fazer-se o diagnóstico diferencial, pois a orientação será diferente para um e outro caso, o que se faz através da constatação das condições iniciais, -- características e finalidades".

Quanto ao início de suas manifestações, esse autor afirma que "o tique começa depois de determinada idade. De regra, após os quatro anos de idade e, mais frequentemente, após os seis anos. A manipulação, como todo distúrbio evolutivo de conduta, é um distúrbio do desenvolvimento. O tique não tem características de desenvolvimento; o organismo responde sempre do mesmo modo ao estímulo; é uma "resposta de aparelho". A manipulação, por outro lado, começa com a educação, os hábitos, e à medida que há desenvolvimento, novos hábitos se lhe vão agregando".

Continuando na exposição de conceitos, GRUNSPUN diz mais:

"O tique é um movimento automático, portanto involuntário. Inicia-se muitas vezes como ato reflexo, outras vezes como ato voluntário, mas sua manutenção se faz de forma automática, de regência do arquicérebro. (§).

(§) Arquicérebro = paleo-encéfalo ou cérebro primitivo. Compreende todo o cérebro menos o córtex e suas dependências.

"A manipulação tem nível mais alto de conhecimento, portanto voluntário. O arco vai até o córtex cerebral. O tique inicia-se por uma contração espasmódica rápida. A manipulação tem início lento, precisando, às vezes, de posição determinada, condições e momentos especiais".

É exemplifica:

...

"... enrolar diversas vezes o cabelo e depois arrancá-lo".

"No tique, - prossegue - sempre há um grupo de músculos circunscritos; é rara a participação de um órgão ou aparelho inteiro. De tal modo que podemos dizer quais os músculos que entram no movimento de contração. Na manipulação, há sempre um movimento simultâneo de duas partes do corpo, na maioria das vezes, grupos musculares, aparelhos e órgãos em conjunto, dos quais é mais frequente a mão. No exemplo de morder o lábio, não se usa a mão, mas dentes e lábio".

Comenta também outras características que julga importantes para se estabelecer diferenças entre tiques e manipulações, afirmando que "o tique não tem finalidade aparente, a não ser no início, quando é voluntário. Pode ser expressão de medo inicialmente, mas quando passa à regência automática, causa sensação incômoda. A manipulação parece ter sempre uma finalidade : é agradável para quem a faz e causa um certo prazer. O tique repete-se sempre de maneira idêntica e cinematográfica. A manipulação se repete com todos os tipos de variação possível: por exemplo, se um dedo está machucado, a criança chupa outro dedo. Como consequência geral para a criança, teremos que o tique é sentido subjetivamente como algo estranho a ela, é incontrolado pelo paciente. Na manipulação, a criança se sente responsável pelo ato; tem controle voluntário. No tique, nem querendo consegue dominar; quanto mais lhe fixar a atenção, mais ele aumentará. Ao contrário, a atenção fixa e voluntária pode controlar a manipulação".

Estes são, a nosso ver, os conceitos e definições que a literatura nos apresenta de mais interesse para facilitar uma compreensão melhor do assunto.

Vejamos, a seguir, as maneiras pelas quais os hábitos vêm sendo estudados e observados.

2.2 - MÉTODOS UTILIZADOS NO ESTUDO DOS HÁBITOS

L216

2-2 - MÉTODOS UTILIZADOS NO ESTUDO DOS HÁBITOS

LEWIS & LEHMAN (48), ao estudarem pelo período de quatro anos, - de 1925 a 1929, um grupo de crianças de idade pré-escolar, da cidade de Detroit, lançaram mão de exames clínicos (observação direta dos efeitos) e questionários enviados aos pais (observação indireta dos hábitos), para o levantamento de dados referentes ao hábito de sucção de polegar, em especial, e também aos demais hábitos bucais mais comuns.

LEWIS (46), em artigo escrito em 1929 e publicado no ano seguinte, apresenta aspectos desse questionário enviado aos pais das crianças observadas. Entre outras questões, solicita informações sobre o tipo de hábito (maus hábitos) que a criança porventura pratique. Enumera os hábitos sobre os quais deseja informações e pede resposta simples - sim - ou não -; a seguir, em função dos dados obtidos com o primeiro questionário, LEWIS enviou um segundo, mais detalhado, onde solicita respostas sobre a idade em que a criança apresentou sinais do hábito; em que circunstâncias se entregava à prática do mesmo; no caso de sucção de polegar, qual dos polegares; de outros dedos, qual e de que mão; se o hábito foi eliminado; em que idade e com que meios ocorreu sua eliminação.

Para estabelecer relação entre o hábito de sucção de polegar e - maloclusão, LEWIS também recorreu ao estudo de modelos em gesso. Baseado nessa série de dados, concluiu sobre a distribuição etária do início e da interrupção dos hábitos, períodos mais frequentes de sua prática, incidência comparativa de maloclusões e oclusão normal nos casos de sucção de polegar, eficiência comparativa dos vários métodos usados na sua eliminação, e sobre os fenômenos oclusais associados.

SWINEHART (76), em 1938, para estudar a sucção de polegar, baseia-se em dados colhidos na observação, durante seis anos, de um grupo de trinta e oito crianças de sua clínica. Recorreu a informações contidas em anamneses, modelos, fotografias, radiografias, anotações do tratamento e a um sistema de "checkup", no qual se incluiu um registro escrito pelos pais, sobre o comportamento das crianças durante o primei-

ro ano de tratamento. Dirigiu atenção aos métodos, tempo e intensidade dos hábitos individuais, bem como às condições físicas anormais encontradas.

A maioria dos autores sobre hábitos, por nós consultados, quase invariavelmente viram-se limitados a esses processos, visto que se reconhece a grande dificuldade da observação direta da criança no ambiente de consultório. O registro anamnésico quase sempre se obteve por informações paternas e, mais raramente, da própria criança.

STALLARD (74), em 1930, parece ter sido uma exceção. Estudando o papel das pressões extrabucais na etiologia das maloclusões, dedicou-se aos diferentes aspectos dos hábitos de má-postura assumida pelas crianças durante o sono. Para tanto, afirma que, por volta de 1920, começou perguntando aos pais de seus clientes sobre a maneira pela qual dormiam. No entanto, logo convenceu-se de que os pais eram maus observadores e começou então a fazer visitas domiciliares, para uma observação direta de seus pacientes durante o sono. Assim procedeu STALLARD junto às famílias e em três instituições que abrigavam crianças, em San Diego, Califórnia, e estudou pessoalmente o comportamento de 300 indivíduos em seus próprios ambientes, ou seja, nos dormitórios.

LEVY (45), segundo MACK (53), parece ter sido um dos poucos pesquisadores, citados na literatura ortodôntica, que fizeram observações sobre hábitos, baseados em experimentos comparados, com animais, para tentar provar que a sucção de polegar é devida à insuficiente sucção durante a amamentação. Utilizou-se de uma ninhada de cães recém-nascidos e passou a alimentá-los por meio de conta-gôtas, impedindo-os de realizar a sucção do leite materno. Verificou, após algum tempo, um comportamento estranho desses animais, que procuravam intensamente sugar partes do próprio corpo ou de seus irmãos.

No caso de hábitos de respiração bucal, há métodos clínicos para sua constatação ou avaliação do seu grau. MASSLER & ZWEMER (57), por exemplo, recomendam testes simples, realizados com auxílio de uma tira de papel-de-seda levada junto às narinas do paciente, para acusar ou não a passagem do ar. Recomendam também, para o mesmo teste o emprego -

de fiapos de algodão ou um espelho frio. São processos relativamente empíricos, mas, na maioria das vezes, mais eficientes que as informações prestadas verbalmente pelo paciente, principalmente criança.

LAURENZA & PECCATORI (40), LAURENZA & SILLA (41) e LUKACZ e SILLA (53), em trabalhos complementares, realizados na Clínica Odontopediátrica da Universidade de Milão, sobre funções respiratórias nasais e bucais, utilizaram-se de métodos convencionais, isto é, exame clínico, anamnético, e gnato-ortopédico, porém, para melhor comprovação da existência ou não de respiração bucal, usaram aparelhos especiais tais como o fluxímetro de Azzi e o espelho de Glatzel (§).

MOORE et alii (62), descrevem interessante trabalho experimental levado a efeito com a utilização de macacos, para observar os resultados do hábito de sucção de dedos.

Como material, utilizaram-se de seis macacos Macaca mulatta, em fase de crescimento, com idades compreendidas entre 42 e 54 meses, o que equivalem a idades de 13 a 17 anos no humano. Tomaram dois desses animais para testemunhas (controle) e aplicaram o seguinte método nos quatro animais restantes:

- 1) Através de privação do contacto com as respectivas mães, impediram-nos de se alimentar por amamentação. Isso induziu os animais a sugarem os dedos.
- 2) "O experimento foi conduzido em duas fases, de 94 e 70 dias respectivamente, para permitir a observação a) de efeitos de contínua sucção de dedo, b) da interrupção de sucção, c) da retomada da sucção após um período de descanso e d) de procedimentos restritivos impostos para combate ao hábito.

(§) -- Segundo esclarecimentos fornecidos pelo Dr. Manoel Gomes Troia, médico otorinolaringologista de Piracicaba, tratam-se de aparelhos de laboratório que se prestam à determinação da funcionalidade respiratória, cujos resultados isolados têm pouco valor e devem, porisso, vir associados com dados obtidos da medição da capacidade pulmonar. Esses processos ajudam no diagnóstico da presença de obstruções nasais e, indiretamente, uma possível respiração bucal por necessidade ou por hábito.

- 3) Foram inseridos, por técnica não cirúrgica, implantes marcadores de tântalo no esqueleto facial, do lado esquerdo de cada animal, para permitir análises cefalométricas seriadas através de telerradiografias.
- 4) Tomaram-se radiografias cefalométricas antes e após o experimento, estudando-as através da superposição dos respectivos traçados, pelos pontos médio e anterior da base do crânio (Sella e Násio), para verificar mudanças de posição da maxila e mandíbula em relação à base do crânio.
- 5) Para verificação das modificações da disposição e do movimento ântero-posterior dos dentes em relação à maxila e mandíbula, foram feitas superposições das imagens dos implantes metálicos.
- 6) Utilizaram corantes à base de Oxitetraciclina e Procion, como marcadores ósseos, para estudos histológicos posteriores.
- 7) Terminado o experimento, os animais foram sacrificados e fixados em formol a 10%.
- 8) Após o processo de fixação, selecionaram-se tecidos das suturas fronto-maxilar, ptérido-maxilar e premaxilo-maxilar, para estudos histológicos.
- 9) Segmentos do lado esquerdo dessas estruturas foram incluídos em resina (bioplastic) e submetidos, sem descalcificação, a cortes histológicos de 150 μ e manualmente desgastados até 50 a 60 μ , e examinados sob luz ultravioleta.

Segmentos do lado direito foram descalcificados, incluídos em parafina, submetidos a cortes e corados com hematoxilina e eosina, Mallory e Verhoeff. Outros segmentos foram ainda desparafinados para permitir exame do tecido ósseo impregnado pelo Procion (corante vital), sob luz ultravioleta (Vide relato dos resultados na página 76).

LAWES (43) estudou hábitos mediante levantamentos, usando questionários muito bem formulados que enviou a diversas instituições ligadas aos cuidados à infância. Com isso obteve informações a respeito de uma série de problemas, especialmente referentes ao hábito de sucção de po-

legar. Dentro os íntens formulados, o autor incluiu os seguintes:

- 1) Número de crianças observadas.
- 2) Número de crianças portadoras do hábito.
- 3) Número de crianças não portadoras do hábito.
- 4) Distribuição em relação ao sexo dos portadores e não portadores.
- 5) Tipo de amamentação (natural, artificial ou mista).
- 6) Comportamento das crianças frente a situações ou atividades diversas.
- 7) Distribuição segundo as idades.
- 8) Problemas observados durante a amamentação.

Como se nota, são dados que se prestam a um estudo etiológico e epidemiológico do problema.

Para um estudo objetivamente clínico, McDONALD (59) propõe a utilização de uma ficha que, particularizada para cada caso, ofereça-nos subsídios interessantes e necessários para que se possa diagnosticar, prognosticar e tratar o problema dos hábitos. Uma coletânea dessas fichas clínicas preenchidas com critério, constitui também valioso material para trabalhos científicos. Reproduzimos, pois, na íntegra as questões sugeridas por McDONALD :

Nome: Idade : Sexo :

Tipo de Hábito :

1 -- Alimentação infantil:

a) Natural (ao seio) .. Por quanto tempo?

b) Artificial (mamadeira) Quando passou para a xícara? ..

.....

2 -- Hábitos de sono :

a) Gestas, regularidade, duração, etc

b) À noite: tempo, frequência de interrupções do sono, normalidade, etc.

3 -- Temores desusados (fobias)

4 -- Controle de esfíncteres

5 -- Hábitos alimentares

6 -- Condições do meio ambiente;

- a) Irmãos: número e idades
- b) Temperamento da mãe
- c) Temperamento do pai
- d) Outras pessoas com quem convive
- e) Ocupação da mãe
- f) Ocupação do pai

7 -- Adaptação escolar:

- a) Dificuldades sociais
- b) Brincadeiras habituais
- c) Dificuldades de aprendizagem

8 -- Saúde geral da criança :

- a) Principais doenças da infância
- b) Número de resfriados e transtornos menores por ano
- c) Em que época costuma adoecer:
 - No inverno
 - No verão
 - Em qualquer época do ano?

9 -- Conduta (comportamento) sob "stress"

10 -- Em que idade se iniciou o hábito?

11 -- Tem sido contínuo desde então?

12 -- Ocasões em que o pratica:

- a) É diurno, noturno ou ambos?
- b) Enquanto vê televisão?
- c) Frequência, duração (persistência) e intensidade

13 -- Que métodos foram utilizados para tentar quebrar o hábito?

14 -- A criança foi criticada, pelo seu hábito, por alguém da família ou estranhos?

15 -- Hábitos semelhantes ou história de hábitos em outros membros da família?

16 -- Atitude frente à terapêutica:

- a) Deseja a criança interromper o tratamento?
- b) Desejam os pais que se faça um aparelho?
- c) Conhece a criança o propósito da visita?

A essas perguntas adicionaríamos ainda:

- d) Demonstra a criança alguma consciência de seu hábito? Como a criança o encara?
- e) Estaria a criança disposta a abandonar tal comportamento com o auxílio do dentista, mostrando-se colaboradora?

Naturalmente, uma ficha como essa proposta por McDONALD, não con-
vém ser preenchida numa única consulta e, além disso, exige a presença
dos pais, às vezes em separado da criança. E, como parece óbvio, sua
correta utilização e posterior interpretação exige, da parte do profis-
sional, um certo conhecimento básico de psicologia aplicada.

Pareceram-nos bastante claras as dificuldades práticas de se em-
prender o estudo desses fenômenos, atitudes ou respostas ou como quei-
ramos chamar os hábitos. Tratando-se de comportamentos muito personifi-
cados e dependentes de inúmeros fatores que repousam, às vezes, nos im-
perscrutáveis cantos da mente, a verdade é que geralmente não se apresen-
tam como fenômenos perfeitamente mensuráveis e, menos ainda, controlá-
veis.

Por outro lado, julgamos mais viável a observação científica dos
possíveis efeitos dos hábitos sobre as estruturas buco-faciais. Neste
terreno, mais concreto, não há muita possibilidade de nos perdermos em
teorias filosóficas, como ocorre com os autores que tentam buscar expli-
cações psicológicas para as origens dos hábitos.

Acreditamos que todos esses aspectos ficarão mais claros após a
leitura dos capítulos que seguem.

2-3 - CLASSIFICAÇÃO DOS HÁBITOS

2.3 - CLASSIFICAÇÃO DOS HÁBITOS

Encontramos, na literatura consultada, muitas publicações que se preocupam em ordenar o estudo dos hábitos, procurando classificá-los nas mais variadas formas. Seria quase que dispensável afirmar-se que classificar é tarefa tão difícil quanto definir, mas, nem por isso, devemos deixar de insistir em tentativas. Portanto, seguem-se algumas observações encontradas nesse sentido, que nos darão alguma base para conclusões finais.

JOHNSON (35), na introdução de um de seus artigos, faz uma classificação bem simples, para enquadrar os hábitos que têm relação com a oclusão dos dentes:

- " 1) Hábitos úteis
- 2) Hábitos nocivos".

E os define, respectivamente, como sendo aqueles que concorrem para o estabelecimento da oclusão normal e aqueles que provocam maloclusões.

Dentre os primeiros, JOHNSON inclui os hábitos de função normal, "tais como a posição correta da língua, respiração e deglutição adequadas e uso correto dos lábios na fonação". Inclui no segundo tipo "todos os hábitos que exercem esforços pervertidos contra os dentes e arcos dentais, a exemplo do que ocorre com hábitos semelhantes ao de permanecer com a boca aberta, que inibem as forças normais dos lábios e língua, tão essenciais na determinação da forma definitiva dos maxilares".

A classificação mais comumente adotada pelos autores, embora nem sempre de forma explícita, é a que considera hábitos normais e hábitos anormais. Nesses termos, referem-se aos hábitos vários autores como, por exemplo, LEWIS (46), JOHNSON (34) e (35), TEUSCHER (77).

SCLARE (70), considera e, portanto, classifica os hábitos bucais como sendo hábitos nervosos. É uma classificação vinculada à etiologia.

BOYENS (12), faz distinção entre hábitos conscientes e hábitos

inconscientes, encarando-os sob um ponto de vista essencialmente psico-lógico.

VILLAIN (81), distingue a existência de dois tipos de hábitos de sucção de polegar, levando-se em conta a idade do praticante. Assim sendo, considera o fenômeno, quando presente no comportamento do recém-nascido, como um hábito fisiológico, enquanto que denomina de hábito vicioso aquele que surge em crianças com idade mais avançada, isto é, após o primeiro ano de vida.

Considera, também, algumas diferenças que caracterizam esses dois tipos. No primeiro, a mão permanece fechada e o braço em posição pendente, "com as bordas do polegar perpendiculares ao plano oclusal dos dentes, somente com a ponta inserida na boca, de tal maneira que nenhuma pressão seja exercida".

No segundo tipo, "a superfície dorsal do polegar repousa horizontalmente ao plano oclusal, com a superfície palmar exercendo força sobre a pré-maxila".

Ao fazer distinção entre hábito significativo e vazio, KLEIN(38) explica:

"Um exemplo do que se pretende dizer com hábito significativo de sucção de polegar e hábito vazio de sucção de polegar, pode ser o seguinte caso hipotético:

Suponhamos que uma criança de cinco anos de idade seja deixada sob os cuidados de uma pagem, por um período de tres meses, enquanto os pais saem de férias. A criança se horroriza diante da idéia de ter sido abandonada pelos pais. Fica solitária. Desenvolve um sentimento de insegurança e começa a sugar o polegar. Sugar o polegar, sob tais circunstâncias, torna-se um hábito significativo, uma vez que há uma relação direta entre causa e efeito: A criança acredita estar abandonada e busca segurança sugando o dedo".

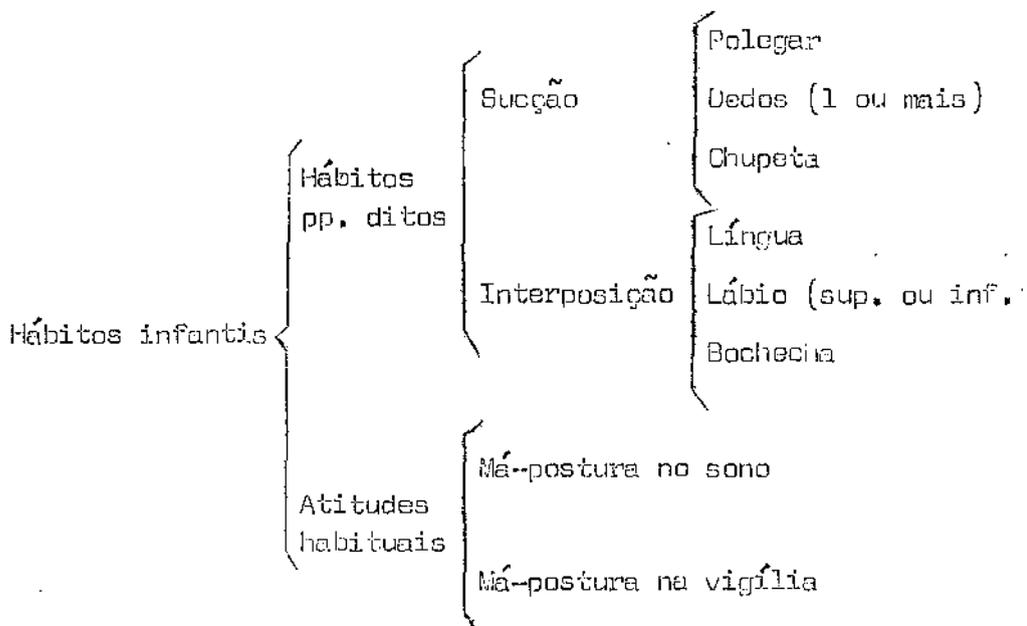
E prossegue o autor:

"Todavia, se tal criança continuar a sugar o dedo após o retorno

dos pais, não mais existindo a causa, então esse comportamento torna-se um hábito vazio,...

Para IZARD (30), "os hábitos contraídos pelas crianças deveriam ser divididos em dois grupos distintos: 1) os hábitos propriamente ditos e 2) as atitudes habituais".

Pela descrição que se segue a essa classificação, entende-se que IZARD considera como pertencentes ao primeiro grupo, todos os hábitos em que a boca toma parte diretamente. São tidas como atitudes habituais certas posturas assumidas pelo indivíduo, geralmente resultando em pressões sobre a face e arcos dentários. Eis a classificação de IZARD:



Obs.: Como se pode notar, esse autor não inclui em sua classificação os hábitos de deglutição atípica, respiração bucal, sucção de lábio e roer unhas, aos quais numerosos autores atribuem grande significado etiológico no estabelecimento de maloclusões.

SCLARE (71), volta mais recentemente a tratar do assunto, classificando os hábitos infantis em funcionais e perniciosos. Salienta que "os funcionais são todos aqueles considerados necessários para o desempenho de funções normais, como por exemplo, o uso correto da musculatura durante a respiração, deglutição, mastigação e fonação".

Para ela, perniciosos são todos os hábitos que possam provocar -

danos à oclusão dentária ou, segundo diz, à "dentição".

MASSLER & CHOPRA (56), assim como GITUNSPUN (26), fazem referência à existência de uma variedade muito grande de hábitos e maneirismos infantis, dentre escolares. Classificam-se nove de tais comportamentos:

- 1- Bucais
- 2- Nasais (dedo no nariz, franzir o nariz)
- 3- Hirsutais (puchar e torcer o cabelo)
- 4- Irritacionais (coçar o corpo)
- 5- Manuais (estalar os dedos, torcer as mãos, cerrar os punhos).
- 6- Oculares (esfregar os olhos, piscar em demasia).
- 7- Aurais - (puchar as orelhas, coçar os ouvidos).
- 8- Genitais - (Manipulação dos genitais, roçar as pernas)
- 9- Faciais - (tiques e esforços mímicos).

Dentre todos esses tipos de hábitos constatou-se maior frequência dos chamados hábitos bucais e, segundo MASSLER & CHOPRA, "os hábitos bucais mais comuns são: sucção de polegar, (e outros dedos), onicofagia, interposição de lábios, sucção de lábio e língua e interposição de língua".

FINN (19) classifica os hábitos bucais da criança em: não compulsivos e compulsivos. A respeito, afirma o seguinte:

"Muitas crianças podem ser orientadas a abandonar certos comportamentos habituais indesejáveis e adotar outros, que sejam socialmente mais aceitáveis... Os hábitos passíveis de fácil adoção e abandono nos padrões de comportamento da criança, à medida que esta amadurece, são denominados não compulsivos".

Por outro lado, os hábitos do segundo tipo são assim encerrados pelo autor:

"Aceita-se, genericamente, que um hábito bucal seja compulsivo quando adquiriu uma fixação na criança, a ponto de ela recorrer à sua prática sempre que sua segurança se vê ameaçada por acontecimentos de seu mundo; provocam grande ansiedade na criança quando se faz qualquer

tentativa para corrigi-la... São atos que representam seu escudo contra a sociedade que o oprime. São válvulas de segurança contra pressões emocionais que se tornam muito difíceis de tolerar".

LAWES (42) classifica os hábitos de sucção em reflexos, instintivos e propositais, intimamente ligados à natureza etiológica de tais comportamentos. Explicando melhor o significado de cada um desses tipos de hábitos, LAWES cita as palavras de MARTIN (34):

"Padrões de comportamento, tanto quanto nos é dado observar, relacionam-se com atividades e padrões nervosos; a função subentende uma correspondente estrutura e desempenho orgânico. Temos, pois, em ordem progressiva: a) o reflexo espinal ou atividades senso-motoras, b) comportamento instintivo, e c) comportamento inteligentemente deliberado e proposital. Esses comportamentos correspondem respectivamente aos níveis espinal, talâmico e cerebral do sistema nervoso".

Outra maneira de classificar, diz GRUNDYUN (26), "é no sentido de considerar o envolvimento de duas partes do corpo: a) mão e boca, b) boca e mão (Nesta situação, há necessidade, às vezes, de posições especiais para que a boca vá alcançar a mão); c) mão e nariz; d) mão e olhos; e) mão e mão; f) boca e pé; g) dente e lábio; h) língua e lábio".

Um editorial do British Dental Journal (13) publicado em 1954, traz uma das clássicas maneiras de se classificar os hábitos bucais:

1) Hábitos anormais de sucção:

- a) Dedo, polegar, lábio, parte da mão, etc...
- b) Objetos estranhos (lápiz, etc...)
- c) Língua (incluindo comportamento anormal da língua na deglutição).

2) Hábitos de postura:

- a) Hábitos de apoiar irregularmente a face, durante o sono.
- b) Hábitos de pressão durante períodos de preocupação mental. (leitura, televisão, etc...)
- c) Postura inadequada em função de desequilíbrio da cabeça e pescoço.

3) Hábitos respiratórios:

- a) Respiração bucal verdadeira.
- b) Falsa respiração bucal - ou falta de selamento labial.

4) Hábitos imitativos:

- a) Cópia de maneirismos e desarmonias maxilares dos pais ou adultos influentes.

Outra maneira clássica, porém um pouco distinta, encontramos em editorial do Journal of Dentistry for Children (65):

"A) Hábitos de pressão

- 1) Sucção de polegar (dedos, roupas, brinquedos
- 2) Hábitos labiais (sucção de lábio, morder lábio, "hábito do mentalis", etc...)
- 3) Hábitos linguais (interposição, sucção- sucção, deglutição atípica, etc...)
- 4) Hábitos de postura (hábitos de apoio da face durante o sono ou vigília).

B) Respiração bucal e de manter a boca aberta.

- C) Hábitos de morder (roer unhas, morder lápis, morder os lábios, mascar goma, etc...)"

2-4 - HÁBITOS BUCAIS NAS DIFERENTES IDADES

2-4 - HÁBITOS BUCAIS NAS DIFERENTES IDADES

Embora a maioria dos autores dedicados ao tema seja unânime, ou quase, em considerar os hábitos bucais como particularmente ligados aos períodos da infância e adolescência, não restam dúvidas quanto ao fato de poderem existir em indivíduos adultos, frutos da persistência de um hábito infantil ou mesmo surgidos após a adolescência.

Nota-se, porém, com certa evidência, que determinados tipos de hábitos são mais frequentes em faixas etárias mais ou menos definidas.

Há que se salientar, ainda, que certos hábitos são mesmo considerados normais quando seus praticantes situam-se dentro de determinada faixa de idade, além ou aquém da qual, geralmente suspeita-se de anormalidade.

É interessante observar-se, baseado em mera apreensão de fatos, que no conceito leigo os hábitos são tanto mais tolerados e encarados como normais quanto mais jovem for o indivíduo que o pratica, o que, na realidade, nem sempre é válido.

Vejamos o que a literatura nos traz a respeito da relação hábitos-idade.

JOHNSON (35), por exemplo, verificou que, entre setenta dos casos por ele estudados, havia grande variabilidade com respeito às idades nas quais os indivíduos praticavam o hábito de sucção de polegar ou outros dedos, bem como uma distribuição porcentual inesperada em relação ao tempo durante o qual o hábito vinha sendo praticado pelos citados indivíduos. Veja-se a tabela 1, elaborada por aquele autor:

Tabela 01

JOHNSON (35)

Nº de casos	%	Tempo
2	2,85	ocasionalmente
17	24,28	1 ano ou menos
11	15,71	2 anos
12	17,18	3 anos
3	4,28	4 anos
5	7,14	5 anos
6	11,42	6 anos
2	2,85	7 anos
3	4,28	8 anos
7	10,00	10 anos ou mais

Aparentemente esses dados não dizem muita coisa. Porém se atentarmos bem para esses números, confrontando-os com a idéia leiga, verificamos que, embora seja real a suposição que se faz de que os hábitos de sucção pertencem à bagagem do comportamento da tenra infância, não são exclusivos das crianças novas (bebês). Devemos ressaltar aqui uma falsa impressão que essa tabela nos causa, à primeira vista: a terceira coluna (tempo) não está a indicar idades, mas sim a duração de prática do hábito de cada grupo de indivíduos. É, porém, no texto de seu artigo que JOHNSON esclarece melhor o significado real dos dados, salientando que 24,28%, praticamente 1/4, sugaram o polegar durante 1 ano ou menos, e 60% deixaram o hábito ao cabo de três anos de prática. Revela o autor que cerca 90% desses indivíduos que abandonaram o hábito antes ou ao cabo de três anos, no máximo, realmente se dedicaram à sua prática numa faixa etária correspondente àquele período. Em outras palavras, os 90% citados foram sugadores de polegar no período compreendido entre o nascimento e o terceiro ano de idade.

Em relação ao total (70 casos), equivale dizer que pouco mais de 50% dos sugadores de polegar estão situados na faixa de 0 a 3 anos de idade, segundo uma dedução lógica que fazemos dos dados obtidos por --

JOHNSON (35).

RIX (69), estudando a incidência de casos com deglutição atípica dentre 66 crianças que buscaram tratamento ortodôntico no Guy's Hospital, verificou que 51 delas apresentavam hábitos anormais de deglutição, isto é, deglutiam regularmente sem contacto oclusal entre os dentes maxilares e mandibulares. Mais tarde, o mesmo autor voltou a investigar a questão, examinando 93 crianças escolares com idades variáveis entre 7 e 11 anos, e constatou as seguintes variações na maneira de deglutir:

A- Com dentes em oclusão	61
B- Com todos os dentes em inoclusão	27
C- Dentes posteriores ocluídos e língua entre os incisivos	3
D- Dentes anteriores ocluídos e língua entre os posteriores	1
E- Não verificado	1
Total .. 93	

Completando esses dados, RIX observou também as seguintes particularidades referentes à oclusão de tais casos:

- A- Dentre as 61 crianças que deglutiam com os dentes em oclusão, havia 22 cujas oclusões dentárias desviavam-se do normal (36%).
- B- Dentre as 27 que deglutiam com todos os dentes em inoclusão, havia 22 com maloclusão (81%).
- C- Dentre as 3 que deglutiam com a língua entre os incisivos, todas apresentavam mordida aberta anterior.
- D- O único caso que deglutia com os dentes anteriores ocluídos e os posteriores inocluídos, evoluiu para uma oclusão dentária normal.

Salienta ainda o referido autor que a anomalia mais frequente nesses 93 casos foi a presença de arcos maxilares diminuídos (50%) e, em seguida, uma falta de desenvolvimento em ambos os arcos (27%). As

abóbodas palatinas apresentaram-se frequentemente mais altas (ogivais) do que normais".

O hábito de sucção de polegar é considerado por GRABER (25), KLEIN (38), FINN (19) e outros, como uma atitude normal da criança até os 2 anos de idade, antes do que não merece maiores cuidados. FINN considera mesmo que 100% das crianças sugam seu polegar ou chupeta durante o período neo-natal.

ADORNI-BRACCESI & TOLLARO (1), estudaram um total de 1426 crianças com a finalidade de obter conhecimentos clínicos e estatísticos sobre alguns hábitos nocivos, relacionados com a boca. (Hábitos de sucção de polegar, outros dedos, chupeta, lábios, interposição de língua ou bochecha e anomalias da atitude (comportamento) muscular, dentre os quais a deglutição anormal). Esse número total de crianças foi constituído por seis grupos distintos, sujeitos a diferentes condições familiares e ambientais.

Assim, um primeiro grupo constituiu-se de 191 crianças que viviam num orfanato desde logo após o nascimento, privadas portanto de qualquer convívio familiar. Esse grupo foi subdividido em dois, segundo as idades: dos 6 meses aos 5 anos e dos 6 anos aos 9 anos. (vide tabelas 2 e 3).

Um segundo grupo era constituído de 90 crianças, internadas em um hospital desde a tenra idade (tabela 4).

O terceiro grupo compunha-se de 75 crianças de um orfanato, com idades entre 6 meses e 4 anos. (vide tabela 5).

O quarto grupo, com 60 crianças de outro orfanato, foram reunidos em duas faixas: de 6 meses a 5 anos e de 5 a 9 anos (vide tabela 6).

Foi escolhido um grupo controle, composto de 120 crianças que gozavam de convívio familiar, constituindo assim o quinto grupo (vide tabela 7).

Um sexto grupo era formado por crianças que se encontravam sob tratamento ortodôntico, num total de 950 indivíduos (vide tabela 9).

A tabela 2 mostra a reunião dos dados obtidos na análise conjunta dos quatro primeiros grupos, isto é, de todas as crianças que viviam em instituições de caridade, portanto órfãos.

Transcrevemos, em seguida, os dados assim obtidos, para termos melhor idéia do problema.

TABELA Nº 2 - ADORNI-BRACCESI & TOLLARO (1)

Idade	De 6 meses a 5 anos	De 6 anos a 9 anos
Nº de casos	146	46
Casos c/ hábitos nocivos	104	27
Porcentagem de casos com hábitos	71,2%	60%

1º Grupo - Incidência de hábitos nocivos entre 191 crianças do orfanato "Sta. Maria degli Innocenti" em Florença - Itália.

TABELA Nº 3 - ADORNI-BRACCESI & TOLLARO (1)

Idade	De 6 meses a 1 ano	De 1 ano a 2 anos	De 3 anos a 5 anos
Nº de casos	28	62	56
Casos c/ hábitos nocivos	10	43	43
Porcentagem de casos c/ hábitos	34,2%	69,3%	76,7%

1º Grupo - Subdivisão ulterior segundo as idades dos 146 casos da tabela 2, de 6 meses a 5 anos.

TABELA 4 -- ADORNI-BRACCESI & TOLLARO (1)

Idade	De 6 meses a 5 anos	De 6 anos a 12 anos
Nº de casos	54	36
Casos c/ hábitos nocivos	37	20
Porcentagem de casos c/ hábitos	68,5%	55,5%

2º Grupo -- Incidência de hábitos nocivos entre 90 crianças do Hospital
"I Fraticini" -- Florença, Itália.

TABELA 5 -- ADORNI-BRACCESI & TOLLARO (1)

Idade	de 6 meses a 4 anos
Nº de casos	75
Casos c/ hábitos nocivos	51
Porcentagem de casos c/ hábitos	68,0%

3º Grupo -- Incidência de hábitos nocivos entre 75 crianças do Instituto
"Principessa di Piemonte" -- Florença, Itália.

TABELA 6 -- ADORNI-BRACCESI & TOLLARO (1)

Idade	De 6 meses a 5 anos	De 6 anos a 9 anos
Nº de casos	24	36
Casos c/ hábitos nocivos	15	19
Porcentagem de casos c/ hábitos	62,5%	52,7%

4º Grupo -- Incidência de hábitos nocivos entre 60 crianças do Instituto
"Suore Oblate dell'Assunzione" de Florença, Itália.

TABELA 7 -- ADORNI-BRACCESI & TOLLARO (1)

Idade	De 6 meses a 5 anos	De 6 anos a 12 anos
Nº de casos	72	48
Casos c/ hábitos nocivos	32	10
Porcentagem de casos c/ hábitos	44,4%	20,8%

5º Grupo -- Grupo controle -- Incidência de hábitos nocivos entre 120 crianças que se apresentaram para controle pediátrico ao dispensário do orfanato "S. Maria degli Innocenti" -- Florença -- Itália.

TABELA 8 -- ADORNI-BRACCESI & TOLLARO (1)

Idade	De 6 meses a 5 anos	De 6 anos a 12 anos
Nº de casos	299	117
Casos c/ hábitos nocivos	207	63
Porcentagem de casos c/ hábitos	69,2%	53,8%

Incidência de hábitos nocivos sobre um total de 416 crianças recolhidas a Institutos florentinos, considerados nas tabelas 2-3-4-5-6 (1º, 2º, 3º e 4º grupos)

TABELA 9 -- ADORNI-BRACCESI & TOLLARO (1)

Idade	De 6 a 12 anos
Nº de casos	950
Casos com hábitos nocivos	304
Porcentagem de casos com hábitos	32%

6º Grupo -- Incidência de hábitos nocivos entre 950 crianças em tratamento no serviço de ortodontia da Clínica Estomatológica de Florença.

Um comitê designado pela American Academy of Pedodontics publica, sob forma de um editorial (35), uma observação até certo ponto surpreendente:

"A respiração bucal é bastante prevalente em crianças entre 5 a 15 anos de idade. Estima-se que 85% sofrem, em graus variáveis, de obstrução nasal, enquanto que 20% são respiradores bucais habituais".

Frisa ainda, nesse artigo, o fato de os respiradores bucais habituais, isto é, aqueles que respiram pela boca apesar de não apresentarem obstrução nasal, serem crianças com idades, na maioria, inferiores a 15 anos. O fato é atribuído à tomada de consciência por parte do adolescente, que só então passa a se preocupar mais com seu próprio aspecto e atitudes.

Quanto aos hábitos de morder ou roer, diz o referido editorial serem características da "meninice" ou idade pré-escolar. "Geralmente iniciam-se por volta dos 4 a 5 anos, sendo mais comum o roer unhas".

E complementa:

"Esses hábitos persistem ao longo da vida, na sua forma original ou como transferências para outras formas socialmente mais aceitas, como morder lápis, haste dos óculos, lábio ou mascar goma".

Vejamos, a seguir, o que pensam os autores a respeito das causas desencadeantes dos hábitos bucais.

2-6 - ETIOLOGIA DOS HÁBITOS - Generalidades

2-5 - ETIOLOGIA DOS HÁBITOS - GENERALIDADES

WOODCOCK (83), em 1931, numa boa análise da psicologia infantil, entre outras coisas, afirma:

"Os problemas de comportamento em crianças, manifestam-se geralmente sob a forma de hábitos, tais como a sucção de polegar, onicofagia, conduta sexual anômala, rejeição de alimentos, relutância pelo sono, enurese, mau gênio, medo, ciúmes, espírito destrutivo e certas delinquências tais como a mentira, o roubo e a preguiça. Esses hábitos são resultados de estímulos específicos que caminham repetidamente pelos mesmos canais nervosos, provocando as mesmas respostas e produzindo uma intensificação das conexões sinápticas a cada repetição".

Embora referindo-se especificamente ao hábito de sucção de polegar, WOODCOCK (83) faz observações válidas para a maioria dos outros hábitos de sucção no que tange à etiologia. Diz esta autora:

"... Essencialmente, é verdade, a sucção é uma reação instintiva da infância. Efetuada por um bem organizado sistema de movimentos musculares, a sucção é um dos primeiros atos da criança após o nascimento. Sugar o seio materno é, para a criança, uma atividade agradável e útil; sugar um polegar é meramente agradável. ...Embora haja alguns psicoterapeutas que insistem em ver, na sucção de polegar, tendências anormais, de natureza sexual, outras eminentes autoridades, tais como Thom, concluem que se a sucção de polegar indica manifestações sexuais, assim também o são os simples atos de coçar a cabeça e limpar o nariz. Em resumo, sucção de polegar, onicofagia e outros hábitos instintivos da infância, raramente situam-se por trás de uma ferida psíquica. Se não forem descartados numa idade razoável, tais práticas podem indicar imaturidade da criança no seu desenvolvimento intelectual ou emocional ou em ambos."

Fazendo referência à etiologia de hábitos, LEWIS (47) em 1931, diz:

"Com relação às causas desses hábitos tem havido pouca pesquisa cuidadosa, e a maioria das teorias desenvolvidas deve ser considerada como sugestões meramente especulativas. Freud considera a sucção de polegar como uma manifestação da sexualidade infantil. Blanton & Blanton acreditam seja associada ao instinto da nutrição. Outros escritores crêem ser resultado da supressão da livre atividade, o que proporcionaria o advento de certos tiques, que representariam a fuga, através de canais menores, da energia cuja expressão, através de movimentos mais amplos, foi barrada. Alguns autores acreditam que os movimentos inexpressivos da infância, que podem resultar, por acidente, em um padrão fixo de comportamento, estão associados a certos hábitos indesejáveis. Assim, Blatz & Dott afirmam que uma leve irritação dos lábios pode dar início a um hábito de puchá-los (com a sua introdução na boca), que perdurará por meses, perpetuando-se através das sensações derivadas do ato. Com minhas observações, acredito que algumas formas de sucção de polegar são produzidas exatamente deste modo".

E prossegue LEWIS (47):

"Recentemente, Levy, da Child Guidance Association, em Nova York, observou um grupo de bebês, em consultório particular e em instituições, e concluiu que a causa mais frequente da sucção de polegar são os movimentos labiais insuficientes, isto é, uma capacidade inadequada (inadequacy) na fase de sucção do ato da alimentação. Verificou que os bebês que se alimentavam em seios com fluxo rápido de leite ou em mamadeiras, foram mais sujeitos à sucção de seus polegares do que aqueles que dispunham de seios ou mamadeiras dotados de fluxo mais lento; verificou também que, os que se alimentavam de quatro em quatro horas, sugavam o polegar ou dedos mais comumente do que o faziam os que eram alimentados de tres em tres horas, ou os que não tinham regime de intervalos regulares".

E pondera:

"Se isto retrata a situação, pareceria que deveríamos esperar por mais sucção de polegar ainda, uma vez que o regime de alimentação infantil a intervalos de quatro horas é seguido na maioria dos lares e

hospitais infantis".

LEWIS (47) comenta, a seguir, que, "no grupo de quarenta crianças estudadas por Levy, e que se nutriam a intervalos de 4 horas, 40% - sugavam o polegar", enquanto que num grupo de 131 bebês, no mesmo regime de alimentação, estudado por ele próprio, apenas 20,2% sugavam o polegar. E encerra dizendo: "Deva ou não ser alterado o regime de intervalos de quatro horas para remediar a situação, ou mantido em função de considerações mais importantes, a teoria de Levy é interessante e merece ser considerada".

Segundo referências feitas no sub-capítulo 2-2 do presente trabalho, LEVY (45) tentou provar, mediante experimentação com animais, a sua teoria que vincula hábitos de sucção à atividade instintiva da nutrição.

ROGERS, segundo NELSON (64), referindo-se à etiologia dos hábitos linguais, salienta que raramente estes se formam antes do período - de transição da dentição. Explica que talvez a língua, por se encontrar num ambiente modificado pela ausência de alguns dentes decíduos, passe a executar movimentos desusados, tocando dentes decíduos com mobilidade, ou interpondo-se nos espaços abertos, deixados pela esfoliação dos decíduos. E diz: "Provavelmente todas as crianças passem por esses movimentos exploradores com a língua, mas, em algumas, apenas, forma-se o hábito persistente".

Com relação aos sugadores de dedos, NELSON (64) afirma:

"A psicologia ensina que o hábito de sucção é um tipo de manifestação de infelicidade, descontentamento ou desajuste. A criança faminta, zangada ou contrariada busca conforto na sucção".

ANGLE (4), explica as origens de muitos hábitos e "tics" nervosos acompanhados de manifestações musculares na face e boca, como sendo resultados da constante e progressiva complicação da vida para as crianças. Afirma que, num passado não muito distante, as crianças tinham um modo de vida completamente diferente do atual (1932); eram livres para crescerem física, mental e espiritualmente; "desenvolvidas segundo méto

dos naturais da infância, com tempo adequado de sono, trabalho e folguedos; com suas naturais curiosidades satisfeitas só com as explicações paternas, que guiavam as crianças pelos anos de desenvolvimento até a maturidade, quando então assumiam as responsabilidades da vida". Era, como diz o autor, "uma infância feliz, plena de ocupações características de um verdadeiro menino ou verdadeira menina, mas uma infância relativamente simples, livre de grandes perplexidades. Sob tais condições, a natureza tinha, pelo menos, a chance de desenvolver uma dentição normal como parte integrante de um indivíduo normal, trabalhando no seu prodigioso caminho, ao encontro do cumprimento de seu plano estabelecido para a criatura mais elevada da Terra, o homem".

Esse autor (4) compara o tipo de vida a que estavam sujeitas as crianças de então (1932 - nos Estados Unidos), com a vida que levavam há algum tempo atrás e, constatando que houve um aumento desproporcional das responsabilidades para elas, que passaram a viver num ambiente social cheio de perigos e tensões, atribui a esses fatores a responsabilidade por grande parte dos hábitos bucais anormais.

SCLARE (70) admite que certas condições de relacionamento familiar podem ser a causa da aquisição de hábitos infantis. Assim é que, considera, por exemplo, o caso de uma criança que, por algum tempo, foi filha única e centro das atenções familiares; com o nascimento de um irmão, evidentemente deixa de gozar dessas atenções, por mais cautela que possa haver por parte dos pais. Esse fator pode desencadear na criança um sentimento de inferioridade, para o qual buscará resolução chamando sobre si a atenção familiar, através de atitudes ou expressões traduzidas, muitas vezes, por hábitos de sucção do polegar, onicofagia, etc.

Portanto, para SCLARE, tais hábitos teriam um fundo nervoso ou, mais propriamente, psicológico.

Tratando exclusivamente do hábito do bruxismo, BOYENS (12) considera o seguinte:

"Muitas vezes, nos perguntam :- Qual é a causa dessa manifestação nervosa? - As causas parecem variadas, porém podemos afirmar que, genericamente, qualquer desconforto físico (inclusive dental) ou cansa-

go mental podem ser a causa. Seria humanamente impossível remover todas as causas potenciais, num determinado caso. Mesmo que fosse possível, não seríamos capazes de eliminá-lo (o hábito), uma vez que pode ter-se tornado um hábito inconsciente, não importando a maneira pela qual foi adquirido originariamente. Estabelece-se um círculo vicioso".

DISKIN (17), em 1942, afirma:

"É interessante verificar que os autores não concordam sobre a etiologia dos hábitos. Alguns abraçam a teoria freudiana, por exemplo, com relação ao hábito de sucção de polegar, acreditando ser uma manifestação de cunho sexual ... Consideram a boca como uma zona erógena.

Alguns alergistas afirmam que a sucção de polegar muitas vezes provém de dificuldades na respiração. Admitem que as crianças com obstrução nasal ou alergia com manifestações nasais podem obter alívio pressionando a parte anterior do palato".

FULTON (22) assevera que praticamente todos os pesquisadores concordam que a criança apresenta uma tendência inata para a sucção. Em artigo escrito em 1943, expõe a opinião de vários autores que se preocuparam com o problema da sucção de polegar entre as crianças. Parece haver relativa uniformidade de opiniões a respeito da etiologia desse hábito, isto é, quase todos consideram-no fundamentalmente relacionado a uma função fisiológica instintiva, e, a partir dessas raízes naturais e normais, pode surgir todo um complexo de derivações anormais, para as quais concorrem, às vezes, inúmeros fatores imponderáveis.

Baseando-se em SIBBLE, FULTON salienta que a tendência de sucção é bastante acentuada no recém-nascido, que geralmente também apresenta habilidade precoce e instintiva de levar as mãos à face e à boca.

Continuando em suas anotações, FULTON (22) assinala que o instinto infantil de sucção é auxiliado por fatores do desenvolvimento e, "incidentalmente, a postura dos braços de maneira simétrica diante do peito (posição fetal) traz as mãos para bem próximo à boca. E sendo a boca uma espécie de órgão preênsil, frequentemente acaba sugando os dedos".

"Outro aspecto muito interessante -- afirma FULTON -- da sucção de

Nat

polegar nos bebês, reside na sua capacidade limitada para a solidão. -- Considera-se que o bebê tem poucos recursos psicológicos para usar quando é desprovido de gratificação ou satisfação de suas necessidades psicológicas". Para exemplificar, cita as observações de LOWREY (50) levadas a efeito entre crianças que foram admitidas numa instituição de amparo à infância, antes de completarem os seis meses de idade, que mostraram, todas elas, sintomas de inadequado desenvolvimento da personalidade, "principalmente na inabilidade de transmitir e receber afeto, e -- por uma evidente insegurança", cujas manifestações se apresentavam sob as mais variadas formas de comportamento alterado, dentre as quais frequentemente figurava o hábito de sucção de polegar.

Eis as palavras de LOWREY (50), citadas por FULTON (22):

"O isolamento durante os primeiros meses de vida é particularmente injuriante". E, com base nessas observações, prossegue FULTON:

"Esse pesquisador, a exemplo de alguns outros, salienta a extrema necessidade dos bebês pelo acalento materno e seu aconchego, como fatores imprescindíveis para o desenvolvimento normal. Sob a luz da moderna "educação científica da criança", é interessante descobrir que muitas das pequenas alegrias da paternidade, traduzidas por brincadeiras -- com a criança, tão frequentemente contestadas por austeros especialistas da psicologia, podem contribuir para o estabelecimento de uma ocu-- são normal".

Sem dúvida, para nós pais, essas observações de FULTON são bastante inteligíveis e podemos enxergar, nessas palavras escritas há trinta anos, um apelo para que se encare a educação dos filhos não tanto sob o tacão da psicologia dos compêndios mas, sobretudo, da maneira mais familiar e humana possível. É um apelo para um retorno à sábia Natureza, -- em toda sua simplicidade.

Prosseguindo, portanto, em sua análise sobre a sucção de pole-- gar, esse autor cita com suas próprias palavras, as opiniões de alguns autores:

"A sucção de polegar é uma característica neuropática definida, --

que frequentemente ocorre em combinação com outras características, tais como a enurese ou acessos de ira. Pode-se atribuir a isso uma certa tendência inata".

"A criança pode ser levada a um excessivo interesse por si própria, apenas por duvidar do amor dos pais, tornando-se uma sugadora de polegar. Um ressentimento pela desatenção dos pais pode ser responsável por sua atitude infeliz e negativista".

Considera-se, ainda, - diz FULTON (22) que o hábito pode ser evidência de uma falta de auto-controle, de auto-disciplina.

E continua:

"No livro de THOM (78), sobre problemas da criança, é feita a afirmação de que as crianças recorrem a hábitos de sucção, somente como um recurso de conforto em ocasiões problemáticas. O hábito surge com punições, desapontamentos, desentendimentos e, ocasionalmente, com momentos de raiva, isto é, quando a criança está fora de harmonia com o resto do seu mundo. Esse autor faz um interessante comentário - diz FULTON, continuando a citar THOM:

"Para muitas crianças é uma fonte de satisfação conhecer algum método simples de agitar os pais".

Encerrando, FULTON (22) apresenta uma série de itens conclusivos, dentre os quais figuram os seguintes, referentes à etiologia dos hábitos de sucção:

a) "Quase todos os bebês apresentam hábitos de sucção, devidos a uma tendência inata pela busca do seio materno;

b) A sucção de polegar não é uma manifestação de atividade sexual;

c) Há, provavelmente, uma relação entre hábitos de sucção e estado nutritivo;

d) As opiniões são variadas em relação aos fatores etiológicos responsáveis pelo aparecimento de sucção de polegar, em crianças mais velhas. Dentre as causas citadas como prováveis, figuram: costume, soli

dão, ciúmes, frustração".

Em 1944, BLACKERBY (10), professor da University of Louisville, publicou um modesto, porém muito bem escrito, trabalho sobre o hábito - acima comentado, no qual analisa, entre outras coisas, a sua etiologia:

"Embora o conhecimento relativo aos fatores etiológicos específicos, envolvidos no hábito de sucção de polegar, seja aparentemente limitado, há quase concordância geral em que as influências psíquicas e funcionais estejam relacionadas com o seu estabelecimento". E passa a citar, então, várias teorias que procuram explicar o aparecimento desse hábito. Dentre as idéias citadas, BLACKERBY destaca as de LEWIS (40), JOHNSON (34), (35), (36) e DISKIN (17), às quais já tivemos oportunidade de nos referir, todas elas baseadas no instinto natural de sucção - presente no recém-nascido, atividade essa que parece satisfazer a três diferentes propósitos do organismo em desenvolvimento: 1) a obtenção de alimento, 2) melhor estímulo reflexo do mecanismo respiratório, e, finalmente, 3) obtenção de estímulo táctil."

E conclui, em seguida:

"A integração desses objetivos elementares em torno da sucção, propicia-lhe considerável importância. Quando não é facilmente estabelecida (a sucção) ou quando não suficientemente exercida ou então prematuramente interrompida, ocorrem significativas dissociações...."

COOKE (15), num trabalho que também se volta para o mesmo hábito de sucção de polegar, expressa pontos de vista muito interessantes, sobre o comportamento infantil sob influência do meio:

"O período auto-erótico ou de auto-estima normalmente restringe-se aos primeiros seis meses de vida, mas, numa comunidade "civilizada", essa fase é estimulada, uma vez que tudo se faz para aumentar o conforto da criança. Seria interessante - diz o autor - determinar qual a prevalência dos hábitos de sucção entre grupos étnicos mais primitivos, onde a existência de menor conforto para a criança resultaria numa recepção, de sua parte, de maiores estímulos externos e de uma maior demanda de atenção".

E prossegue:

"Ao findar-se o período de amamentação, especialmente quando isso se processa abruptamente, uma criança, que previamente mostrou pouco desejo de sugar o polegar, pode desenvolver o hábito, de maneira a conseguir a prossecução dos prazeres dos primeiros meses, embora a maioria passe rapidamente por esse período e poucas crianças apresentem aqui qualquer fixação real".

Logo adiante, COOKE afirma que todos os hábitos resultam de motivos inconscientes, - "Maus hábitos derivam de complexos mórbidos reprimidos; bons hábitos provêm de disposições aceitas. Cada hábito possui uma força emocional básica própria, cuja excitação o determina".

Salienta esse autor que é conveniente lembrar, todavia, que o polegar ou demais dedos são frequentemente usados para pressionar o gengiva edemaciada pelo processo de erupção dentária, de maneira a provocar alívio numa situação de desconforto. "Uma típica sucção de polegar poderia iniciar-se dessa maneira, porém, seria um hábito de natureza transitória e não se tornaria uma fixação se tivessem e somente essa causa". E continua:

"Acredita-se, geralmente, que certos hábitos, tais como fumar e mascar chiclete, sejam manifestações auto-eróticas da infância que persistem no adulto. Embora isso possa ser verdade em alguns casos, acredito que a maioria dos mascadores de goma assim procedem em função da moda, - o homem é, antes de tudo, um animal gregário e gosta de imitar os outros membros do seu grupo - enquanto o fumar mostra, inicialmente, um desejo de se tornar adulto e, mais tarde, acaba por ter seus próprios - atrativos, derivados do aroma do tabaco e de seus efeitos sedativos".

"Durante o processo da dentição (aparecimento dos dentes na cavidade bucal), há uma evolução do primitivo reflexo de sucção para o mecanismo de morder e mascar, e desenvolvendo-se, durante essa fase, um processo mórbido reprimido, é mais provável que se forme um hábito de onicofagia (roer as unhas), em lugar do de sucção de polegar".

E pondera ainda o seguinte:

"... é impossível prever qual o hábito que será formado, porém, vale a pena observar que a alimentação consumida na dieta normal de uma comunidade civilizada requer tão pouca mastigação, que os reflexos de sucção tendem a perdurar, nas crianças, por muito mais tempo do que aconteceria se houvesse consumo de mais alimentos crus e naturais".

Estudando o problema do hábito de deglutição atípica, cuja frequência parece ser bem mais alta do que se imagina, AIX (39) faz os seguintes comentários a respeito de sua possível etiologia:

"Com respeito à frequência com a qual a deglutição atípica está associada a problemas das vias respiratórias superiores, pode existir uma relação causal. Uma naso-faringe doente pode favorecer uma deglutição do tipo infantil. Não tenho dúvidas de que numa criança, de oito anos por exemplo, que tenha sofrido, por longo período, de uma verdadeira obstrução nasal, verificaremos que a deglutição é anormal, o que, segundo me parece, representa a persistência da deglutição infantil além de seu período normal.

Quando a maneira adulta de deglutir não é conseguida na idade costumeira, a maneira infantil usualmente persiste com uma obstinação descontraída, mesmo que a naso-faringe tenha-se tornado livre de problemas nesse meio tempo".

E assevera o autor:

"Os oto-rino-laringologistas provavelmente estarão hábeis para sugerir uma razão pela qual uma naso-faringe afetada produz deglutição com os dentes separados. Pode ser apenas uma questão de conforto. Se obstruirmos, com os dedos, as narinas e deglutirmos com os dentes ocluídos, criam-se pressões desiguais e desconfortáveis em cada lado da membrana timpânica. Durante períodos intermitentes de obstrução nasal, pode ocorrer um desconforto semelhante para a criança. A presença de catarro nas trompas de Eustáquio pode produzir também condições desfavoráveis de equilíbrio da pressão sobre o tímpano. Com os maxilares afastados aumenta-se a chance de as pressões do ar manterem-se iguais e, especialmente durante a deglutição, aquele desconforto é evitado se os dentes permanecerem em inoclusão".

Finalmente, RIX completa:

"Se a linha principal desses pontos de vista pode ser admitida, vários problemas podem ser clarificados. Permitir-nos-ia lançar alguma luz sobre a difícil associação entre adenóides e amigdalites e a existência de maxilares pequenos. U'a mucosa naso-faríngea anormal pode conduzir a uma deglutição com os dentes incluídos, a defeitos do desenvolvimento e a uma hipertrofia crônica do tecido linfóide; mas, se não chegar a produzir uma adenóide ou amigdalite, pode ainda conduzir a uma deglutição atípica e irregularidades do desenvolvimento".

Ao referir-se a modo infantil de deglutir, RIX (69) considera-o como um estágio normal e peculiar à tenra idade da criança, quando esta ainda se alimenta de substâncias líquidas e semi-líquidas. Caracteriza-se, pois, esse ato pela inoclusão dos maxilares, o que, na criança muito nova, realmente ocorre, quer pela natural ausência de dentes, quer pela natureza dos alimentos.

Em relação ao problema da etiologia da respiração bucal, convém lembrar os argumentos de GYNNIE-EVANS (27):

"Enquanto observamos a sucção de polegar como um fenômeno residual do comportamento normal do recém-nascido, acreditamos também que a respiração bucal, como hábito, não é, de maneira alguma, sempre resultante de obstrução nasal, mas sim uma manifestação de retardamento do processo de maturação do comportamento da musculatura facial".

"É comum - ressalta o autor - encontrar-se crianças persistentes na respiração nasal normal, a despeito de terem suas vias aéreas parcialmente obstruídas. A única explicação satisfatória parece ser que o comportamento da musculatura foi sendo tão "padronizado" pelo sistema nervoso central, antes do nascimento, que a respiração bucal não sobrevém, a menos que ocorra total obstrução nasal, ou relaxamento indevido da musculatura ou ainda quando o centro respiratório esteja tão afetado que exija uma oxigenação mais adequada".

FRIED (21) faz o seguinte comentário, que se nos parece bastante interessante, a respeito das causas de certos hábitos linguais atípicos.

"A abóboda palatina, em suas dimensões transversais e contorno superior, representa importante papel de influência sobre as funções da língua. Abóbodas generosamente largas e planas, sem contornos sulcados da mucosa, capacita a língua a exercer facilmente a deglutição, a fala e os movimentos auxiliares da mastigação. Contrariamente, um palato estreito e profundo não só exige maior esforço como também gera hiper-atividade lingual e, em casos extremos, estimula e induz a hábitos nocivos".

Como se pode notar, há certa originalidade nessas observações, uma vez que, dentre muitos autores clássicos, a afirmativa mais encontrada é de que o palato se altera morfológicamente por ação ou postura irregular da língua.

MOORE et alii (62), para estudar os resultados da sucção de dedos em macacos, induziram-nos à prática de tal hábito simplesmente privando-os do convívio com as mães.

Deste método empregado por MOORE e colaboradores, depreende-se que, embora existam diferenças consideráveis entre o comportamento humano e o do macaco, fundamentalmente os comportamentos instintivos de um e de outro parecem confundir-se. E, se válida tal consideração, corrobora-se a opinião de vários autores - LEVINE (47), WOODCOCK (63), NELSON (64) e FULTON (22), entre outros no que se refere à etiologia dos hábitos de sucção.

Para LUBIT & LUBIT (51) o instinto da sucção é inato no homem e aparece antes de decorridas 24 horas após o nascimento, "o que nos leva a excluir a idéia de relacioná-lo com a fome".

Em 1949 encontramos um artigo de SCLARE (71), que parece ser um dos primeiros estudiosos do problema dos hábitos, a se referir aos aspectos genéticos para tentar elucidar suas causas:

"Muitos hábitos nervosos parecem ser de origem genética. Embora o hábito em si possa não ser transmitido pelos pais, a criança pode herdar as tendências nervosas e psicológicas que são responsáveis pelo desenvolvimento do hábito".

Essa autora considera o hábito de roer unhas (onicofagia), como

uma variação ou modificação de um antigo hábito de sucção de polegar ou lábio.

MASSLER & CHOPRA (50) fazem algumas apreciações a respeito da origem dos hábitos bucais, nos seguintes termos:

"Um frustrado sugador de polegar pode tornar-se um sugador de lábio. Em tais casos, a criança chupa o lábio inferior para o interior da boca, colocando-o para trás dos incisivos superiores. A criança pode continuar a sugar vigorosamente ou morder até mesmo as bordas do vermelhão do lábio inferior. Tais situações são facilmente detectadas pela presença de irritações da pele no limite epidermo-mucoso do lábio inferior".

Quanto ao problema da interposição de língua, afirmam:

"A origem do hábito de interposição de língua é frequentemente obscura. Em certos casos pode resultar de uma mordida aberta anterior, previamente existente. Em outros, o hábito se apresenta como causa dessa anomalia da oclusão. Alguns autores referem-se à amigdalite ou faringite dolorosas, como fatores determinantes desse hábito, especialmente quando essa interposição lingual ocorre durante a deglutição".

LAWEC (42) assevera que os hábitos de sucção "têm sua origem na perturbação de uma necessidade instintiva dos períodos iniciais da infância e é, de um modo geral, dividida em duas fases que requerem tratamento distinto: a fase de lactação e a da pós-lactação (antes e após os nove meses de idade)." Considera o citado comportamento como de grande significado tanto para o psicólogo como para o dentista, passando a seguir a explicar as origens desse hábito:

"A sucção é uma atividade característica dos primeiros nove meses de idade da criança e o aparecimento de sucção substituta, na forma de sucção de dedos ou polegar, deve ser encarado como um distúrbio ou sinal de frustração do natural instinto de sucção nutritiva. A evidência clínica mostra que, uma das maneiras mais comuns pelas quais esse instinto permanece insatisfeito, é representada pela existência de fluxo lácteo materno muito rápido e abundante. A criança sob tais condi

ções pode satisfazer seu apetite e necessidades nutritivas num tempo muito curto e com um mínimo de atividade suctora".

Admite LAWE (42) que, se o instinto de sucção não pôde ser satisfeito naquele curto espaço de tempo, a criança se acha impelida a buscar atividade substituta, geralmente na forma desses hábitos bucais. Argumenta ainda o mesmo autor que, embora a amamentação muito rápida seja há muito tempo reconhecida como "indesejável e potencialmente nociva, seu papel como possível causa de sucção de polegar não tem sido adequadamente considerado". Ao dizer essas palavras, o autor faz alusão ao descuido dos pediatras e pessoal ligado à puericultura, em relação ao exercício correto da amamentação, deixando muitas vezes de encará-la como uma atividade necessária, não somente para satisfação do apetite da criança, mas, também para provê-la do contacto com a mãe.

Estriba suas afirmações em conclusões obtidas por numerosos autores, além de o fazer baseado em observações próprias. Analisou o comportamento de crianças e animais (bezerros). Relata interessantes alterações de comportamento em bezerros criados sem contato normal com suas mães, no período de lactação. Segundo LAWE, os pequenos animais submetidos a tais condições apresentam hábitos de sugar as orelhas, o focinho ou a cauda dos outros bezerros. Considera esses comportamentos como atividades substitutas para a natural sucção da amamentação", a exemplo do que ocorre com os seres humanos ao sugar os dedos, com maior frequência, quando privados da amamentação natural".

LAWE (42) frisa que, a partir desse ato substituto inicial, a criança, com o passar do tempo, associa à sucção de polegar um fantástico sentimento de segurança, passando a adotá-lo como fuga à realidade incômoda que a agride. E prossegue o autor:

"Muitos escritores observaram a maneira pela qual algumas crianças de dois a tres anos de idade permanecem sugando o polegar, parecendo alheias aos eventos que, sob outras condições, provocar-lhes-iam sentimentos de medo e tensão. A explicação, logicamente, está no fato de terem elas se retirado para seu próprio mundo de fantasia e não mais

sentirem-se afetadas pelos acontecimentos reais que a circundam".

É comum, diz o observador (42), notar esse fenômeno quando conta mos estórias às crianças.

Na tentativa de explicar o fenômeno da sucção de polegar, GRUNSPUN (26) assim se exprime:

"A sucção é uma conduta inata; parece que algumas crianças nascem com necessidade de sucção mais violenta do que outras. Essas crianças, que podem apresentar mais precocemente o distúrbio, têm prolongada e vigorosa sucção de qualquer dos dedos. A explicação se daria por ato reflexo, de tipo reflexo primitivo, assim como sucede no reflexo de apreensão palmar ou no de apreensão plantar, isto é, por um estímulo apareceria um reflexo circular que seria mantido continuamente enquanto se mantém o estímulo".

E prossegue esse psicólogo:

"O reflexo de sucção também seria circular; sem ele a criança não conseguiria mamar continuamente. Pode tornar-se circular, se houver um excitante contínuo, como por exemplo, a chupeta ou o dedo. A excitabilidade da mucosa bucal levará a criar este reflexo e manterá a sucção".

"Estes movimentos seriam involuntários até o quarto mês de vida", afirma GRUNSPUN, admitindo que poder-se-ia atribuí-los à fome. "Todo excitante requer uma resposta; neste caso o excitante é a fome e a resposta seria colocar o dedo na boca. No quarto mês ou fim do terceiro desaparece o reflexo de apreensão palmar e concomitantemente fica facilitada a possibilidade da criança adquirir o hábito com características voluntárias."

Diz ainda esse autor (26), que tal hábito "está frequentemente associado à satisfação emocional". Salienta observações de alguns autores que verificaram maior incidência desse comportamento dentre crianças institucionalizadas e, por isso, "emocionalmente mais carentes".

Explica a existência de outras teorias, que vão desde aquelas que atribuem o hábito a certas irregularidades no fornecimento de ali-

mentação, falta de ocupação manual, e até à existência de "fantasias infantis de devorar ou morder os órgãos genitais maternos e paternos...".

Quanto ao hábito de ranger os dentes, (bruxismo ou briqueísmo -- como sugere Idel Becker)*, GRUNDFUN considera-o como ocasional durante o dia e pode apresentar-se associado a distúrbios do sono, "caracterizando um problema bio-elétrico". E conclui:

"Em muitas crianças, durante o dia, verifica-se esse hábito com característica evolutiva, especialmente naquelas insatisfeitas com seu rendimento escolar. Crianças retardadas apresentam este sintoma o dia -- inteiro".

DAGE (?), nos fornece minucioso estudo a respeito da etiologia -- do hábito de deglutição anormal, citando várias teorias. A primeira atribui o fenômeno às condições inadequadas da amamentação artificial, -- que acaba forçando a criança a adotar movimentos linguais incomuns para conseguir adaptar-se à forma, consistência e tamanho do bico da mamadeira e ao fluxo lácteo. A segunda teoria citada por DAGE, responsabiliza certos desequilíbrios da coordenação neuro-muscular, tendo como origem algum distúrbio nos centros nervosos. Para outros, prossegue o autor, -- pode decorrer de condições descritas como uma espécie de insensibilização da laringe, por falta ou deficiência de terminações nervosas sensitivas, que, em alguns casos, pode ser resultado da remoção das amígdalas.

E continua o autor, dizendo haver os que associam a deglutição atípica aos distúrbios das vias respiratórias superiores e até mesmo dos ouvidos. Assim, um resfriado, faringite, catarro nas trompas de Eustáquio e dor de ouvido favoreceriam o advento de anomalias na deglutição.

Outros, ainda, segundo DAGE (?), asseveram que o fenômeno nada -- mais representa que uma necessária modificação do comportamento fisiológico, decorrente de modificações morfológicas que, no sentido antropológico, que o homem vem sofrendo em sua evolução, com redução dos arcos dentários e estruturas da face.

Embora não tenhamos dedicado especial atenção, neste trabalho, -- ao diagnóstico dos hábitos, por julgarmos tratar-se de fenômenos mais

ou menos evidentes, achamos interessante citar, ainda que neste capítulo, algumas observações fornecidas por DAGG, a respeito do reconhecimento de uma deglutição atípica. Como poderíamos detectá-la, distinguindo-a da normal?

Eis o que nos expõe esse autor (7):

"Vários sinais clínicos característicos do hábito de deglutição atípica têm sido descritos. Rix e Straub, separadamente, afirmam que, durante o ato da deglutição anormal, os dentes não se acham ocluídos e a língua é levada para frente até entrar em contato com os incisivos superiores e inferiores. Straub garante, ainda, que qualquer atividade dos músculos mímicos durante o ato de deglutir é uma segura indicação da presença do hábito de deglutição atípica. Nota também uma tendência dos pacientes moverem a cabeça para frente durante esse ato, como que tentando ajudar o deslocamento do bolo alimentar ou da saliva para trás, Rix concorda em que há um aumento de tensão dos músculos dos lábios e bochechas durante uma deglutição anormal e afirma que a formação de "covinhas" no queixo e a contração do lábio inferior não devem ser considerados como sinais à parte. Atkinson observa que se colocarmos a mão sobre o mento de um paciente durante a deglutição, e percebermos que os maxilares permanecem "abertos" durante o ato, teríamos uma indicação de uma deglutição inadequada".

Examinada, ainda que não profundamente, a etiologia desses comportamentos que convencionalmente chamamos de hábitos bucais, passaremos a estudar o não menos discutido aspecto dos efeitos dos hábitos sobre as estruturas buco-faciais e algumas rápidas considerações em torno de outros controvertidos efeitos.

* - Becker, Idel. Nomenclatura bio-médica. S. Paulo, Nobel, 1968, p. 221-23 - (observação referente à página anterior).

2-3 -- EFEITOS DOS HÁBITOS

2-6 -- EFEITOS DOS HÁBITOS.

Faremos aqui uma apreciação das opiniões encontradas na literatura sobre os efeitos dos hábitos relacionados com a boca; efeitos sobre a oclusão dentária, desenvolvimento ósseo, etc...

ANGLE (2), em 1907, afirmou:

"O hábito de sucção de polegar... tão frequentemente formado por crianças novas, embora raramente cause deslocamento dos dentes decíduos, irá, se persistente durante a erupção dos dentes permanentes, causar uma acentuada maloclusão".

CASE (13), em 1921, segundo LEWIS (43), escreveu:

"A causa que mais frequentemente afeta a relação normal das dentaduras decíduas é o hábito da sucção de polegar, que, se permitido continuar pelos primeiros anos da dentição secundária, produzirá todas as características de uma protrusão superior, mas com nenhum efeito sobre as relações méso-distais dos dentes posteriores, a não ser um estreitamento dos arcos".

DENEY (10), em 1914, observa:

"Hábitos da infância produzem muitos tipos de maloclusão. Sucção de polegar e dedos há muito ocupam lugar entre os fatores etiológicos de maloclusão, mas não produzem tantas maloclusões como formalmente se supõe".

MCCOY, também segundo LEWIS (43), diz:

"Essa tão difundida causa (sucção de polegar), embora produtora de dano se persistente por um longo período, é geralmente eliminada cedo e, por isso, não é responsável por todas as deformidades frequentemente atribuídas a ela". Esse autor, segundo explica LEWIS, admite a possibilidade de deslocamento dos incisivos maxilares e mandibulares por meio da sucção de polegar, porém acrescenta:

"Tais resultados, todavia, dependem da persistência do hábito, ..

num grau intenso, através de um período que se estenda até bem além da tenra infância".

JACKSON (31), em 1904, comenta:

"Frequentemente, (a sucção de polegar) causa um considerável espaço entre os incisivos superiores e inferiores, mas a principal irregularidade permanente que resulta desse hábito provém de sua continuidade após a erupção dos dentes permanentes". Como se pode notar, este último autor refere-se respectivamente aos efeitos sobre a dentição decídua e permanente.

LEWIS (48), analisando o ponto de vista externado por LISCHER (49), diz:

"Lischer menciona a sucção de polegar como uma fecunda causa de maloclusão e declara ser esta, provavelmente, a causa mais comum e, geralmente, a mais difícil de eliminar".

STALLARD (74), em 1930:

"A compreensão da etiologia de maloclusões é bastante complicada pela larga margem que apresenta no grau de seu desenvolvimento em diferentes crianças, que possuem hábitos semelhantes, idênticas taxas de crescimento e aparentemente os mesmos estados de saúde". E acrescenta:

"Os fatores que influem no crescimento da dentadura nunca agem isolados, e não podem ser reproduzidos ou feitos para operar separadamente, o que torna a experimentação difícil".

STALLARD considera, num primeiro conjunto de fatores, a dieta e os agentes patogênicos; num segundo, a pressão exercida por hábitos e/ou acidentes traumáticos contra os dentes, arcos dentários ou a parte óssea dos maxilares.

Logo adiante, afirma esse autor (74):

"A secular interpretação de maloclusões características da sucção de polegar é racional, embora certos sugadores de polegar possam escapar ilesos. O polegar é um fator externo e torna-se uma parte do meio bucal da criança, sendo ali introduzido habitualmente. Tal hábito está,

às vezes, associado a outros de postura ou apoio. A amamentação artificial há muito tem sido também responsabilizada por maloclusões semelhantes, por duas razões: 1) porque proporciona pressão habitual, e 2) porque os ingredientes de seu conteúdo são insuficientes".

Referindo-se, agora mais genericamente, aos hábitos de sucção, -- prossegue STALLARD:

"Aqueles sugadores habituais que escapam da injúria, provavelmente exercem pequena pressão de ar e não estão sujeitos a nenhuma outra -- fonte externa de pressão aplicada constantemente".

Quanto ao hábito de roer unhas (onicofagia), STALLARD afirma que, sem dúvida alguma, afeta a dentadura, porém considera que sua influência não pode ser tão facilmente identificada quanto a dos hábitos de -- sucção.

Ainda STALLARD (74), citando ANGLE (3), faz as seguintes considerações:

"Mordida, sucção ou compressão de lábios e bochechas, quando habituais, foram consideradas por Angle como graves e importantes causas de maloclusões, em sua grande parte, severas. Ele (Angle) acredita, contudo, que esses fatores meramente iniciam o problema, perturbando o equilíbrio das forças, que imaginava fossem delicadamente distribuídas -- em relação à fictícia "linha de oclusão". Os profundos ferimentos frequentemente encontrados na mucosa das bochechas e lábios de crianças -- que usavam arcos vestibulares (ortodônticos), ele (Angle) formalmente atribuiu a tais hábitos .

A importância atribuída por ele a esses hábitos que considerava reflexos nervosos nas crianças de um estágio civilizado, levou vários de seus discípulos a considerar a psicologia como um refúgio especial, -- na esperança de lá poderem encontrar caminhos de prevenção de hábitos e muitas maloclusões. Angle, ainda hoje (1929), considera as deformidades dos maxilares como sendo resultados do grande esforço mastigatório -- (chewing stress) pervertido através dos dentes, quando estes possuem relações anômalas de planos inclinados e são levados forçando alinhamento

em relação às forças de oclusão".

Continuando sua referência a ANGLE, STALLARD prossegue:

"De acordo com ele, maloclusões acentuadas desenvolvem-se a partir de desequilíbrios mecânicos instituídos pelas maloclusões leves". E diz mais:

"Porisso, suas idéias sobre o assunto estão distanciadas das demais teorias mencionadas, que tomam por base fatores ambientais. Sua análise é de pura origem fisiológica e pode ser resumida nas seguintes palavras - suas:"

"A boca deforma-se por si através do uso, após adquirir uma suave imperfeição no equilíbrio de suas forças operantes".

Referindo-se aos efeitos dos hábitos de má postura, STALLARD (74) afirma que "a consideração desses fenômenos como prováveis causas de maloclusão é relativamente nova, ainda que, por volta de 1903, George T. Baker tivesse atribuído um caso de maloclusão a um hábito de má-postura ao dormir, no qual a criança exercia pressão constante contra a mandíbula. Dez ou mais anos antes, Calvin Case explicava maloclusões "laterais" pelos hábitos de certas posições assumidas durante o sono, na infância".

Voltando sua atenção ao fato de existir falta de experimentação científica (até 1930) em relação aos efeitos dos hábitos, STALLARD salienta:

"A mais direta e válida crítica contra essas teorias é o fato de ninguém jamais ter podido produzir experimentalmente uma maloclusão, - controlando os fatores etiológicos internos e externos. A coincidência entre hábito e deformidade pode causar uma conclusão carente de lógica, da parte do observador, o que poderia ser classificada como uma dedução do tipo cum hoc, ergo propter hoc, isto é, com isto, portanto por causa disto. Nunca poderá haver prova, até que maloclusões sejam experimentalmente produzidas em animais e seres humanos, que tenham sido ensinados a adquirir e praticar alguns desses hábitos".

Diz ainda o autor (74) que as tentativas de se provar a inocuidade dos hábitos sobre a oclusão dentária e harmonia facial, através de -

evidência negativa, isto é, por meio da argumentação baseada em existência de casos normais que apresentam hábitos, "não constituem suficiente confirmação".

Dentre os autores consultados, vez por outra, encontramos alguns não ligados diretamente à ortodontia, como o caso de MILLER (60), em 1931, que atribui a hábitos anormais um caso de destruição periodontal. Deu especial atenção à onicofagia, que, como periodontista, sabia de seus efeitos sobre as estruturas de suporte do dente.

* NELSON (64), em 1931, diz que, da mesma forma que acontece com a sucção de polegar, os hábitos de sucção de outros dedos, lábios, língua, bochechas, mamadeiras vazias e chupetas, são considerados como responsáveis por desvios do desenvolvimento normal da face e maxilares. "Embora, - diz ele - os resultados difiram levemente daqueles atribuídos à sucção de polegar, o princípio é o mesmo, isto é, a função normal da sucção acha-se pervertida e as forças normais de desenvolvimento quebram-se quando qualquer outro objeto é tomado em substituição ao pequeno bico do seio materno".

WOODCOCK (63), em 1931:

"Indubitavelmente a maloclusão é o mais pernicioso resultado da sucção de polegar".

RALSTON, segundo NELSON (64), já em 1919, tecia comentários sobre os efeitos maléficos à oclusão, provocados por hábito de interposição de lápis, entre escolares. Verificou que, numa comunidade norte-americana (Wichita), "50 % dos escolares tinham o costume de levar seus lápis à boca, e cerca de 15% permaneciam nessa atitude o tempo suficiente para causar deslocamentos dentários".

E, também segundo NELSON (64), JORDON assim se manifesta em torno de problemas semelhantes:

"A pressão proveniente da sucção de objetos duros pode provocar vários efeitos, sendo o mais comum a protrusão dos incisivos superiores, que é mais relativa do que real, porque, enquanto estes são puxados labialmente, os incisivos mandibulares são forçados lingualmente pa

ra acomodar o dedo, polegar ou objeto, A pressão digital contra o palato duro (ósseo), somada à pressão externa (muscular), bloqueiam o desenvolvimento para baixo e lateral do palato e estreitam o arco".

ROGERS, KELSEY e McCOY, ainda segundo NELSON (64), são unânimes em considerar os hábitos linguais como potentes causas de maloclusões, referindo-se todos à mordida aberta anterior, destacando-se a opinião de McCOY (58):

"Uma das mais fortes e frequentes causas de maloclusões é encontrada em certos hábitos que envolvem forças musculares dentro ou em torno da cavidade bucal, que podem ser a frequente e habitual manipulação (movimentação) dos lábios, língua ou bochechas, de maneira a fugir do seu uso normal. A força assim exercida, embora suave, fará com que os dentes assumam e mantenham posições definidas de maloclusões, que serão características dos hábitos musculares que as produzem".

✕ "Os hábitos de deslocar para a frente a mandíbula e de deglutição anormal, - diz NELSON (64) - também têm recebido menção como causas de maloclusão. A respiração bucal, cujos efeitos são bem conhecidos do estudante de Ortodontia, é classificada por alguns autores como um hábito anormal. Como, geralmente, alguma condição patológica das vias nasais acompanha a respiração bucal e, usualmente, é considerada responsável por ela, parece razoável omitir essa anormalidade de função, de uma discussão sobre hábitos".

✓ ANGLE (2), estabelece que os incisivos podem sofrer alterações de posição, conseqüentes a certos hábitos linguais, principalmente o da interposição da língua entre as bordas incisivas desses dentes inferiores e superiores. E diz: "A pressão sobre a borda incisiva impede a completa erupção e mantém os dentes em infra-oclusão, enquanto os molares, estando em inoclusão a maior parte do tempo, sofrem extrusão que os leva à supra-oclusão, devido à falta de resistência".

Eis mais uma arguta observação de ANGLE, cuja preocupação com os problemas ortodônticos somente parece não ter ido além em conseqüência dos poucos recursos científicos disponíveis na época em que viveu. Embora alerta ao problema dos hábitos, ANGLE evidenciou sobremaneira o de -

sucção de polegar, subestimando a série enorme de outros comportamentos que, talvez por serem menos notados e combatidos socialmente, não mereceram sua atenção, apesar de serem muito mais frequentes que a sucção de polegar, ou interposição de língua.

ANGLE (4), salientando a importância dos hábitos como fatores etiológicos de maloclusões, afirma:

"Provavelmente não haja ninguém dentre nós (ortodontistas) que possa desprezar a obstrução nasal como uma causa de maloclusão, ou então, uma perda prematura de dentes decíduos, ou sua retenção prolongada, ou restaurações imperfeitas, ou qualquer outro fator que se mencione, com possível exceção de um: os hábitos".

E comenta:

"Porém, agora sentimos que não deveríamos ser propensos a desprezar a sucção de polegar ou bochechas (cujos resultados se parecem com aqueles causados por hábitos de má-postura durante o sono), ou a interposição de língua aos incisivos inferiores e superiores, como causas de deformidades que se apresentam à nossa atenção e cuidados. Alguns desses fatores, têm-se tornado tão comumente conhecidos e compreendidos, que as mães inteligentes estão frequentemente alertas em relação aos seus perigos e passam a informação a outras mães.

Certamente, não poderíamos imaginar alguém que realmente pratique ortodontia, que não pudesse descobrir essas causas e trabalhar para sua eliminação".

E continua esse autor (4):

"Mas, há hábitos que todos desprezamos, no passado, e que são ainda pouco considerados atualmente. Esses hábitos, aos quais especialmente me refiro, são hábitos ou vícios dos músculos da face, ordinariamente falando, dos músculos mímicos, e hábitos da língua e musculatura associada às funções de mastigação e deglutição".

Tendo analisado as possíveis causas dos hábitos perniciosos adquiridos na infância e atribuindo-os, em grande parte, às modificações que o progresso vem trazendo à vida das crianças, ANGLE (4) salienta:

"Como resultado de tal precocidade (responsabilidades e deveres que a criança moderna assume em época que devia viver como criança), e excitação nervosa precoce, vemos os efeitos maléficó sobre a saúde da criança e notamos a horrível modelagem, sob todos os tipos de deformidades, dos plásticos ossos da maxila e mandíbula e dos dentes na época de seu desenvolvimento. São os efeitos dessa anormal, antinatural e impiedosa ação dos músculos sobre eles".

LEADER (44), em artigo publicado em 1934, referindo-se ao problema da respiração bucal, faz alusão a uma discussão ocorrida num encontro da Odontological Section of the Royal Society of Medicine, em Londres; afirma o autor que essa discussão mostrou quão pouco se sabe sobre as pressões normais do ar respiratório nas cavidades nasal e bucal e sobre que modificações podem ocorrer em respiradores bucais.

Particularmente, ele (44) considera essas modificações da respiração como causas de "sérios efeitos sobre a forma do palato, fossa nasal e a saúde de muitas estruturas importantes, tais como os seios pneumáticos da face e a gengiva".

Esse mesmo autor (44) relata experimentos que empreendeu para constatar as variações de pressão do ar (pressão negativa e positiva) sobre as cavidades nasal e bucal, em respiradores nasais e bucais. Chega à conclusão de que 1) a respiração nasal produz uma pressão "positiva" bem mais alta no nariz e na boca, durante a expiração, ao mesmo tempo que, 2) produz uma pressão "negativa" acentuada na cavidade nasal, associada a uma pressão também "negativa", mais forte na cavidade bucal, durante a inspiração; e finalmente, 3) a respiração bucal gera tanto pressões "negativas" como "positivas" sobre as cavidades nasal e bucal.

E conclui LEADER (44):

"Se a única diferença real, entre respiração nasal e bucal, reside na incidência de pressões do ar, negativa e positiva em ambas as cavidades, parece improvável que a forma do palato seja grandemente afetada por tais pressões, a menos que atue uma sucção na parte interna da boca capaz de influenciar no seu sentido normal de crescimento para bai.

xo. Parece mais provável que o empobrecimento do suprimento sanguíneo, - consequente às baixas pressões do ar, nos respiradores bucais, inibe o crescimento do osso local, tanto em quantidade como em qualidade, que - deveria andar tão depressa quanto o crescimento para baixo dos dentes e alvéolos. Uma combinação de ação muscular sobre o osso ainda plástico e seios maxilares subdesenvolvidos, deve contribuir para a forma característica do palato em respiradores bucais, e isso é diretamente devido à queda da pressão do ar".

Num artigo publicado em 1935, BONNEY (11) acusa os hábitos bucais como uma causa indiscutível de maloclusões. Assim como vários outros autores que o precederam, BONNEY descreve os efeitos da sucção de polegar da maneira clássica, isto é, afirma que os incisivos superiores sofrem protrusão, enquanto que os inferiores são retruídos; salienta - ainda a possibilidade de deformações labiais concomitantes.

Com respeito ao hábito de interposição de língua, seu pensamento coincide com o de ANGLE (2) e com o de outros observadores mais recentes, isto é, considera-o como causador de mordida aberta anterior. Acrescenta, ainda, que variações desse hábito podem provocar efeitos bem semelhantes aos da sucção de polegar, embora menos intensos.

Numa análise de pacientes portadores de hábitos e deformidades - decorrentes, BONNEY vai mais longe em suas observações:

"O efeito produzido sobre a mente da criança pelas acentuadas deformidades que resultam de uma contínua prática de qualquer desses hábitos é, frequentemente, de longa repercussão"...

O norte-americano SWINEHART (76), num artigo especificamente dedicado à análise dos efeitos produzidos por hábitos de sucção de polegar, num grupo de 35 crianças, 23 do sexo feminino e 15 do sexo masculino, cujas idades variavam entre 2 a 15 anos, observou problemas de oclusão na região incisiva, na região posterior dos arcos dentários, no palato e, inclusive, na estrutura da cavidade nasal.

Como efeito secundário à prática desse hábito, SWINEHART cita o aumento de problemas psicológicos dessas crianças que, via de regra, em

consequência do hábito, são alvo de punição e repreensões por parte dos pais que, às vezes, não conseguem entender o porque dessa prática tão repudiada socialmente.

Em seus comentários introdutórios, esse autor (76) expressa-se da seguinte forma:

"Todavia, muitos ainda acreditam que os efeitos estruturais são negligenciáveis e transitórios, não justificando métodos amplos de prevenção e cura. Certos médicos até mesmo encorajam a prática desse hábito e salientam que o efeito calmante imediato é benéfico para as crianças".

Baseado na premissa de que a abóboda palatina e o assoalho da cavidade nasal são formados pela mesma placa óssea, SWINEHART admite que uma distorção do palato infalivelmente afeta as dimensões da cavidade nasal. Assim, um palato tornado ogival e profundo provocará, pelo menos teoricamente, uma diminuição da cavidade nasal, que perderá sua altura normal. E afirma:

"O crescimento do septo nasal é realizado para baixo, a partir de um ponto de articulação comparativamente fixo à base do crânio. Os rinologistas consideram o assoalho do nariz como uma variável que pode determinar se o septo alcança sua dimensão total ou sofre deflexão. Encontram, também, associação estreita entre a forma atrésica do arco maxilar e a falta de largura no espaço nasal".

Prosseguindo em sua exposição de idéias, SWINEHART sugere ainda que, havendo oclusão nasal (obstrução) decorrente de deformações palatinas provocadas por hábitos de sucção de polegar, disso pode advir um hábito, secundário neste caso, de respiração bucal.

Percebe-se, pois, que os efeitos dos hábitos não se limitam a irregularidades estruturais; podem, segundo opinião de vários autores, ser de ordem psicológica, funcional e, indiretamente, podem gerar outros hábitos indesejáveis. Tal observação encontra base nas seguintes conclusões de SWINEHART (76):

"A maloclusão dos dentes incisivos, causada pela sucção de pole-

gar, encoraja hábitos anormais de lábios e língua, bem como a respiração bucal. Todos esses hábitos secundários tendem a persistir ao longo da vida e mantêm ou exageram a maloclusão. A respiração bucal, com frequência, afeta seriamente a saúde geral".

E continua adiante:

"As forças anormais do hábito distorcem a forma das estruturas internas da face. Nestes casos, sempre que as forças forem exercidas na mesma direção do curso inerente do crescimento, há super-desenvolvimento. Se estiverem em oposição ao processo normal, observa-se subdesenvolvimento naquela direção. Essas forças, aparentemente, inibiram o crescimento lateral do osso maxilar (nos casos por ele observados), e, positivamente, impediram o crescimento, para baixo, do palato. Tais inibições de crescimento achavam-se associadas a largura e altura menores do que as normais do espaço nasal, deflexão do septo nasal e a condições patológicas consequentes de tais condições anormais. Restam, eu creio, somente as questões da extensão das deformidades e a porcentagem de casos".

E adverte:

"Tal malformação nasal é geralmente incurável.... Se a sucção de polegar é uma das causas de todas essas condições, é tempo de se tomar uma atitude mais séria contra o hábito, como uma importante medida de saúde".

Maior originalidade, porém, encontramos nas palavras suas que se seguem, também incluídas em suas conclusões:

"A sucção de polegar causa distúrbios nervosos definidos e, muitas vezes, sérios. A evidência disso foi tão comum e tão clara entre as crianças que observei, que não pode haver dúvida a respeito. Quando a prática do hábito foi positivamente interrompida pelo uso de aparelhos mecânicos, o nervosismo que acompanhava o hábito foi reduzido ou eliminado. Se o hábito era retomado, reapareciam os mesmos sintomas anormais. Através do nervosismo, o hábito exerce sua influência sobre os processos físicos e mentais gerais. Seus resultados físicos podem ser traduzidos por "tics" musculares, crescimento retardado, peso deficien-

te, ou funções orgânicas desordenadas. Algumas das principais consequências nervosas e psicológicas são o sono agitado, apetite deficiente, choro excessivo, inquietação, mau humor, perda de capacidade de concentração e comportamento social desfavorável. Pode ocorrer um dos sintomas como predominante ou uma série deles concomitantemente, num determinado caso. Neste grupo, (30 crianças), estes sintomas foram tão aparentes entre as crianças mais novas quanto entre as mais velhas. A severidade dos fenômenos nervosos anormais era definitivamente relacionada ao método, tempo e intensidade do hábito. Os efeitos nervosos sobre o bem-estar físico e mental e sobre a personalidade foram, em alguns casos, muito mais importantes que os estruturais".

Dedicando-se a uma análise do problema da sucção de polegar e outros dedos, JOHNSON (35), em artigo publicado em 1939, chama atenção para o fato de o hábito da sucção de polegar ter sido citado, já em 1841, na literatura odontológica, por William Imrie, e que, todavia, somente através de Chandler, em 1878, passou a ser considerado como um fator etiológico de maloclusões, quando este afirmou:

"Não há causa tão produtiva de malformações dos ossos e da boca, e de irregularidades dos dentes, quanto o hábito de sucção de polegar na infância, as diferentes posições do polegar dando origem a diferentes tipos de deformidades" (Apud 35).

Na tentativa de estabelecer uma relação entre causa e efeito, entre hábito e maloclusão, JOHNSON (35), estudou 153 casos de sugadores de polegar e outros dedos e chegou à conclusão ilustrada na tabela abaixo:

Sugadores de poleg. e dedos	Maloclusão		
	Classe I	Classe II	Classe III
153	70	73	2
%	50,98	47,7	1,3

Nesta mesma linha de idéia, SWINEHART (76) observa, em seu estudo, que 89% dos casos por ele analisados apresentavam protrusão maxilar de dois tipos, como decorrência da sucção de polegar. Esses dois tipos, segundo diz SWINEHART, foram respectivamente caracterizados por 1) simples inclinação protruída dos incisivos superiores com pequena distorção óssea, e 2) uma hipertrofia do osso pré-maxilar, que leva consigo os incisivos superiores, de corpo, a uma protrusão.

Encontrou ainda uma retrusão dos incisivos mandibulares em 40% dos casos e em 50% deles constatou mordida aberta anterior. Verificou atresia do arco maxilar em 22% e oclusão mesial unilateral dos dentes maxilares em 31% dos casos.

E comenta a respeito:

"Esses números estão todos acima da média, porém são particularmente reais para a última condição. Angle, numa pesquisa de alguns milhares de casos de maloclusão, encontrou esse tipo de maloclusão como sendo somente 3,4%, contra 31,5% neste grupo".

Em artigo publicado em 1941, JUTKOWITZ (37) faz larga descrição de um caso de mordida aberta anterior acentuada, provocada pela conjugação de dois hábitos perniciosos: respiração bucal e sucção de língua. O caso apresenta-se com tal grau de severidade que, para se ter uma idéia, a oclusão estabelece-se através do contacto de apenas oito dentes, isto é, os 1^{os} molares superiores com os 2^{os} molares inferiores e os 2^{os} pré-molares entre si.

E salienta o referido autor:

"O hábito lingual foi suficiente para a produção de todo o distúrbio, e a história revela haver nenhum outro fator ao qual se possa atribuir essa condição".

CHAPMAN (14), em 1941, publica um relato de dois casos clínicos de maloclusão provocadas pelo hábito de sucção de polegar, com uma característica além das já conhecidas como típicas, que nos chama a atenção: mordida aberta.

DISKIN (17), em 1942, analisa pontos de vista de alguns autores,

os quais também aqui tivemos a oportunidade de citar [JOHNSON (34), (35) e (36); LEWIS (40) e SWINEHART (20)], e faz a seguinte observação:

"As conclusões desses homens, e de muitos outros, são concordes em que a sucção de polegar pode ser uma causa de maloclusão, cuja forma mais comum é a neutroclusão com protrusão dos incisivos maxilares (o grifo é nosso). Quanto mais tempo perdura o hábito, mais estabelecida fica a deformidade. A sucção de polegar pode conduzir a hábitos secundários que, por sua vez, podem causar outras deformidades dos maxilares. Por exemplo, a criação de espaço entre os incisivos superiores e inferiores pode influir no desenvolvimento de um mau hábito labial ou lingual, que resultam em mordida aberta. Sucção de bochechas, quando persistente, geralmente resulta em contração dos arcos dentários".

E continua:

"Tais autores não concluem que a sucção de polegar seja uma das maiores causas de maloclusão. Johnson, por exemplo, observa que apenas 17,5% de seus 909 casos de maloclusão eram sugadores de polegar ou outros dedos. Desses 17,5%, provavelmente, muitos teriam tido maloclusão independentemente da existência do hábito, especialmente se levarmos em conta o fato de que o grupo de sugadores de polegar incluía dois casos de mesioclusão (Classe III). Entretanto, muitos concordam em considerar o hábito como causa de deformidade ortodôntica".

Prosseguindo, DICKIN (17) afirma que certos autores dão a entender que o hábito de sucção de polegar "pode deformar a personalidade e estimular o infantilismo, se perdurar por longo tempo".

JOHNSON (30), em 1943, salienta que os hábitos labiais (morder e sugar o lábio, geralmente o inferior) são reais causadores de maloclusão; faz minuciosa descrição da maneira pela qual o hábito é executado e aponta como seu principal efeito a inclinação labial dos incisivos maxilares.

Quanto aos hábitos linguais, JOHNSON (30) os considera como causa de tipos definidos de maloclusão e "são provavelmente os mais proble-

máticos de todos os hábitos bucais". E salienta:

"A interposição de língua está frequentemente associada ao hábito de morder o lábio o, quando a língua é levada à frente, resulta numa maloclusão semelhante àquela causada pelo ato de morder o lábio".

Salienta, ainda, que "os hábitos linguais podem afetar qualquer setor de ambos os arcos dentários. Interposições laterais podem afetar o segmento posterior, frequentemente, a língua é forçada entre os incisivos centrais maxilares; isso mantém ou aumenta o espaço que os separa (diastema). Maloclusões com mordida aberta, tão difíceis de se tratar com sucesso, são também um frequente resultado de um hábito lingual. A língua pode colocar-se entre os dentes maxilares e mandibulares, impedindo-os de completar sua erupção. Isso pode atingir apenas a área incisiva, mas ocasionalmente se estende para trás, até os primeiros molares permanentes".

Continuando essa descrição, JOHNSON faz alusão a certos movimentos da língua durante a deglutição e parece considerá-los mais como um hábito lingual do que um problema de deglutição. E, a esse respeito, diz:

"Toda vez que o paciente deglute, a língua é forçada entre os dentes e resulta daí uma grande dose de pressão. O tratamento e retenção bem sucedidos nesses casos especiais dependem da eliminação do hábito lingual. Defeitos de fala usualmente acompanham tais hábitos e podem também ser considerados fatores contribuintes para o estabelecimento de maloclusões".

Referindo-se aos hábitos de sucção, que não considera restritos somente aos polegares e outros dedos, mas também incluindo bochechas e lábios, JOHNSON (36) comenta:

"As bochechas, em certos casos, podem ser sugadas e mantidas entre a oclusão dos pré-molares e molares, numa combinação de mordida e sucção. Tal hábito pode resultar numa mordida aberta de cada lado ou pode simplesmente estreitar os arcos inclinando lingualmente os pré-molares e molares".

Voltando-se ao problema dos hábitos labiais, o autor (36) comenta:

"Sucção de lábio não é hábito raro e, tal como na interposição de lábio, a maloclusão resultante pode variar conforme o lábio que é sugado (geralmente o inferior) e da natureza do ato, e pode resultar numa simples inclinação, tal como a produzida pela simples mordida do lábio, ou numa movimentação mais ampla, tal como ocorre em alguns casos de sucção de polegar. Quando o lábio superior é o comprometido pelo hábito, os incisivos superiores frequentemente tornam-se situados lingualmente em relação aos inferiores. No caso de sucção do lábio inferior os incisivos maxilares são inclinados labialmente e os mandibulares podem ser levados a uma inclinação lingual".

Continuando em suas observações, JOHNSON (36), escreve que geralmente os ortodontistas são unânimes em considerar a sucção de polegar - como um provável fator etiológico de maloclusões. E diz:

"Entre crianças portadoras de maloclusão a incidência de sucção de polegar ou outros dedos é de 17,49%. E não se pode afirmar que todos os casos são provocados por esses hábitos". Portanto, JOHNSON julga que mesmo as maloclusões consideradas típicos resultados da ação de hábitos não são produtos exclusivos destes.

E, prosseguindo, observa:

"Este hábito pode originar dois tipos de maloclusão, dependendo da posição da mão durante o ato de sucção do polegar. Se a mão for colocada em posição elevada, a relação dos maxilares permanecerá inalterada e ocorrerá uma inclinação labial dos incisivos maxilares. Se a mão for deixada pendente sobre o mento, exerce-se uma força mais comprometedora. O dorso do polegar apoia-se sobre os incisivos mandibulares e a superfície palmar cria uma pressão para labial sobre os incisivos maxilares e processo alveolar. Sob tais circunstâncias, o processo alveolar, bem como os dentes, são movidos para a frente. Ocasionalmente, pode resultar deste hábito uma maloclusão com mordida aberta".

^ A respeito da respiração bucal, que alguns autores não conside---

ram como hábito mas sim como um desvio da função respiratória normal, imposto por problemas de obstrução nasal, JOHNSON, neste mesmo artigo, afirma o seguinte:

"Pensava-se, há algum tempo, que as crianças portadores de maloclusão Classe II, div. 1 (Angle), fossem respiradores bucais. Isso não é necessariamente verdadeiro, assim como não é real a observação de que todos os respiradores bucais devam ser portadores de maloclusão daquele tipo. Qualquer tipo de maloclusão pode coexistir com o fenômeno da respiração bucal. Porém o tipo clássico de maloclusão frequentemente encontrado entre indivíduos portadores desse hábito está associado a um estreitamento do arco dentário maxilar e, possivelmente, do arco dentário mandibular, acompanhado de protrusão dos incisivos maxilares, supra-eressão dos incisivos mandibulares, falta de desenvolvimento vertical alveolar na área dos pré-molares e molares e uma relação distal da mandíbula em comparação com a maxila". - descrição que, todavia, nos fornece uma idéia bastante semelhante àquela que fazemos de uma Classe II, div. 1 de Angle.

E conclui JOHNSON:

"Com esse tipo de maloclusão, há presença de lábio superior curto, subdesenvolvido, e um lábio inferior flácido e saliente, narinas subdesenvolvidas e, ainda, uma carência de tonicidade da musculatura facial associada a um olhar vago".

Dando prosseguimento à sua exposição, esse mesmo autor (36) tece considerações em torno de hábitos de postura, dentre os quais cita o apoio da cabeça sobre as mãos durante a leitura e a utilização da mão ou antebraço como travesseiro durante o sono. E assevera que tais hábitos frequentemente causam maloclusões com cruzamento de mordida na região dos pré-molares e molares.

Continuando em nossa consulta à literatura, encontramos um editorial (38) muito curioso, publicado em 1943 intitulado "Physicians and Thumbsucking", que encerra uma crítica violenta e, ao mesmo tempo, joga sa contra a falta de atenção dos médicos americanos em relação ao pro-

blema dos hábitos bucais da criança, que podem produzir irregularidades dento-maxilo-faciais. Eis o que diz este editorial (60), escrito durante a última guerra mundial:

"Os bebês norte-americanos estão se fazendo ouvir. Estão se tornando uma importante parcela da sociedade americana, pois existe um grande número deles com idade de quatro anos ou menos. E estão, cada vez mais, acostumados aos bicos de borracha, mamadeiras e acessórios impermeáveis da vestimenta, muitos dos quais tornaram-se uma necessidade para uma vida infantil bem cuidada.

Porém, quando a escassez de borracha tornou-se uma realidade séria, muitas petições de auxílio deram entrada junto ao Conselho de Produção de Guerra (War Production Board). A questão foi enviada ao Comitê de Drogas e Produtos Médicos da Divisão de Ciências Médicas do Conselho Nacional de Pesquisas. Nesse órgão, um corpo de cientistas dirigiu uma pesquisa entre pediatras de renome, que foram solicitados a indicar se as chupetas eram recursos essenciais ao programa de saúde. As respostas ao questionário elaborado para esse fim podiam ser dadas optando-se por uma das seguintes:

- a) Praticamente indispensáveis,
- b) dispensáveis, mas altamente desejáveis, se disponíveis,
- c) não essenciais.

As respostas recebidas de vários pediatras revelaram que somente um deles considerava essenciais as chupetas; outros seis as consideravam desejáveis. Portanto, a grande maioria apresentou votos contrários à necessidade de tais objetos.

Esses eminentes especialistas médicos, num esforço para contribuir na solução do problema, sugeriram um substituto que, nestas circunstâncias anormais da guerra, poderia ser usado para compensar a falta de chupetas:-- quase unanimemente, os especialistas, quando indagados sobre um possível substituto para a chupeta, colocavam expressivamente o polegar na boca".

Comenta, então, o referido editorial (60):

"A média dos médicos conhece clinicamente muito pouco sobre hábitos bucais como fatores etiológicos de maloclusões dentárias, porque nunca lutou, por meses e meses, para tentar corrigir as anomalias decorrentes. Esse gesto brincalhão dos médicos com o polegar na boca, todavia, tendo recebido publicidade de âmbito nacional, não deixará de ter repercussões no pensamento das mães da jovem América".

E acrescenta:

"Para os que estão acostumados a arriscar uma estimativa em relação à futura tendência das coisas (dos fatos), parece razoável supor que a prática ortodôntica deverá sofrer uma acentuada demanda lá pelos anos de 1947 a 1951, simplesmente porque os médicos, com o polegar na boca, deram sinal verde a, pelo menos, uma das coisas conhecidas como causa local de maloclusões. Este sinal aberto, acompanhado de larga publicidade nacional, retratando médicos com o polegar na boca, daria um bom documentário cinematográfico para ser usado no ensino de estudantes de medicina, apontando-lhes o muito que se tem a aprender através da literatura científica ortodôntica, que todo o jovem médico deveria conhecer".

Em 1944, BLACKERBY (10), num artigo bastante objetivo sobre o hábito de sucção de polegar, descreve, entre outras coisas, a mecânica de ação desse comportamento e seus efeitos. Lembrando SWINEHART (76), a quem já nos referimos, esse autor (10) salienta os principais tipos de forças implicadas na execução do referido hábito, quais sejam:

- a) a força passiva do dedo colocado entre os arcos,
- b) a contração anormal das bochechas contra os setores laterais dos arcos,
- c) a pressão muscular anormal da polpa digital contra o palato.

E prossegue:

"Embora a etiologia ou origem específica do hábito não seja totalmente entendida, sua influência adversa sobre o desenvolvimento dos arcos dentários e a regularidade dos dentes parece estar bem estabelecida".

Passa, depois, a citar as opiniões de vários autores, aos quais também nos referimos aqui, tais como JOHNSON (34) e (35), LEWIS (46) e (47), WOODCOCK (63), TEUSCHER (77) e outros, todos unânimes em afirmar, de uma forma ou de outra, a validade de se considerar os hábitos como fatores etiológicos prováveis no estabelecimento de maloclusões das mais diversas.

Em suas conclusões, BLACKERBY (10) comenta ainda:

"A prevalência do hábito de sucção de polegar na infância e meninice, e os efeitos potencialmente nocivos do hábito, se prolongado, são de suficiente importância para justificar cuidadosa consideração dos pediatras, psicólogos, dentistas e dos profissionais de saúde pública".

Resumindo, a sua opinião é de que a sucção de polegar pode ser responsabilizada como provável causa de irregularidades dento-maxilo-faciais, bem como pode estar associada a outros hábitos. Concorda com SWINEHART (29), admitindo a possibilidade de esse hábito ser também causador de certos distúrbios do sistema nervoso.

Em 1946, HARTSOOK (28) faz várias observações, baseadas em considerável literatura, sobre o problema da respiração bucal e sua relação com a oclusão. Afirma ele a existência de autores que consideram a ausência de adequada função nasal como prejudicial ao desenvolvimento facial, causando deflexão do septo, palato profundo e ogival e uma hipertrofia da porção anterior da maxila.

Há quem julgue - afirma HARTSOOK - serem meras especulações as conclusões de que as adenóides e a respiração bucal interferem direta ou indiretamente no crescimento dos maxilares, ocasionando frequentemente maloclusões associadas à contração palatina ou arcos estreitados.

E prossegue HARTSOOK (28):

"De um exame de literatura, tem-se a impressão de que algumas das teorias a respeito da maneira pela qual a respiração bucal pode afetar o crescimento e desenvolvimento dos maxilares não merecem séria consideração".

Passa, depois, a comentar:

"A compressão mecânica da maxila (ao lado de seu crescimento e desenvolvimento normais) e a compressão do palato para cima, acompanhados de uma deflexão do septo nasal, tudo isso em decorrência da simples pressão das bochechas, constitui-se numa teoria de difícil aceitação - sem prova científica. Igualmente sem valor se torna a opinião de que uma corrente de ar penetrando pela boca, em vez de o fazer pelo nariz, - pode forçar o palato para cima".

"Outra explicação plausível para a influência da pressão sobre a modelagem óssea dos maxilares, sugere que a habitual abertura da boca - produz uma pressão anormal sobre os dentes e as laterais dos maxilares, possivelmente através de uma ação de contacto das bochechas e lábios, - produzida pela depressão da mandíbula ou pela ação direta dos próprios músculos. Tal ação muscular somada à ausência da pressão reativa da língua, quando a boca se acha aberta, pressionaria a maxila. É bem possível que a pressão muscular lateral pudesse exercer uma influência definida sobre o crescimento ósseo, se fosse suficientemente forte. Na falta de conhecimento concreto (o grifo é nosso), uma questão se levanta: pode ou não a respiração bucal produzir uma força externa, lateral, suficiente para exercer tal controle mecânico sobre o crescimento dos arcos?"

"Outra teoria - diz o mesmo autor (28) - propõe que a respiração bucal habitual pode interferir tão seriamente na adequada função mastigatória, que passa a haver uma redução acentuada do estímulo funcional, necessário para o crescimento e desenvolvimento dos maxilares".

Segundo HARTSOOK (28), contudo, há vários pesquisadores do setor médico-odontológico que, baseados em estudos mais sérios, não concordam com a teoria que considera a respiração bucal como um fator etiológico primário de irregularidades maxilo-dentárias. (o grifo é nosso). E exemplifica:

"McKenzie examinou 222 casos de adenóides no Hospital de Ouvido e Garganta de Londres. Seu principal objetivo era o de obter evidência pró ou contra a idéia de que a amamentação artificial pode afetar a forma do palato. Todavia, acidentalmente, ao lado desse propósito real, es

se pesquisador verificou que mais de 40% das crianças com adenóides tinham conformação palatina normal, e que ocorriam palatos anormais em crianças que jamais tiveram adenóides".

Continuando em sua revista da literatura, HARTSOOK afirma:

"Huber & Reynolds, em 1945, num estudo dento-facial de 500 estudantes universitários masculinos, encontraram 27 respiradores bucais (5,4%). As oclusões dentárias deste grupo de respiradores bucais obedeciam à seguinte distribuição: Um indivíduo normal; 16 com maloclusão Classe I; 8 com Classe II e finalmente 2 com Classe III. De tais dados, foi concluído que a respiração bucal não está limitada a um tipo particular de oclusão, mas sim, bem distribuída entre todos os tipos". E prossegue o mesmo autor (28):

"Howard, insatisfeito com a tendência de se aceitar ensinamentos desprovidos de respaldos científicos, estudou 500 pacientes com amigdalite, do Good Samaritan Hospital, em Atlanta, Georgia. Dentro desses casos foram identificados grupos nas seguintes situações: casos já operados (amigdalectomia e adenoidectomia); casos de respiradores bucais e casos de desvios septais. Dos 159 respiradores bucais encontrados, somente 22 (13,9%) apresentavam Classe II, divisão 1 (Angle), o tipo de maloclusão comumente associado à respiração bucal. Quarenta e quatro (59,1%) apresentavam maxilares normais, arcos normais e oclusão normal. Os restantes 43 casos (27,1%) foram divididos entre maloclusões Classe I de causas locais, Classe I com deficiente crescimento dos arcos e casos de Classe III".

"Esses resultados -- diz HARTSOOK -- de um trabalho cientificamente conduzido, apresentam evidência estatística de que o hábito da respiração bucal não é um fator primário na produção de maloclusões dos dentes".

Quanto aos efeitos de hábitos de deglutição atípica, GLASER (23) analisa:

"Um cuidadoso estudo do comportamento da língua revelará que ela atua, por ação do simpático, com os lábios e parece estar quase inteira-

mente sob o controle de sua atividade (do Sistema Nervoso Simpático). Exemplos de tal controle parecem ser muito bem evidenciados pelos diferentes modos de deglutição. Há duas maneiras de deglutir: uma com os dentes em oclusão (cerrados) e outra com os dentes "afastados". No caso de se ocluírem, os lábios também se cerram e cooperam com o ato. Obedecendo ao sistema nervoso simpático, a língua vem para sua posição normal de anteparo para os dentes e tecidos vizinhos. Se, contudo, os dentes não se acham em oclusão, o lábio inferior coopera com os incisivos superiores, e a língua não estará suportando a pressão como o faria se estivessem os dentes ocluídos".

A maneira particular pela qual o lábio inferior age em conjunto com os incisivos superiores determina, segundo GLASEN, uma Classe II, div. 1 ou uma Classe II, div. 2.

Em 1946, HIX (69) publica um artigo abordando o problema da deglutição atípica e suas relações com as posições dentárias. Faz minuciosa explanação do mecanismo da deglutição normal, antes de analisar os desvios dessa função, o que se nos parece de interesse transcrever abaixo:

"A deglutição é uma função de importância biológica primordial e, evolutivamente, precedente à função mastigatória. Precisamos deglutir o alimento para viver, embora não precisemos necessariamente mastigá-lo".

"Suponhamos que não haja alimento nem bebida para serem deglutidos e que a deglutição se processe meramente para drenar a naso-faringe e para umidecer e refrescar a mucosa buco-faríngea. Tal ato, dissociado da ingestão de alimentos ou bebidas, pode-se chamar de deglutição refrescante ou deglutição básica e pode sofrer modificações quando envolver a ingestão de sólidos e líquidos".

"Uma vez que a onda de movimentos segue rapidamente além das vizinhanças dos maxilares, apenas uma breve descrição dos movimentos iniciais é tudo o que nos concerne".

Inicialmente -- salienta o autor (69) -- os lábios justapõem-se "e

o palato mole abaixa-se e sua parede póstero-superior torna-se um teto oblíquo e tenso. A cavidade nasal posterior é fechada pela aproximação das paredes do istmo naso-faríngeo. Há, conseqüentemente, uma momentânea cessação do ato respiratório e os dentes inferiores são trazidos para cima, para contactarem oclusalmente com os superiores".

"Agora, como as estruturas estão assim preparadas para o ato de deglutição, a língua, com auxílio de seus músculos intrínsecos e extrínsecos, acha-se "espalhada" e elevada, e suas partes laterais e anterior roçam as faces linguais dos dentes ocluidos e suas estruturas de suporte. Todo o dorso da língua permanece em contacto com o palato. Posteriormente o dorso forma um selamento contra o palato mole.

Ocorre, então, uma súbita e relativamente forte contração dos milo-hioídeos, no assoalho da boca, o que "suga" fortemente a língua estendida contra os dentes e o palato. Toda a saliva coletada sobre a língua é empurrada para atrás forçando sua passagem pelo istmo das fauces".

"Quero frisar - diz o autor (69) - que a língua "espraiada", sugada com alguma força pela contração dos milo-hioídeos, está operando dentro de uma rígida câmara formada lateral e frontalmente pelos dentes ocluidos e seu osso de suporte. A câmara é coberta pela abóboda palatina óssea e, posteriormente, pelo tenso e inclinado palato mole. A língua trabalha melhor numa cavidade rigidamente selada, e deve-se mencionar aqui que com os dentes ocluidos a formarem as paredes laterais e anterior, os lábios e bochechas não se tornam particularmente ativos. Não há necessidade de estarem" (O grifo é nosso).

"Quando se mastiga e angole alimentos fibrosos, as ações já descritas ocorrem com mais vigor. A fração finalmente dividida e ensilavada é separada e levada ao dorso da língua, que se torna côncavo para sua recepção; periodicamente, uma poderosa contração dos milo-hioídeos atua sobre a língua espraiada e sua rígida câmara, impelindo o bolo alimentar para atrás. Aquela fração alimentar ainda não suficientemente mastigada é, simultaneamente, separada e apreendida pelos dentes em oclusão e pela pressão das bordas da língua contra os dentes. Um pouco dessa porção pode permanecer no sulco vestibular. Os lábios e bochechas,

no momento da deglutição, não estão em estado ativo, tendo porém, participação anterior na apreensão e orientação do alimento, enquanto estava sujeito à mastigação" (O grifo é nosso).

RIX (69) descreve, a seguir, o que ocorre com respeito à deglutição de alimentos liquefeitos:

"Uma importante, porém disfarçada, modificação na posição dos dentes ocorre quando se deglute sucos e alimentos moles e elaborados. Por exemplo, após uma pera madura ter sido parcialmente dividida pelos dentes, seu succo é sugado e deglutido sem haver contacto oclusal entre os dentes superiores e inferiores. A língua, nessa situação, não funciona circunscrita pela costumeira câmara. Sua periferia entra em contacto com as bochechas e lábios, onde as porções restantes da pera estão depositadas. Em vez de as laterais e frente da câmara serem formadas pelos dentes em oclusão, seu lugar é tomado pelos lábios e bochechas, cujos músculos se contraem para reconstituir uma rígida, porém maior cavidade, na qual a língua possa atuar eficientemente. Essa modificação do ato básico da deglutição é frequentemente evocada durante o decorrer de uma refeição constituída de sucos ou alimentos moles".

E prossegue RIX:

"Para retornar à deglutição básica, há crianças que invariavelmente desempenham esse ato de maneira diferente daquele já descrito. Há provavelmente, muitas variações, porém descreverei uma que ocorre frequentemente. É realmente semelhante à modificação do ato básico, que se processa para a deglutição de sucos e alimentos elaborados.

A essência da diferença entre a deglutição básica e a deglutição atípica particular, que espero demonstrar, é o fato de os dentes não se acharem em oclusão. O espraiamento e sucção que a língua processa, coloca sua periferia entre os dentes que não se contactam e chega a tocar as bochechas e os lábios.

Para se conseguir criar uma cavidade com paredes firmes, os músculos dos lábios e bochechas são colocados sob tensão. Com um pouco de prática, pode-se dizer se os dentes estão cerrados ou separados durante

o ato da deglutição...."

Observa o autor que sempre que se nota um aumento de atividade dos lábios durante a deglutição, pode-se considerar tal fenômeno como sinal de que o ato se processa sem haver contacto oclusal dos dentes.

A seguir, fazendo alusão a livros de texto ortodônticos que tratam do problema dos hábitos, o autor comenta que é comum encontrarmos -- referências a casos de crianças que exibem contração do mentalis, causando "cavinhas" no queixo e alguma retração do lábio inferior. "Os livros -- diz RIX -- afirmam que, nesses casos, há estreita associação com irregularidades na região dos incisivos mandibulares". E assevera:

"Penso que, na realidade, este é um sinal de deglutição atípica e não deveria ser considerado como um detalhe à parte, uma vez que não o tenho observado exceto em associação com deglutição atípica".

Antes de revelar alguns dados obtidos da observação clínica sobre a questão, RIX justifica sua preocupação com o assunto:

"A deglutição é um fenômeno tão frequentemente repetido, que deve haver alguma justificativa para considerar que um desvio do normal -- possa produzir efeitos sobre a forma dos maxilares e arcos".

"Minha atenção -- completa -- dirigiu-se de início à possível importância do ato de deglutir, há muitos anos atrás, quando revia um caso em tratamento ortodôntico que respondia muito mal à terapêutica, causando até ansiedade. Observei então que tal paciente não contactava os dentes ao deglutir. Isso me levou a uma investigação sobre o referido -- problema, em todos os casos que procuravam tratamento ortodôntico".

Finalmente, RIX comenta uma observação que levou a efeito junto a um grupo de 93 crianças escolares, entre 7 e 11 anos, enumerando uma série de anomalias relacionadas com a oclusão, supondo-as provenientes da deglutição atípica. Como ponto de partida, considera que suas observações mostraram-lhe que aproximadamente 65% dessas crianças apresentavam deglutição atípica.

Dentre essas crianças, que apresentavam irregularidades no ato -- de deglutição, verificou alta prevalência de arcos maxilares diminuídos,

cruzamentos dentários posteriores, ambos os arcos (maxilar e mandibular) subdesenvolvidos, porém a maioria exibindo relacionamento ântero-posterior normal dos arcos dentários.

BALLARD (8), embora não se referindo ao problema específico dos hábitos, exprime opinião de que "toda a literatura que discute os fatores determinantes do crescimento ósseo, usualmente chega à conclusão de que, embora a evidência seja inconclusiva, os principais fatores são hereditários". A seguir, escreve:

"... parece que o fundamento de toda essa discussão sobre a falta de uso dos maxilares é a idéia errada de que o crescimento e o tamanho do osso devem estar em alguma razão direta com a magnitude das forças aplicadas a ele (osso) e à frequência dessas aplicações; assim considerando, é mais provável que haja uma larga faixa de atividades dentro da qual o crescimento processar-se-á de uma maneira perfeitamente normal, requerendo um excepcional grau de falta de uso, uma quase inércia total, para chegar a afetar o crescimento dos ossos em questão".

E salienta:

"Por outro lado, nenhuma soma de exercício poderá induzir qualquer parte do esqueleto a crescer além dos limites para os quais foi congênitamente (geneticamente) determinado".

Como se pode notar, tais conceitos emitidos há mais de quarenta anos, embora contem com a adesão de muitos estudiosos de hoje, parecem entrar em choque frontal com o que se lê e se depreende de vários trabalhos que evidenciam a ação de forças modificadoras do padrão morfo-genético dos ossos maxilares e mandibular, como por exemplo, as forças decorrentes de hábitos bucais e posturas viciosas, para não falarmos de uma série de outras.

GWYNNE-EVANS (27) defende o ponto de vista de que os padrões de crescimento dos maxilares (osso basal), "são pré-determinados geneticamente e são inalterados por quaisquer desses defeitos funcionais (hábitos), porém quando há persistência de sucção de polegar, pode ocorrer profundo distúrbio no padrão dento-alveolar", (O grifo é nosso).

E frisa:

"Em respiradores bucais, todavia, temos verificado que o padrão dento-alveolar não é necessariamente afetado, a menos que estejam presentes outras anomalias do comportamento muscular, que possam ser reconhecidas clinicamente como características residuais do padrão de sucção".

MOORE et alii (62) efetuaram interessante trabalho experimental com macacos (Macaca mulatta), para verificar efeitos do hábito de sucção do dedão e, dentre outras observações, afirmam:

"Alguns pesquisadores têm garantido que os efeitos da sucção de polegar estão limitados aos dentes e processo alveolar e que, analogamente, as forças ortodônticas corretivas produzem efeitos somente sobre essas áreas. Outras pesquisas clínicas e de laboratório (que utilizam animais), têm demonstrado que a aplicação de forças extrínsecas aos dentes resulta em relações espaciais alteradas, não só entre os dentes e estruturas contíguas de suporte, como também entre ossos da face e crânio".

Na discussão dos resultados, esses autores esclarecem:

"Fica claro, neste estudo, que a sucção de dedo produz efeitos significativos sobre o padrão de crescimento e a resultante morfologia facial do macaco. Durante o período de sucção, o esqueleto facial cresceu predominantemente numa direção para frente. Após a interrupção do hábito, houve uma rotação para baixo e para trás de todo o complexo maxilar, executada por ajustes compensatórios no sistema de suturas circum-maxilares. A presença da sutura prémaxilo-maxilar (no macaco), permitiu uma adaptação independente da pré-maxila" -- (Produziu mordida aberta anterior).

E prosseguem:

"A mais notável descoberta desse estudo foi o grau de adaptação que ocorreu com a sutura ptérigo-maxilar. Outros pesquisadores têm documentado modificações semelhantes ocorridas em função da aplicação de forças ortodônticas; uma remodelação, por reabsorção nas regiões sujei

tas a pressão e uma aposição óssea nas regiões sob tração, é pois característica da adaptação de articulações fibrosas diante de forças extrínsecas aplicadas, tanto mecanicamente como biologicamente. Os dados histológicos do presente estudo confirmam que o efeito da sucção de polegar sobre o crescimento facial é mais extenso do que tem sido registrado e relatado". (O grifo é nosso).

E salientam, ainda, esses pesquisadores (62):

"Pode-se fazer a consideração especulativa de que a área de ajuste oferecida pela sutura premaxilo-maxilar, no macaco, reduziu o nível de resposta na sutura ptérigo-maxilar. A falta de evidência da sutura premaxilo-maxilar nos humanos, provavelmente resulta numa aplicação mais direta de força à sutura ptérigo-maxilar. Portanto, no homem, seria de se esperar um maior grau de resposta adaptativa desta região à alteração do equilíbrio funcional".

Eis uma questão abordada com muita propriedade e originalidade por tais autores e que, a nosso ver, merece consideração do ortodontista ao cuidar de casos envolvidos em problemas de hábitos.

Quanto aos tipos de anomalias causadas por hábitos de sucção de polegar, IZARD (30) distingue "tres grupos sintomatológicos, segundo o mecanismo patogênico:

- 1ª) Por simples interposição e leve sucção"
- 2ª) Por interposição, com forte sucção
- 3ª) Por pressão ou tração"

E explica:

"Sob a primeira condição, o dedo age sobretudo pelo seu volume. Constitui um obstáculo mecânico que se interpõe à oclusão dentária, impedindo a erupção dos dentes ou provocando sua intrusão se já estiverem irrompidos. Pode produzir então uma abertura da mordida na região incisiva.

Debaixo da segunda condição, a intensa ação dos músculos lábio-faciais geralmente produz língua-versão dos dentes posteriores acompanhada de uma ligeira "endo-alveolia" (contração).

Sob as condições citadas em terceiro lugar, o dedo introduzido na cavidade bucal exerce sobre suas estruturas uma força de pressão ou tração. Se isso se produz ao nível de uma só arcada, em geral a maxilar, a deformidade que disso resulta é uma "pró-alveolia" superior anterior. Conseqüentemente, ocorre uma inclinação lingual dos incisivos mandibulares".

IZARD afirma que aqueles que consideram inexistentes as deformações provocadas por hábitos, geralmente fornecem como argumento central o fato de que nem sempre o hábito é seguido de anomalias estruturais. Segundo esse autor (30), tais deformidades realmente não podem ocorrer, a menos que coexistam duas condições:

"a) O osso deve apresentar uma maleabilidade particular, devida a uma calcificação defeituosa desse tecido. Os estados raquíticos constituem o terreno favorável por excelência".

"b) A ação deve ser bastante prolongada" (O que segundo diz, é, de per si, uma das características dos hábitos infantis, sem a qual tais atos não chegariam a se configurar como hábitos).

E finalmente friza:

"Convém notar que os fenômenos histológicos envolvidos são aqueles da modelagem óssea, por reabsorção e aposição".

Para SCLARE (21), a onicofagia (hábito de roer unhas) não representa um fator muito nítido, nem potente, na produção de maloclusões, em comparação com outros hábitos. "Contudo -- diz ela -- pode impedir o bom sucesso de um tratamento ortodôntico ou pode mesmo ser responsável pela recidiva de um caso, após corrigida a maloclusão".

Esta opinião coincide com a de MAGGLEN & CHOPRA (53), que afirmam:

"Alguns desses hábitos (como a sucção de polegar), têm-se mostrado como nocivos ao desenvolvimento das dentições mista ou permanente, enquanto outros (isto é, a onicofagia) não são tão perigosos. Os hábitos de morder os lábios ou as unhas, frequentemente interferem na

erupção normal dos dentes e no estabelecimento da oclusão".

E acrescentam:

"Todavia, os hábitos de sucção têm sido frequentemente implicados como fatores que podem causar maloclusão dos dentes em crianças ... Tem-se estabelecido clinicamente, e geralmente aceito, que a sucção de polegar e outros dedos pode ser um importante fator na produção de maloclusões, particularmente durante a erupção dos incisivos permanentes". (O grifo é nosso).

"O efeito específico de sucção de polegar dependerá largamente de:

- a) Estágio de erupção dos dentes
- b) Vigor (intensidade) do hábito de sugar
- c) Duração do hábito de sucção
- d) Maneira de sugar os dedos".

KLEIN (39) é outro autor que considera toda e qualquer pressão, intermitente ou contínua, produzida por hábitos, como fatores que realmente concorrem para o advento de maloclusões. Para reforçar sua assertiva, cita, como exemplos de deformidades causadas por hábitos, as pernas tortas dos vaqueiros e os pés reduzidos de algumas das mulheres chinesas que, antigamente, submetiam-se ao costume de calçar sapatos metálicos.

E salienta em seu trabalho:

"Dentro os nocivos hábitos produtores de pressão figuram a sucção de polegar, de língua, de lábio, de bochechas, de roupas, onicofagia, morder lábios ou língua, respiração bucal, bem como certos costumes de má-postura".

x Dissecando a atuação de cada um desses comportamentos, KLEIN -- prossegue:

1-- "Apoio da face sobre as mãos ou braços -- provoca movimentos dentários para lingual, principalmente na maxila. A mandíbula sofre menos o efeito dessas pressões, por ser dotada de mobilidade".

2- "Apoio do mento sobre as mãos - produz sobremordida, mordida cruzada ou pode forçar a mandíbula a uma posição de retrusão típica de uma Classe II, dependendo da situação de comodidade obtida pelo indivíduo".

3- "Hábito de roer unhas - causa movimentos dentários que os deslocam do alinhamento correto, abrindo espaços e levando até mesmo a mandíbula a posições anormais".

4- "Sucção de polegar - pode levar a um estreitamento da arcada dentária maxilar, protrusão dos incisivos maxilares, inclinação lingual - dos incisivos mandibulares, chegando a favorecer uma relação tipo Classe II".

Quanto aos demais comportamentos que envolvem o uso da boca, corriqueiramente considerados como perniciosos à oclusão, KLEIN encara-os de maneira semelhante à apresentada pela maioria dos autores antes citados.

Confirmando o poder de ação nociva de pressões oriundas de certos hábitos, FLUHRER (20) escreve interessante artigo baseado na observação de crianças que costumam adotar má-postura ao dormir. Assim se expressa em suas conclusões:

- "Má-posturas durante o sono, nem sempre levam a anomalias dento-faciais. Há, provavelmente, numerosas crianças norte-americanas que habitualmente dormem em decúbito ventral e, contudo, jamais apresentaram maloclusões; o problema parece ir além da simples posição adotada no sono. Tentei mostrar que as estruturas ósseas respondem a estímulos de pressões. Todos os pesquisadores que me precederam constataram esse fato como real. Seus trabalhos mostram que tais pressões não precisam ser necessariamente contínuas. O osso realmente se modifica mediante pressões intermitentes, porque os osteoclastos e osteoblastos continuam trabalhando após cessada a pressão. Isso foi demonstrado por Oppenheim e outros pesquisadores. As células ósseas continuam trabalhando durante, pelo menos, quatro dias, o que significa que pressões fisiológicas suaves, aplicadas durante doze horas por dia, criarão atividade osteoclástica para quatro dias, sem necessidade de posteriores estímulos".

Essa observação, segundo FLUHREN, "é confirmada também por Ziebe, Merston e Brodie".

E prossegue:

"Não pode haver dúvida de que, desse modo, muitos outros fatores etiológicos podem figurar nesse quadro. A criança poderá dormir em decúbito ventral somente por algumas horas durante a noite e pode apoiar o mento sobre as mãos por algum tempo durante o dia. Isso totalizaria -- umas oito ou dez horas no dia, o que seria tempo suficiente para a proliferação dos osteoclastos e osteoblastos, promovendo modificações ósseas nas estruturas dento--faciais".

E nos parece argumentar muito bem:

"Se o costume de dormir em decúbito dorsal causa um achatamento dos grandes e densos ossos do crânio, que se ossificam mais precocemente, é bastante razoável admitir que o mesmo suceda com a face, cujos ossos crescem tres vezes mais do que os do crânio. Além disso, a face não cumpre a tarefa de proteger o cérebro contra injúrias como o faz o crânio. Ela cresce rapidamente enquanto o crânio o faz com lentidão e, mesmo assim, o crânio se achata quando se dorme sobre ele".

Conclui essa linha de pensamentos com as palavras que se seguem:

"Isso é geralmente admitido; portanto, de uma maneira geral, deve ser concluído que quaisquer pressões deveriam ser afastadas da face. Muitos outros fatores etiológicos, em conjunção com tais hábitos de -- pressão, podem figurar no quadro final da maloclusão. Suponhamos que a criança apresente hábitos de pressionar a face, porém seus ossos estejam suficientemente fortes, em função de uma boa calcificação e de uma saúde perfeita, que os tornem resistentes a deformidades. A partir de -- um dado momento, surge uma enfermidade e a criança se enfraquece: os minerais são retirados dos ossos para suprir as necessidades dos tecidos moles e, em poucos dias, as pressões começam a moldar os ossos em sua -- nova forma. Suponhamos que a moléstia tenha tido longa duração; então, conseqüentemente, a cadeia de fatores etiológicos conduz a severas mal-- formações aqueles ossos que um dia foram perfeitos. Hipotiroidismo, os-

corbuto, raquitismo, deficiências de nutrição e outros distúrbios endócrinos são fatores etiológicos altamente potentes que, em conjunto com hábitos de má-postura, produtores de pressões, figuram entre as mais importantes causas das anomalias dento-faciais, inclusive causando recidiva em casos já tratados".

Após uma série de observações a respeito do assunto, o autor (20) conclui serem os hábitos geradores de pressões, eficientes fatores etiológicos de anomalias dento-faciais, mesmo que as pressões exercidas sejam esporádicas ou intermitentes. Mostra, pois, um ponto de vista divergente daquele apresentado por GRABER (25), IZARD (30), MASQUELÉ e CHOPIRA (56), GUYNNE-EVANS (27), e tantos outros, que somente admitem a ação nociva dos hábitos desde que suas pressões sejam exercidas por longo tempo, com muita intensidade e frequência.

FLUHREN (20) encerra, alertando:

"As pressões decorrentes de mecânica ortodôntica são muito menores do que aquelas às quais se sujeita a face durante o sono, quando apoiada irregularmente; portanto, essas pressões devem ser prejudiciais e precisam ser evitadas antes que um caso crônico, que não responde ao tratamento, seja considerado sem esperança".

LAVES (42) é outro pesquisador que integra a fileira dos que asseveram serem os hábitos importantes fatores etiológicos de maloclusões afirmando que "uma pesquisa da literatura odontológica sobre a questão comprova isto, acima de razoáveis dúvidas". E diz mais:

"Uma soma de evidências tem sido útil para provar que a sucção de polegar, por exemplo, é capaz de provocar, em casos realmente numerosos, maloclusões cujos resultantes desequilíbrios afetam a função mastigatória, causando um provável aumento de susceptibilidade à cárie e infecções gengivais".

Num sentido mais amplo, isto é, não se limitando às estruturas bucais, GRUNSPUN (26) analisa os efeitos do hábito de sucção de dedos 1º) sobre a criança, 2º) sobre os pais e 3º) sobre o meio ambiente.

Inicia esse capítulo de seu livro com as seguintes palavras:

"De regra, o distúrbio não é considerado grave. Nas culturas primitivas não há preocupação frente ao sintoma. Em todos os séculos, grande número de pintores apresentaram crianças com o dedo na boca para expressar candura infantil. Só a partir do século XIX começaram a surgir problemas em torno do sintoma".

Como psicólogo que é, GRUNSPUN analisa esse comportamento sob outro prisma. Todavia, quando descreve os efeitos desse hábito sobre a criança, admite a possibilidade de "deformações da anatomia bucal" além de irritação e infecção do dedo, e introdução de germes na boca, levando a infecções gastro-intestinais. Quanto aos aspectos referentes à sua especialidade, assevera que "não podemos determinar efeitos nocivos na área psicológica". Essa afirmativa decorre da própria maneira como o fenômeno é considerado pela psicologia: o hábito não é uma entidade mórbida; é um sintoma.

GRUNSPUN deixa transparecer que considera razoável a opinião dos dentistas ao atribuírem a esse hábito algumas "deformidades ortodônticas", principalmente em crianças que o praticam após os seis anos de idade. Porém, afirma:

"A criança que chupa dedo depois dos seis anos, raramente apresenta este único problema, mas terá problemas de personalidade, e o dentário seria de importância secundária".

Atribui maior importância aos efeitos que provocam sobre os pais, dizendo que "frequentemente constitui fonte de ansiedade, fato que se reflete em mau ajustamento da criança. A ansiedade dos pais liga-se mais ao significado psicológico do hábito, por terem ouvido ou lido que a sucção do polegar significa que a criança é insegura, não tendo suas necessidades satisfeitas, por isso, podem sentir-se culpados e serem levados à ansiedade".

Quanto aos efeitos do hábito sobre o "meio ambiente", GRUNSPUN faz os seguintes comentários:

"O efeito da sucção do polegar sobre outras crianças e sobre os adultos são muito importantes para o mundo infantil. Parentes, especial

mente avós, podem expressar desaprovação, sentindo-se a criança criticada. A reação de outras crianças pode ter conseqüências piores do que as críticas dos adultos. Isto, especialmente quando a criança começa a vida escolar. Muitas conseguem, com esse conflito, interromper o hábito durante as horas escolares, mantendo-o, porém, em casa. A conservação do sintoma durante a idade escolar deverá levar a uma atitude terapêutica mais enérgica, pois seu significado é de maior gravidade".

No setor da odontopediatria, FINN (19) e McDONALD (69), muito conhecidos entre nós, pela divulgação que tiveram suas obras dentro do ensino odontológico, demonstram também séria preocupação pelos efeitos dos hábitos bucais sobre a oclusão dentária. Apresentam ambas opiniões semelhantes e concordantes com as mais conhecidas nos meios ortodônticos.

Um artigo publicado pelo Journal of Dentistry for Children (68), sob a forma de editorial, analisa com minúcias os efeitos da respiração bucal:

"1) Permanecendo os incisivos mandibulares afastados dos superiores, a língua encontra possibilidade de se apoiar contra os incisivos superiores. Os lábios afastam-se dos incisivos, deixando de exercer sua função constritora sobre eles, não oferecendo oposição à ação da língua. Como resultado, os incisivos, principalmente os superiores, são empurrados para labial".

"2) À medida que os incisivos superiores são protruídos labialmente, o lábio superior é deslocado para cima, dando a impressão de encurtado, enquanto expõe esses dentes. Em muitos casos, o lábio se apresenta com tamanho normal, porém, hipotônico. Se o lábio superior for realmente curto, os efeitos são severos".

"3) O lábio inferior encontra uma posição de conforto por trás dos incisivos superiores, perpetuando e acentuando então a protrusão".

"4) Uma vez que os segmentos posteriores do arco não estão em oclusão, a musculatura vestibular (bochechas) permanece oferecendo pressão sobre o arco maxilar, causando sua contração. Isso agrava a protrusão".

são dos incisivos superiores".

"5) A passagem do ar através da boca provoca uma leve xerostomia, acúmulo de debris e uma gengivite marginal hipertrófica ou papilar, nos segmentos anteriores".

"6) A respiração bucal resulta numa deficiência de filtração e umidificação do ar antes de adentrar os pulmões, podendo provocar, nesses órgãos, várias moléstias. Esses efeitos não encontram respaldo em dados clínicos objetivos. Contudo, um número significativo de casos tem apresentado redução de irritações brônquicas e alergias respiratórias, após correção da respiração bucal".

"7) Os efeitos bucais, dentários e respiratórios parecem ser muito mais severos na criança ectomórfica (leptoprosopa), com face estreita, do que na endomórfica (euriprósopa), com face larga".

Quanto aos efeitos dos hábitos linguais, o mesmo editorial (65) apresenta as seguintes considerações:

1) "Hábitos linguais e labiais são frequentemente considerados em conjunto, uma vez que as deformidades produzidas são semelhantes. Todavia, a protrusão dos incisivos causada por um hábito de interposição de língua é caracterizada pela posição e tonicidade normais do lábio inferior e ausência de contração do mentalis, enquanto que a protrusão incisiva, causada por um hábito labial, está acompanhada pela posição anormal do lábio inferior e somada a um mentalis tenso e contraído".

2) "Interposição de língua é o mais nocivo dos hábitos linguais e produz os efeitos mais severos; consistem de protrusão labial dos incisivos superiores permanentes, com diastemas, intrusão dos incisivos inferiores (não invariavelmente) e uma mordida aberta anterior acompanhada de fonação balbuciante".

Corroborando a opinião da maioria dos autores consultados, e contrariando o ponto de vista de muito poucos, esse editorial (65) considera os hábitos de morder (lápiz, lábio, mascar goma, e briqueísmo), como "não ofensivos à oclusão dentária, a menos que sejam praticados de maneira pervertida ou indevidamente intensa".

E continua:

"Atribui-se isso ao fato de, ao contrário dos hábitos de sucção que envolvem pressões perpendiculares ou oblíquas ao eixo longitudinal dos dentes, os hábitos de morder ou mascar produzem pressões que acompanham o sentido desse eixo", portanto mais compatíveis com a fisiologia. Assevera, contudo, que alguns hábitos intensos de morder lápis ou cachimbo podem afetar o periodonto, movimentando um ou dois dentes.

A inocuidade do hábito de roer unhas, para a oclusão dentária, -- também é defendida nesse trabalho (33).

Analisando os hábitos de deglutição atípica, BAGG (7) nos garante que seus efeitos não se limitam às alterações da posição dentária; -- podem afetar os arcos dentários. Segundo afirma BAGG, alguns autores encontraram esses resultados "como sendo principalmente um estreitamento do arco superior, frequentemente acompanhado de u'a maxila severamente contraída, com protrusão dos incisivos superiores, em relação oclusal aberta".

Outros, diz o autor (7) chegam a atribuir a tal hábito a forma -- ogival do palato e até mesmo um deficiente desenvolvimento do arco mandibular. Outros vão além, diz BAGG, chegando a sugerir, "como o faz -- Strang, que a língua pode ser forçada contra a superfície lingual da -- sínfise da mandíbula" e como resultado, "os músculos pterigoideos externos contraem-se e projetam a mandíbula para frente, ou para escapar à -- pressão lingual ou como ato muscular exagerado da deglutição atípica".
E conclui:

"Esta combinação de forças parece ser conducente ao envolvimento dos casos de Classe III (de Angle) e deveria ser considerada ao se estudar sua etiologia".

GRABER (24) considera os hábitos de sucção de polegar ou demais dedos como um aspecto normal do desenvolvimento para os 2 a 3 anos de -- vida. Sua experiência demonstra que, no grupo etário de 0 a 3 anos, os danos causados à oclusão por esse hábito, limitam-se geralmente ao segmento anterior, sendo temporários desde que as demais condições da oclu

são se aproximem do normal. Esse autor (24) comenta, a seguir:

"Isso é muito importante porque existe muita controvérsia sobre os possíveis danos que venham resultar de hábitos de sucção de polegar e outros dedos. Em razão da semelhança entre os efeitos desse hábito e a morfologia conferida por uma maloclusão hereditária Classe II, divisão 1, o dentista tem sido constantemente culpado por atribuir relações maxilares Classe II, excessiva sobremordida e sobressaliência ou mesmo contração dos arcos dentários à história de hábitos. Com toda a probabilidade, a configuração dos arcos dentários teria sido a mesma, se não houvesse qualquer história de hábito. Segundo nossa experiência, as crianças que interrompem a prática do hábito por volta do terceiro ano de vida, raramente provocam mais do que um aumento do "overjet" maxilar, somado a um concomitante espaçamento dos dentes incisivos maxilares e um achatamento do segmento mandibular anterior. Ocasionalmente, nota-se uma relação Classe II unilateral, que pode ser atribuída à influência do hábito, contudo não temos um único exemplo documentado de uma oclusão normal transformada numa verdadeira Classe II, bilateral, por força de um hábito de sucção de polegar, a despeito de sua possível severidade".

E afirma, porém:

"Teoricamente, tal situação seria possível, originada de uma relação "topo a topo" dos dentes posteriores, com o hábito agindo e modificando-a para um relação molar Classe II. Não registramos, porém, casos assim".

GRABER (24) atribui maior perigo aos hábitos que persistem após os tres anos de idade e salienta que, nessas condições, deixam de atuar somente as forças próprias do hábito, passando a ocorrer modificações do padrão de comportamento da musculatura peri-bucal, capaz de agir no agravamento ou manutenção das irregularidades da oclusão dentária. E, para confirmar o que diz, cita trabalhos de vários pesquisadores que registraram eletromiograficamente a atuação desses músculos, alterada em função da presença de hábitos bucais.

Numa clara confirmação desse ponto de vista externado por GRABER (24), encontramos várias descrições de maloclusões entre crianças e adolescentes com história de hábitos cuja prática se estende geralmente além dos três anos de idade. Um caso típico, que ilustra a importância da duração do hábito, mesmo daqueles que parecem inofensivos, é relatado por BERNSTEIN (9): Um hábito lingual quase imperceptível foi capaz de provocar deslocamento dos incisivos superiores, agindo durante cerca de seis anos, produzindo sobressaliência e diastemas.

Finalmente, apenas como curiosidade, achamos conveniente citar um exemplo de problema causado por um hábito que, embora incomum, serve para nos alertar sobre a grande extensão que pode assumir o estudo dos hábitos bucais: SORRIN (73) relata o caso de um paciente de 47 anos de idade com severas lesões periodontais localizadas em torno dos molares, acompanhadas de deslocamentos dentários. Após exaustiva anamnese, SORRIN acabou constatando que o fenômeno advinha de um hábito, ocupacional por assim dizer, de quebrar nozes com os dentes.

Passemos, em seguida, a analisar os conceitos formados em torno dos métodos terapêuticos e preventivos que visam a eliminar a prática desses hábitos. Vejamos o que estaria ao alcance da Odontologia nesse particular.

2-7 - TRATAMENTO DOS HÁBITOS - Considerações gerais

2-2 - TRATAMENTO DOS HÁBITOS -- Considerações Gerais

A controvérsia em relação ao problema dos hábitos, que podem afetar a oclusão dentária e demais estruturas da face humana, estende-se também em torno dos vários aspectos que envolvem o seu tratamento. Assim, discute-se muito sobre a conveniência dos procedimentos que visam eliminar esses comportamentos, sobre a ocasião mais oportuna das intervenções, sobre os métodos de tratamento e, finalmente, sobre as possíveis consequências indesejáveis dessas tentativas.

Como todo procedimento terapêutico, aqueles que se aplicam à eliminação dos hábitos indesejáveis são essencialmente individualizados. -- Pelo que se poderá depreender do exame da literatura, cada caso exige um tratamento específico, sobretudo na dependência de fatores psicológicos, ambiente familiar, idade cronológica e intelectual e condições sociais do paciente. E não há procedimento que, generalizado, possa surtir os efeitos esperados.

Assim é que, JOHNSON (34), em suas conclusões diz:

- 1) "O tratamento de hábitos, em geral, é um problema individual.
- 2) Para se motivar adequadamente a criança a deixar o hábito, requerem-se ingenuidade, prudência, personalidade, conhecimentos, simpatia e compreensão da parte do profissional.
- 3) Ameaças são geralmente infrutíferas como medidas motivadoras.
- 4) Recompensa ou punição devem ser diretamente associadas ao ato.
- 5) Excitação ou irritabilidade indevidas devem ser evitadas, uma vez que a eliminação de um hábito sempre envolve algum esforço emocional.
- 6) Deve-se ter a habilidade para, assim, instruir a criança naquilo que ela entende ser importante, e
- 7) Para conduzir adequadamente o trabalho de prevenção, o dentista deve estar preparado para controlar os fatores definidos do desenvol-

vimento de uma oclusão normal. Isso requer observação e orientação da criança desde o nascimento".

Em artigo especialmente dedicado aos problemas de tratamento de hábitos bucais anormais, TEUSCHER (77) conclui que:

1) "Uma abordagem simpática do problema da criança é melhor do que uma admoestação ou punição,

2) A meta deve ser a prevenção. Isto pode ser melhor obtido provendo numerosas e variadas experiências para a criança, (jogos, brinquedos, etc..)

3) Os pais devem adquirir mais conhecimento no campo do crescimento e desenvolvimento infantis, se quisermos tornar a prevenção uma medida geral. Os dentistas podem ajudar, apontando essa necessidade e orientando os pais na escolha de leitura sobre o assunto".

No decorrer de seu artigo, esse autor (77) afirma também o seguinte:

"Sou da opinião de que o auxílio do psiquiatra pode ser de real valor para o dentista, no tratamento de hábitos em crianças, mas, primeiramente, ele deve informar-se a respeito dos problemas odontológicos envolvidos. O dentista não deseja envolver-se com intervenções no desenvolvimento nervoso da criança, mas não pode ficar passivo enquanto a criança se entrega a um hábito que seja definitivamente prejudicial ao desenvolvimento de sua face e maxilares. É ainda mais difícil, para ele (dentista), permanecer calado quando ouve psiquiatras e pediatras admitirem que tais hábitos são manifestações de distúrbios nervosos e, em seguida, os perdoam".

Após analisar alguns procedimentos classicamente adotados por vários autores, TEUSCHER (77) diz:

"Dos vários tipos de tratamento sugeridos para a sucção de polegar, o uso de medicamentos amargos aplicados sobre o dedo, guarda-polegar ou talas para limitar movimentos do cotovelo, têm sido indicados com mais frequência. Os medicamentos detêm a criança somente por pouco tempo e portanto são pouco eficientes. Outros recursos, tais como o guar

da-polegar ou tala no cotovelo, interferem no uso normal das mãos e braços e seu emprego deve ser desaconselhado. O mais importante aspecto de qualquer tratamento está na aproximação feita, primeiro pelos pais e então pelo dentista. Se o dentista falha na obtenção de cooperação dos pais, ele pode fazer muito pouco. Por outro lado, os pais podem remediar a condição sem o auxílio do dentista.

Nunca devemos perder de vista o fato de que quando estamos lidando com crianças, estamos lidando com indivíduos; e, como tais, apresentam diferentes problemas. Em se tratando de hábitos tendemos a pensar e agir em função da sucção de polegar, ou interposição de lábio ou de qualquer outro tipo de hábito, em lugar de os considerarmos em termos de crianças individualizadas. Jamais devemos perder de vista o fato de que não estamos tratando do hábito, mas sim da criança portadora de um hábito. Se pudermos pensar nesses termos, teremos melhores oportunidades de alcançar sucesso nos tratamentos".

JOHNSON (34), refere-se a um método que apela para a consciência do paciente, no caso de criança não muito nova; consiste em fazer a criança repetir o hábito diante de um espelho. "Este método -- afirma o autor -- baseia-se na teoria de que, quando um hábito torna-se ato consciente, quebra-se automaticamente" E esclarece:

"Em sua aplicação, a criança deve ser retirada de seu brinquedo favorito, colocada de frente a um espelho e orientada a sugar o polegar enquanto observa a execução no espelho. Isso deve ser feito em presença da mãe e todo o procedimento deve ser conduzido de maneira séria. A extensão de cada período de exercício deve ser governada pela idade da criança. Uma criança aprenderá mais por meio de períodos longos de exercícios, a intervalos bem espaçados, do que por meio de tentativas curtas e constantemente repetidas".

JOHNSON (33), segundo JOHNSON (34), pondera:

"É bastante duvidoso concluir se obstáculos mecânicos sobre os dedos e braços ajudam, tanto quanto interferem, na eliminação de excessiva sucção de polegar. Parecem mais capazes de centralizar atenção da

criança sobre o braço e a mão, que são prontamente associados à resposta, servindo, portanto, como um estímulo. A restrição pode acentuar o desejo, pela contínua estimulação do braço e dedo e por interferir em outras atividades que poderiam substituir a reação de sucção. A criança frequentemente, passa a sugar a própria roupa ou a da cama, como substitutos. No início, os elementos emocionais parecem ser mínimos, mas, após o primeiro ano, a sucção de polegar torna-se prontamente uma atividade substituta, em situações que envolvem excitação emocional suave.

Com nutrição adequada e condições ambientais desejáveis para amplas coordenações musculares, é de se duvidar que ocorra excessiva sucção de polegar. Quando esse hábito se desenvolveu dentro de uma frequência esperada, o melhor método de tratamento seria dar menos atenção à reação em si e mais atenção ao fornecimento, à criança, de estímulos para outras atividades desejáveis".

Em outras palavras, JOHNSON (33) condena a mecanoterapia e aconselha a ludoterapia ou laborterapia que, mais apropriadamente, desviam a atenção da criança para outras atividades, fazendo-a esquecer-se do hábito.

Em casos de respiração bucal, JOHNSON (34) observa que, antes de qualquer providência terapêutica, convém constatar se realmente ela existe ou se o paciente apenas possui o hábito de deixar a boca aberta. Preconiza, como tratamento, exercícios respiratórios que ensinem ao paciente a permanecer com a boca fechada. E afirma: "É desaconselhável tentar a correção do hábito se a maloclusão estiver estabelecida, a menos que o tratamento ortodôntico tenha progredido até o ponto de o paciente conseguir cerrar os lábios, sem muito esforço".

Ainda para esses casos, o autor recomenda um expediente bastante prático, qual seja, a admissão de um pouco de água na boca, durante a leitura ou estudo. Isso obriga a criança a permanecer com a boca fechada, respirando pelo nariz; havendo protrusão dos incisivos maxilares, "devem ser adicionados exercícios para desenvolver as funções normais do orbicularis oris e do mentalis, músculos diretamente relacionados com esses dentes."

LEWIS (45), chegou à conclusão de que, no caso do hábito de sucção de polegar, os métodos psicológicos de tratamento parecem ser mais eficientes na produção de resultados permanentes, porém, admite também a eficácia dos métodos mecânicos em determinados casos; preconiza, como a maioria dos autores, o tratamento o quanto antes possível, isto é, durante a idade mais tenra. Após o tratamento do hábito, aconselha um período de observação da criança, como medida preliminar ao início de tratamento ortodôntico que vise a correção da maloclusão criada. Nesse período, que aconselha ser de um a dois anos, deve-se fazer modelos de observação periódica para detecção de possíveis modificações na maloclusão.

Esse autor (46) considera, pois, que a intervenção que visa a eliminação do hábito deve ser planejada e empreendida até a idade dos 3 ou 4 anos. E o período de observação posterior presta-se à verificação 1.) de uma possível autocorreção da maloclusão e 2.) do novo comportamento da criança frente ao hábito.

LEWIS (46), preocupou-se também em observar outros aspectos do problema. Sendo seu estudo dedicado às alterações da oclusão dos dentes decíduos, em função do hábito de sucção de polegar, procurou verificar o comportamento da maloclusão criada por esse hábito, após a eliminação do mesmo em várias idades. Concluiu, então, que de trinta casos de sugadores de polegar, apenas 9 apresentavam oclusão normal e tiveram o hábito eliminado antes dos 5 anos de idade. Vinte e quatro apresentavam maloclusão, sendo que, dentre estes, 9 casos sofreram correção espontânea. Desses 9 casos autocorrigidos, 8 tiveram o hábito eliminado antes ou em torno dos 5 anos e apenas 1 caso deixou o hábito após os 5 anos de idade.

Dos 15 casos restantes, que não sofreram autocorreção, 10 deixaram o hábito após os 5 anos, e os restantes 5 casos o deixaram naquela idade.

Esses dados, embora baseados no estudo de apenas 30 casos, nos dão uma idéia da necessidade de considerarmos, com seriedade, a conveniência de se procurar a eliminação do hábito de sucção de polegar. Tal-

vez essa preocupação não seja válida para todos os casos, em todas as idades.

O mesmo autor, constatou a eficácia comparativa de vários métodos utilizados junto à criança, para eliminação do hábito de sucção de polegar e notou que, aqueles que encerram apelo ao orgulho e à força de vontade da criança, produziram os melhores resultados em termos numéricos. Em segundo lugar, figuraram os métodos mecânicos, constituídos pela aplicação de obstáculos sobre as mãos, dedos e braços. A aplicação de medicamentos de gosto desagradável sobre o dedo ou a simples retirada do polegar, da boca, durante o sono, foram expedientes considerados como os menos eficientes.

Evidentemente, trata-se de eficiência em termos numéricos, não entrando o autor no mérito da eficiência dos resultados em relação ao comportamento da criança ou às consequências de tais procedimentos.

LEWIS (47), em outro artigo publicado em 1931, dedicado à análise de vários hábitos indesejáveis, que afetam a dentição decídua, chega às conclusões já por ele citadas em seu trabalho do ano anterior (46), apenas ressaltando que se deve reconhecer, em determinados casos, a conveniência do tratamento do hábito em concomitância com o da maloclusão. Assim como o faz em relação ao hábito de sucção de polegar, conclui que, também para os demais hábitos, as medidas psicológicas foram constatadas mais eficientes do que os procedimentos mecânicos.

O norte-americano NELSON (54), a respeito do tratamento, comenta:

✓ "A punição é, provavelmente, o método menos desejável, bem como o menos efetivo na eliminação do hábito da criança. Em raros casos pode surtir resultados. Mais frequentemente, é inútil e até mesmo nociva.

Uma recompensa pelo esforço de reprimir a prática do hábito é suficiente para induzir a criança a deixá-lo, porém, muitos dos hábitos estão demais fixados para que esse plano seja de valor".

Diz também que os obstáculos mecânicos usados como recursos para impedir que a criança leve os dedos à boca têm sido empregados com sucesso em crianças novas. Esse autor faz alusão à cinésioterapia, ou seja,

o treinamento muscular por meio de exercícios, para fortalecer os músculos enfraquecidos pela falta de uso, e proporcionar à criança uma atividade habitual mais salutar.

E, continuando, afirma:

"A velha idéia de "quebrar o hábito" tem sido substituída por métodos mais modernos de treinamento da criança".

A seguir, esse autor (64) lembra recomendações de DEARBORN, que se resumem em cuidados para, em primeiro lugar, prevenir a formação dos hábitos e, eventualmente, eliminá-los com todo o bom senso, evitando as tentativas de "quebrá-los" -- "para que não se quebre com eles o delicado equilíbrio nervoso neles envolvido".

Na opinião de NELSON (64), uma pessoa inteligente que tenta corrigir o hábito de uma criança, deverá primeiro buscar a causa desse hábito. Considera que, removendo-se o seu fator determinante, "pode às vezes sobrevir a cura do hábito".

Destaca, também, que "certos pais se tornam tão zelosos em seus esforços para corrigir o hábito que, chamando constantemente a atenção da criança, colocam-na no centro das atenções. Isso a criança logo percebe e passa a desfrutar da nova situação, encontrando nela um estímulo para continuar na prática do hábito. Recomenda-se, pois, dar pouca atenção direta ao hábito, que "precisa ser enfrentado de maneira mais sutil".

O médico e psicólogo de crianças, THOM (78), escreve:

"Há necessidade de tacto e ingenuidade e uma grande dose de bom senso para se procurar caminhos e meios de atacar esses problemas, de maneira indireta; isto é, de desviar a atividade da criança para outros canais, sem deixá-la perceber exatamente o que está sendo feito. Se as outras atividades forem cuidadosamente selecionadas, se interessarem à criança, verificar-se-á, logo, que os novos interesses suplantam os velhos e que o hábito indesejável não mais existe".

E, adiante, continua:

"De maneira a eliminar hábitos indesejáveis e formar outros que possam ser úteis à criança, é de suma importância encontrar um motivo -- para o abandono dos velhos hábitos e a aceitação dos novos; isto é, para substituir por alguma coisa o hábito rejeitado.

A idéia do novo hábito deve ser esclarecida na mente da criança. Deve parecer a ela como uma coisa possível de ser adquirida, e as vantagens a serem obtidas de seu desenvolvimento devem ser apresentadas de -- tal maneira que possa advir satisfação com a tentativa, bem como com a consecussão".

"Para se corrigir o hábito, diz WOODCOCK (83), fazendo alusão à opinião de BLATZ e BOTT -- podem ser eficientes certas medidas preventivas suaves, tais como retirar o polegar da boca da criança; mas as maneiras mais rigorosas de restrição, em forma de artifícios tais como luvas, talas, etc., são mais do que "questionáveis". Afirma WOODCOCK (83) que tais expedientes importam-se mais com as manifestações superficiais e não com as causas radicais dos hábitos; "não levam em conta as leis -- de formação e reformação do hábito e intensificam o interesse da criança pelo hábito. Mesmo que, em alguns casos, esses recursos modifiquem o comportamento, a ponto de eliminarem o hábito, é provável que este ocorra novamente sob alguma forma mais indesejável".

E prossegue, afirmando:

"A solução está em se substituir o hábito indesejável por algum comportamento mais adaptativo e interessante. Esse tratamento é positivo; não reprime a energia mas, sim, fornece novo canal para sua vasão. Em certos casos extremos, se por alguma razão os princípios científicos de correção do hábito não podem ser postos em prática, uma restrição -- parcial e temporária pode ser utilizada em crianças novas (bebês)".

Para o caso de crianças que já contam com certo discernimento, -- essa autora (83) considera válidas as medidas restritivas (luvas, talas, ataduras, etc.), com a ressalva de que só devem ser aplicadas com o consentimento da criança e mediante sua disposição em cooperar. E recomenda a grande parcela de tacto, da parte dos pais, no manejo de tais recursos.

sos.

Essa mesma autora, ressaltando a necessidade de maior aprofundamento na consideração de um comportamento, para que se possa alcançar os melhores resultados nas tentativas de sua modificação, salienta que o profissional deve esforçar-se em reconstruir, em sua mente, os tipos de laços estímulo-resposta (E-R) que se estabeleceram para formar o hábito. "Tendo isso como guia - diz WOODCOCK - podemos entrar no âmago de todo tratamento de comportamento, que é o processo de ligar insatisfação às respostas indesejáveis, trocando-as pelas satisfações" que geralmente as acompanham. E afirma:

"As leis do aprendizado mostram que o único caminho eficiente para se mudar uma relação E-R é associar insatisfação à resposta habitual e fornecer outro meio de resposta que proporcione maior satisfação. A repetição da nova relação ligada a satisfação, estabelecerá uma nova resposta habitual". Essas observações de WOODCOCK encerram um dos princípios básicos empregados nas modernas técnicas, psicológicas para modificação de comportamento, que em situações de laboratório, onde se pode limitar as condições e variáveis, tem-se mostrado muito eficientes, segundo podemos entender dos experimentos realizados por TOLMAN e MUELLEN (80), SKIBA et alii (72) e BAKER (6).

ANGLE (4), apesar de ter abordado mais especificamente os hábitos como causas de maloclusões, no final de seu artigo, publicado "post-mortem", faz alusão generalizada ao tratamento de hábitos e de maloclusões por eles provocadas. Frisa que o ortodontista deve sempre, ao empreender tratamento de irregularidades da oclusão, buscar o conhecimento de suas causas imediatas, não se restringindo apenas em conhecê-las, mas também, preocupar-se em eliminá-las, mesmo que, para tanto, tenha que buscar as causas das causas.

Essa observação se aplica muito bem ao caso de tratamento de maloclusões provocadas por hábitos. Portanto, há necessidade de, uma vez conhecida a causa, agir no sentido de eliminá-la, buscando até mesmo os fatores etiológicos dessa causa.

LEADER (44), para casos de respiradores bucais habituais, preconiza, como terapêutica, a prática musical com certos instrumentos de sopro, "que a criança em crescimento poderia facilmente ser induzida a tocar, sempre que possível. Isso, naturalmente implicaria no uso do nariz para a respiração, atendendo a uma dupla finalidade, isto é, como um tratamento e como uma medida profilática".

Em 1935, DONNEY (11) afirma:

"....a eliminação de hábitos exige um forte e persistente esforço consciente da parte da criança, sobre quem recai a maior responsabilidade; porém, tais crianças devem ser constantemente auxiliadas e encorajadas pelos pais e ortodontistas".

Seu artigo versa sobre a sucção de polegar, interposição de lábio e língua, apresentando no final as seguintes palavras:

"A quebra desses hábitos é usualmente muito difícil e, às vezes, impossível. Não há recursos mecânicos ou aparelhos que tenham qualquer valor para os hábitos de língua e lábio (interposição), mas existem muitos de real valor para casos de sucção de polegar, desde que a criança não proteste contra eles, de maneira a torná-los impraticáveis". E passa a citar o clássico rol de expedientes que, aplicados aos dedos, mãos e braços da criança, impossibilitam-na de sugar o polegar. Na eventual falha desses métodos, o autor recomenda um apelo ao sentimento de vaidade da criança, o que não deixa de ser um recurso psicológico.

Quanto ao tratamento da interposição de lábio ou hábito de morder o lábio (lip biting), JOHNSON (34), faz ressaltar um ponto de vista bastante razoável:

"O tratamento desse hábito requer a essencial cooperação do paciente. Deve ser chamada a atenção do paciente e dos pais para o hábito e, os efeitos nocivos de sua continuidade precisam ser bem esclarecidos. A eliminação do hábito envolve a disposição do paciente em assim o desejar".

Afirma também que a motivação do paciente deve variar conforme sua personalidade e podemos recorrer ao seu sentimento de orgulho, medo

ou do método da associação com recompensas e auxílio cooperativo. É salienta:

"O fato de o hábito ser automático e praticado subconscientemente significa que alguma ajuda concreta deve ser fornecida ao paciente, até que a resposta estimulante seja eliminada". Esse autor é ainda de opinião de que a maloclusão (quando existente) deve ser corrigida para permitir um posicionamento natural dos lábios. Às vezes, diz ele, "o simples uso de baton nos lábios de uma menina, pode ser de grande utilidade como motivação; em alguns casos, considera útil a aplicação de sistema mecânico, constituído por um conjunto de bandas com esporões, colocadas nos incisivos superiores, de tal maneira que o contacto do lábio seja motivo de desconforto".

Em relação a hábitos linguais, JOHNSON (34) esclarece, baseado em sua própria experiência e na opinião de outros autores, que o método mais eficiente para eliminá-los consiste num lento trabalho de educação do paciente, por meio de exercícios que o ensinem uma correta deglutição e fonação. Admite também o uso de aparelho que possa impedir certos movimentos inconvenientes da língua, para casos de sua interposição aos incisivos. Seria um sistema semelhante ao descrito para casos de interposição de lábios, com algumas modificações.

Os casos de sucção de lábio, diz JOHNSON, apresentam características semelhantes às da mera interposição e, portanto, as medidas terapêuticas podem ser consideradas as mesmas para ambos. Recomenda, porém, muita cautela na avaliação de todos esses hábitos e na aplicação da terapêutica, pois quase todas as crianças são levadas à prática esporádica de gestos idênticos aos desses hábitos, sem que isso se constitua num hábito propriamente dito.

Um editorial publicado pela American Journal of Orthodontics & Oral Surgery (66), em 1978, comenta com bastante clareza a diversidade de opinião que então existia, e até hoje existe, em relação à necessidade de tratamento de certos hábitos bucais da infância. Dentre suas linhas podemos ler:

"Um pediatra, dirigindo-se a um grupo de pais, advertiu-os de --

que a sucção de polegar deveria ser ignorada, nas crianças. Por outro lado, um ortodontista, falando num encontro da American Dental Association em 1938, na cidade de St. Louis, alertou os pais sobre a necessidade da eliminação desse hábito em seus filhos, afirmando que pode causar sérias deformidades na boca, que, mais tarde, demandam correção ortodôntica".

E as seguintes palavras dão prosseguimento ao editorial (60):

"Voltando ao pediatra, obviamente ele se acha bem situado no que diz respeito a dietas, nutrição e moléstias infantis, todavia, ao alertar os pais no sentido de se ignorar um comportamento como a sucção do polegar, baseia-se numa observação clínica casual e numa opinião pessoal, que pouco significam se comparadas ao cuidadoso trabalho científico representado pela observação de centenas de casos que têm sido registrados por Lewis e tantos outros, estudando longamente as deformações bucais como resultados da sucção de polegar em crianças".

Tais observações nos parecem bastante eloquentes em favor da opinião odontológica geral, a respeito da necessidade de tratamento de pacientes portadores de hábitos bucais, a despeito de correntes de opinião contrária.

Em artigo redigido em 1940, BOYENS (12) dedica-se à apreciação do hábito de bruxismo, também denominado brixismo ou briqueismo, (ranger de dentes, principalmente durante o sono), e salienta o seguinte:

"A correção de hábitos inconscientes leva-nos ao campo da psicologia aplicada, por muitos anos, tenho sentido que a terapêutica sugestiva (pela sugestão) deve ter seu lugar neste campo da odontologia".

Lembra, também, que sempre lançou mão de processos de sugestão para cuidar da eliminação desse hábito em seus pacientes. Observa, porém, que sistematicamente usava a sugestão negativa, fazendo o paciente lembrar-se da seguinte frase, sempre que se surpreendesse na prática do hábito: "Não rangerei mais os meus dentes".

Após algumas experiências negativas, com resultados pouco satis-

fatórios, diz ter passado a adotar uma sugestão afirmativa ou positiva, com o que logrou resultados bem mais favoráveis. Assim é que, em lugar de incutir na mente do indivíduo essa idéia de negação, passou a sugerir uma idéia afirmativa, tal como: -- "Eu me desportarei, assim que estiver rangendo meus dentes".

O sistema de sugestão que o clínico efetua junto ao paciente o -- que passa a ser depois um método de autosugestão posto em prática pelo próprio cliente, pode ser lembrado também para tratamento de outros hábitos, desde que se limite a faixa etária dos pacientes, de tal forma -- que se possa contar com a deliberada colaboração dos mesmos; não poderíamos aplicá-lo a crianças de pouca idade.

Relatando dois casos de mordida aberta e inclinação labial dos -- incisivos superiores, provocados por sucção de polegar, CHAPMAN (14) observa que grande parte desses problemas teve uma resolução espontânea, ao cabo de um ano, após cessado o hábito. O aspecto interessante dessa observação prende-se ao fato de entrar em contradição com a opinião da maioria dos autores que trataram do assunto no início da década anterior a esse artigo (14), isto é, por volta de 1930-31, pois estes eram unânimes em afirmar que somente poderia haver correção espontânea da maloclusão em casos cujos hábitos, quando causas, fossem eliminados antes de a criança atingir a idade dos cinco anos. E os casos relatados por CHAPMAN apresentavam idades de sete anos e meio, e nove anos respectivamente.

Por outro lado, DICKIN (17), referindo-se ao hábito acima aludido, faz os seguintes comentários a respeito de seu tratamento:

"Muitos psiquiatras discordam dos dentistas que tentam fazer da sucção de polegar uma entidade mórbida. São da opinião de que esse hábito é meramente um sintoma de uma perturbação do equilíbrio psíquico. -- Consideram não ser boa prática o tratamento isolado do sintoma, pois a condição básica pode ser dirigida para outro canal, podendo manifestar-se de algum outro modo mais nocivo do que a sucção do polegar. Parte de seu plano de tratamento deve incluir o conhecimento da história da criança e da família à qual pertence, do ponto de vista social. Em seus

estudos a respeito da criança incluem também informações sobre sua condição física. Algum problema físico ou orgânico poderia ser a razão que justifica seu estado mental e atitudes".

E conclui, dizendo:

"Na maioria dos casos de problemas de comportamento, suas causas são encontradas em desajustamentos familiares, quer sejam entre a criança e os pais, entre as próprias crianças ou mesmo entre o casal de pais".

Mas, voltando à literatura deixada por autores dedicados a aspectos mais práticos do problema, lembramos, a seguir, JOHNSON (36) que, em outro artigo mais recente, considera que a eliminação de hábitos labiais (morder ou sugar), torna-se muito mais fácil após ter-se conseguido uma correção ortodôntica da protrusão dos incisivos superiores, originada por aquele hábito. E como medida prática para auxiliar a criança a abandonar o hábito, sugere, como em seu artigo anterior (34), o uso de baton ou manteiga de cacau passados na superfície labial. Lembra que tais medidas são, em geral, bem aceitas pelas crianças e além de se tornarem um lembrete para que deixem o hábito, essas providências protegem o epitélio dos lábios contra irritações que, muitas vezes, são os fatores desencadeantes do hábito.

Considerando, em seguida, os hábitos linguais JOHNSON (36) preconiza tratá-los por meio de um paciente trabalho de ensinar ao cliente os passos da deglutição correta, através de exercícios. E comenta:

"Isso é uma difícil tarefa e pode-se ficar desencorajado antes de termos conseguido a correção do hábito". Passa, então, a descrever o método que prescreve:

"Um pedaço de caramelo deve ser aderido ao palato, logo atrás dos incisivos centrais, e o paciente é ensinado a mantê-lo nessa posição, com a ponta da língua. À medida que o doce se dissolve, a língua permanece nessa posição e provoca-se a deglutição. É importante que o pedaço de caramelo fique situado bem para a frente, pois, em caso contrário, ficará suspenso no palato pelo dorso da língua, ficando livre

sua extremidade para agir da maneira habitualmente incorreta, quebrando-se o propósito do exercício. À medida que o paciente vai aprendendo a posição correta da língua, o uso do caramelo pode ser interrompido, apenas instruindo-se a criança para que coloque a língua naquela posição aprendida, a cada ato de deglutição. Para a correção de defeitos de diction, que geralmente acompanham tais casos, convém recorrer à ajuda de um foniatra ou professor especializado".

Em relação ao hábito de sucção de polegar e outros dedos, JOHNSON, nesse mesmo artigo (36), afirma:

"O tratamento desses hábitos requer sobretudo motivação. É, também, desejável determinar, se possível, a causa do hábito. Quando a prática do hábito se encontra em estágios iniciais, parece haver pouca excitação emocional. Após o hábito ter-se tornado mais evoluído, a ponto de se transformar em atividade substituta em situações que envolvam esforço emocional, parece surtir mais resultado a procura de estímulos ou atividades mais desejáveis, que façam a criança esquecer-se do hábito".

Quanto aos métodos clássicos que visam, através de meios mecânicos, impossibilitar a criança de executar os movimentos implicados no hábito, esse autor (36) considera como a maioria dos estudiosos atuais, isto é, como sendo de pouca utilidade prática quando aplicados generalizadamente e sem apoio psicológico.

Após analisar os efeitos do hábito de respiração bucal, JOHNSON (36) faz as seguintes considerações em torno de seu tratamento:

"O tratamento desse hábito exige a remoção de qualquer obstrução nasal e eliminação da respiração bucal, tão logo o tratamento ortodôntico tenha alcançado suficiente progresso para reduzir a protrusão dos incisivos, que impedia ou dificultava o contacto entre os lábios, para fechar a boca".

E observa também:

"A maioria dos pacientes com esse problema usa o lábio inferior, quase que exclusivamente, para conseguir fechar a boca, o que, natural-

mente, resulta num superdesenvolvimento do músculo mentalis, o que é muito problemático e deve ser considerado para assegurar o sucesso no tratamento ortodôntico".

Recomenda, pois, que:

"Ao instruírmos o paciente nessas exercícios, para levá-lo a uma respiração normal, é essencial que seja controlado o músculo mentalis. Para se conseguir isso, o paciente deve segurar o queixo entre o polegar e o indicador e puchar o lábio inferior para baixo, enquanto força o lábio superior para baixo, com sua própria força muscular, até fazê-lo tocar o inferior".

Isso deve ser efetuado várias vezes, três ou quatro ao dia, recomenda também JOHNSON.

E prossegue:

"Para se aumentar o efeito desse exercício, o paciente deve ser instruído para assobiar.

O assobio não só provoca a função desejada do músculo mentalis -- como também desenvolve o orbicularis oris, os músculos associados e os que controlam as alae nasi. Para correção da respiração bucal, pode-se utilizar de uma pequena tira de celulóide que deve ser mantida entre os lábios enquanto a criança lê, estuda ou vê televisão".

Analisando, a seguir, o hábito de certas crianças dormirem com a face apoiada sobre a mão ou antebraço, o autor (36) lembra que isso geralmente ocorre a indivíduos que costumam deitar-se de bruço (decúbito ventral) e, como medida preventiva, sugere a colocação de uma bolinha de folge em cada um dos bolsos do pijama da criança, com o que pode-se impedir o decúbito ventral. (Evidentemente a bolinha de golfe sugerida por esse autor norte-americano pode ser substituída por qualquer outro objeto semelhante). Parece ser uma medida infantil e até mesmo jocosa, -- que não mereceria descrição no presente trabalho, porém apresenta o grande mérito de ser uma solução eminentemente prática, bem à moda americana, cuja eficiência não contestamos nem defendemos aqui.

BLACKERBY (10), a respeito do tratamento da sucção do polegar, -- observa o seguinte:

"Em vista das conhecidas anormalidades fisiológicas, nervosas e estéticas que podem resultar de uma prolongada sucção de polegar, geralmente há concordância entre psiquiatras, psicólogos, higienistas mentais, pediatras, ortodontistas e dentistas, bem como entre leigos, com respeito ao fato de que a interrupção do hábito é desejável, o quanto mais cedo possível na infância. Em contrapartida, quanto aos métodos efetivos de tratamento do hábito, há pouca uniformidade de opiniões".

E prossegue:

"Geralmente, os psiquiatras advogam a determinação e a correção das causas básicas do hábito, como um objetivo fundamental de tratamento". Por outro lado, -- afirma BLACKERBY -- os ortodontistas e dentistas, quase unanimemente, concordam com a opinião de TEUSCHER (77), segundo a qual, é preferível tomar-se alguma providência efetiva no sentido de interromper a prática do hábito reconhecido como nocivo à oclusão dentária, a ter-se que dispender muito tempo e esforço para tentar localizar as causas básicas desse distúrbio.

Porém, BLACKERBY (10) continua:

"A restrição mecânica do hábito de sucção de polegar, mediante -- uso de artifícios, tais como ataduras, talas para impedir movimento do cotovelo, aplicação de substâncias amargas sobre o dedo e utilização de aparelhos intra-buciais, têm sido preconizados e postos em prática, mais ou menos empiricamente, por pais e dentistas, há muito tempo. Argumenta-se que, para a interrupção desse hábito indesejável e a prevenção de -- seus efeitos nocivos, os fins justificam os meios. De acordo com os -- psiquiatras, porém, tais medidas são injustificáveis, não somente com base nos efeitos nervosos potenciais que acabam criando, mas, também, -- porque sua eficiência é bastante questionável".

Esse autor (10) salienta que o uso de tais expedientes mecânicos foi condenado pela "Child Study Association of America", sob a alegação de que esses processos não levam em consideração o significado fundamental do hábito na vida de uma criança.

Em seguida, BLACKERBY, referindo-se às características do tratamento recomendado por psiquiatras, aconselha deva ser sempre baseado - num atendimento às necessidades psíquicas, emocionais e funcionais da criança. "Como regra geral, diz ele - a maneira correta de manejar sintomas nervosos é ignorá-los completamente e fazer com que todos que convivam com a criança sigam um plano semelhante. Simultaneamente, deve-se empregar um tratamento geral, isto é, procurar afastar a criança de excitações indevidas e valer-se do seu desejo natural de tornar-se adulta, aprovando-a o quanto possível. Isso lhe proporciona um sentimento de segurança e um desejo de bem comportar-se. Deve-se observar, sempre, que a criança tem necessidade de exercícios físicos e de manter ocupadas .. suas mãos".

A atitude geral dos ortodontistas, segundo afirma esse autor .. (10), em relação às restrições mecânicas impostas à prática do hábito, - deve ser resumida pela idéia de se aplicar aparelhos e outros artifícios somente após esgotados os recursos de que dispomos para efetuar uma motivação da criança, no sentido de abandonar o hábito por sua espontânea vontade. Assegura, também, o referido autor, que o tratamento psicológico associado a restrições mecânicas é defendido por alguns psicólogos, bem como , por muitos dos dentistas que têm contribuído para a .. literatura sobre o assunto. Finalizando, BLACKERBY chega às seguintes .. conclusões:

"Há pouca concordância em relação aos métodos mais desejáveis e eficientes para tratamento do hábito de sucção de polegar, porém, muitos autores concordam em que devem ser descobertas e eliminadas suas .. causas básicas, se possível".

"Os métodos psicológicos de tratamento são geralmente considerados mais eficientes do que restrições mecânicas, especialmente quando .. aplicados em crianças mais velhas". Admite, contudo, a conveniência de associar-se o uso de aparelho intra-bucal em casos em que o hábito esteja mais fixado. Comenta existir possibilidade de se prevenir o hábito .. de sucção de polegar "assegurando-se um tempo adequado de sucção para a criança durante a fase de amamentação. Esta possibilidade merece a sé-

ria consideração do pediatra e dos pais".

COOKE (15) recomenda observar a criança sob os aspectos de seu desenvolvimento psicológico e emocional, segundo as idades. E, baseado nisso, afirma:

"Deve-se encorajar a criança a buscar novas experiências e incentivá-la a deixar para trás o período de auto-estima (que dura até os seis meses), e a progredir em direção ao estágio seguinte, onde parte de seu amor se transfere à pessoa que lhe dedica cuidados e da qual depende sua vida emocional e seu senso de segurança. Deve-se fazer com que a criança perceba que sua presença na família é desejada, e, embora o excesso de cuidados prolongue a fase auto-crótica, há que se lembrar que o descuido provocará o mesmo resultado, uma vez que a criança sentir-se-á desprezada; em ambos os extremos os hábitos de sucção poderão persistir".

O autor (15) analisa também as influências de novas experiências vividas pela criança, no comportamento dos hábitos de sucção, que podem ser levados em conta como subsídios particularmente importantes durante o controle dos hábitos:

"Por volta dos doze meses, grande parte daquela auto-estima da criança deve ter sido transferida para sua mãe. A criança torna-se mais esperta e seus movimentos musculares se coordenam; está aprendendo a andar e falar e, como resultado, apresentam-se-lhe novos campos para explorar. Se lhe dermos todas as facilidades e estímulos para que se submeta às influências de novas experiências, diminuem-se as probabilidades de uma fixação do hábito".

Considerando a questão nesses termos, isto é, levando sempre em conta as raízes do hábito, COOKE tece os seguintes argumentos:

"Para se controlar um hábito, é necessário descobrir-se o estado emocional básico que existe por detrás dele e, assim, chegar-se ao motivo de sua fixação. A menos que se consiga isso, as chances de eliminação do hábito são inexistentes". Conclui, dizendo ainda o seguinte:

"Se o complexo reprimido (recalcado) for parcialmente removido,

poderá ser possível a eliminação do hábito, no decurso do tempo. Quando o complexo é completamente erradicado, o hábito cessa imediatamente. Há pouca evidência que suporte o ponto de vista segundo o qual um hábito pode desaparecer pelo simples desuso".

Falando em termos práticos, COOKE observa que, para se diminuir as probabilidades de formação de um hábito na infância, é recomendável dispor ao alcance da criança "alguns objetos simples, leves, de cores não muito fortes e constituídos de materiais inócuos à saúde quando em contacto com a boca".

E recomenda, ainda:

"Quando a criança inicia os primeiros passos, deve ser deixada em ambiente seguro e há necessidade de se lhe permitir que se distraia com a menor interferência possível de sua mãe. Convém fornecer-lhe um jogo de sólidos geométricos (nursery bricks) para estimular suas tendências construtivas. E, à medida que se aproxima do segundo ano de idade, ela passa a apreciar a companhia de crianças da mesma idade ou mais velhas, em cujo convívio deve-se deixá-la sempre que possível".

Esclarecendo o porque da inutilidade de se chamar constantemente a atenção da criança, no sentido de impedir a execução do hábito, COOKE salienta que essa persistência na proibição cria conflitos excitantes, induzindo a criança a sentimentos de desamparo, frustração e culpa.

Reforça ainda o autor o conceito firmado no início de sua obra, lembrando, antes de tecer considerações sobre o tratamento mecânico do hábito, que a constante sucção do polegar "deve ser encarada, em todos os casos, como sinal de um complexo mórbido reprimido, cuja erradicação pode ocorrer a qualquer momento, sem razão aparente, resultando num completo abandono do hábito".

PARKER (57) mostra-se adepto de um tratamento mais agressivo para o problema dos hábitos, ao preconizar um aparelho para combate ao hábito de interposição de língua que nos lembra procedimentos tradicionais que vinham merecendo o ataque de pediatras e psicólogos.

Afirma este autor (57):

"A evidência mostrada por diversos autores, indica que o ortodontista não mais precisa limitar o tratamento a formas leves de terapêutica na correção de casos severos de mordida aberta". (Cujas etiologia sejam os hábitos de interposição de língua). "O operador que desfrutar de bom relacionamento com o paciente e desde que este esteja desejoso de abandonar o hábito, pode, conscientemente, preconizar um aparelho inibidor, dotado de esporões agudos (para impedir colocação inoportuna da língua), sem medo algum de criar problemas psicológicos indesejáveis ou hábitos deslocados".

MOORE et alii (32) observaram, mediante estudo experimental levado a efeito com macacos, o fenômeno da correção espontânea de mordida aberta provocada por sucção de dedos, uma vez interrompido tal hábito. Explicam que o fato, no macaco, ocorreu, em grande parte, em função da existência de pré-maxila, que se desloca para baixo assim que deixaram de atuar as forças do hábito. E concluem os referidos autores:

"Nos humanos, a correção espontânea da maloclusão mordida aberta, após interrupção da sucção de polegar, é mais provável que ocorra através de mudanças adaptativas da posição dos dentes, em razão da inexistência da sutura premaxilo-maxilar".

KLEIN (33) entende que o hábito de sucção de polegar somente deve merecer cuidados quando se revelar em crianças com idade acima de dois anos. "Uma tentativa para fazer frente ao problema durante esses dois primeiros anos não só demonstra ignorância sobre a fisiologia do bebê, como também causa danos à criança".

Em resposta à pergunta sobre qual o tempo mais indicado para iniciar os procedimentos corretivos contra o hábito, KLEIN (33) afirma:

"É impossível estabelecer uma idade exata na qual o tratamento deva iniciar-se. A melhor oportunidade varia com a individualidade do caso, a severidade do hábito, a história da criança e o seu desenvolvimento geral. De um modo geral, contudo, se a sucção de polegar continua após os três anos e meio de idade, esta seria uma boa ocasião para se iniciar um tratamento".

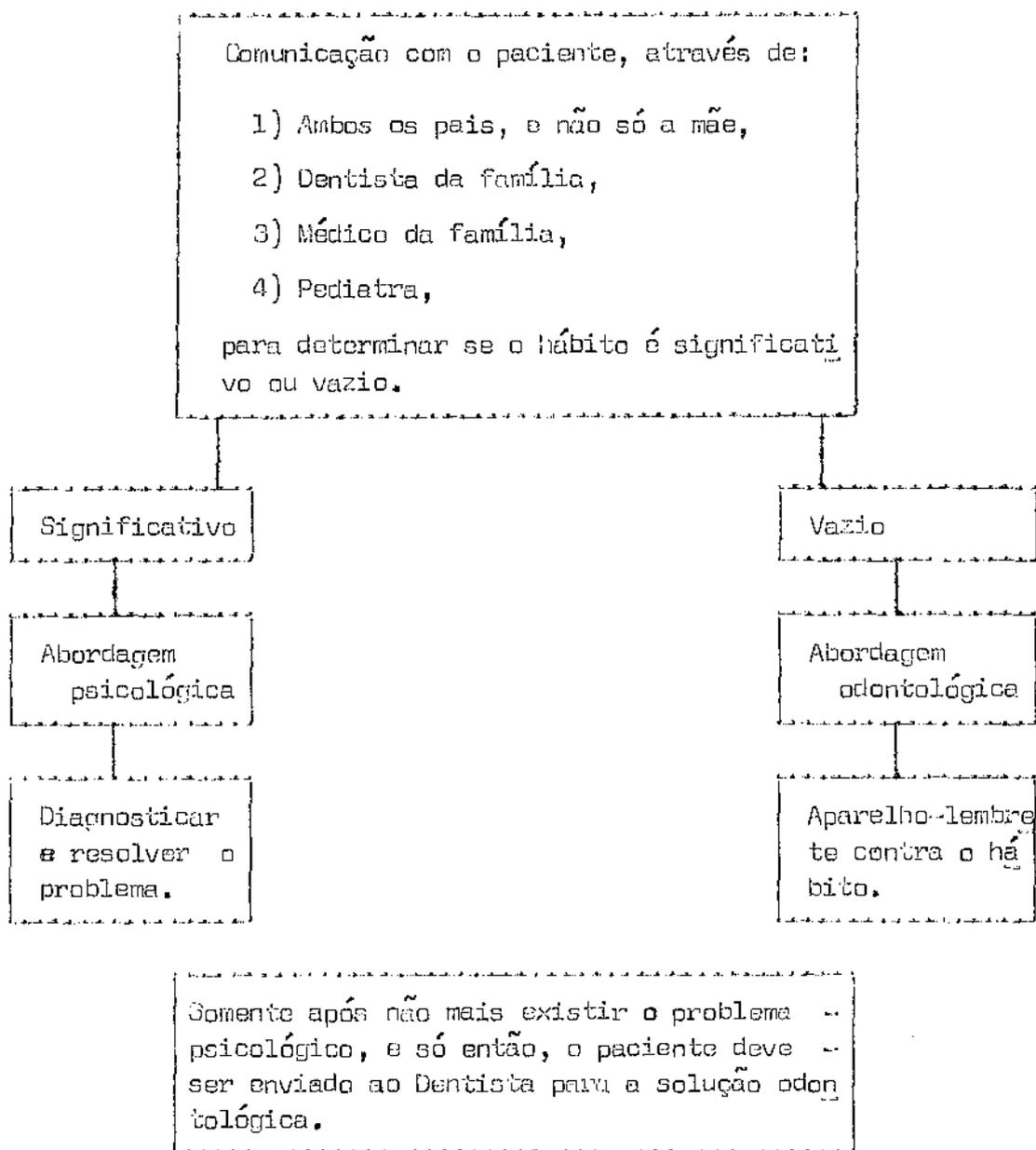
KLEIN prossegue, formulando uma questão e respondendo a seguir:

"Qual a maneira adequada de abordar o problema? -- Antes de se iniciarem os procedimentos corretivos, é importante determinar se a sucção de polegar, que agora tornou-se um hábito, é significativo ou vazio". Se significativo, isto é, se estiver diretamente relacionado com uma causa, trata-se -- segundo esse autor -- de um problema psicológico e como tal deve ser tratado. Isto equivale a dizer que, se o hábito for fruto de uma situação de insegurança, frustração ou medo, tais causas -- devem ser eliminadas, afastando a criança desses sentimentos. "Nesses casos -- salienta -- de nada valeria a aplicação de aparelhos para combater o hábito".

Se, por outro lado, o hábito é vazio, isto é não apresenta causas psicológicas diretas, poderá ser combatido através do uso de aparelhos que funcionem como "lembretes" ou que impelam o advento das agradáveis sensações do hábito.

KLEIN (38) esquematiza o problema da seguinte forma:

Sucção de polegar



IZARD (30), para o combate aos hábitos, descreve uma série de aparelhos, que considera como ortopédicos. Para eliminar a sucção de polegar, apresenta dois grupos de artifícios mecânicos:

1) Dispositivos que impeçam a criança de alcançar a boca com as mãos.

2) Dispositivos que impeçam a sucção do polegar mesmo que este possa ser levado à boca.

Dentre os do primeiro grupo figura uma espécie de braçadeira que, colocada em torno do cotovelo (articulação braço-antebraço), não permite à criança a flexão necessária para conduzir a mão à boca. Nesse mesmo grupo considera alguns tipos de luvas.

No segundo grupo, enquadram-se diversos tipos de anéis e dedeiras que, embora não impeçam a condução do polegar à boca, impossibilitam o ato de sucção e as agradáveis sensações decorrentes.

Para impedir o hábito de sucção de bochechas, IZARD recomenda a utilização de uma placa vestibular de acrílico, que se coloca entre os dentes posteriores e a bochecha. Contra a interposição de língua preconiza aparelhos móveis ou fixos, dotados de obstáculos que se interpõem à ação da língua sobre a região dentária em questão.

Como tratamento para a respiração bucal, esse autor cita uma série de expedientes, desde o uso de dispositivos destinados a produzir o alargamento das narinas até os conhecidos obturadores bucais (intra e extra-bucais).

No combate às chamadas atitudes habituais (hábitos de má-postura), IZARD reconhece muita dificuldade em se aplicar terapêutica.

WILSON (82) considera o problema da má-postura habitual dos lábios (Hipotonicidade labial), que permite um estado de constante abertura bucal, como merecedor de maior atenção. Admite que a tonicidade labial pode ser aumentada mediante exercícios, pela prática de assobio ou mordendo os lábios. E garante:

"1º) Através de exercícios, o músculo esquelético se desenvolve:

- a) pelo aumento das dimensões individuais de cada fibra,
- b) pelo aumento do número de fibras,
- c) pela reeducação.

2º) Os lábios podem desenvolver-se mediante exercícios".

SCLARE (71) recomenda o seguinte exercício para erradicar hábitos de deglutição atípica em crianças cuja capacidade de entendimento o permita:

1ª) Tomar uma pequena porção de água, suficiente apenas para "molhar" a boca.

2ª) Observar a boca diante de um espelho.

3ª) Colocar os dentes em oclusão e mantê-las assim durante todo o tempo do exercício.

4ª) Cerrar os lábios suavemente e deglutir, tendo em mente três pontos:

a) Manter os dentes juntos (ocluidos)

b) Manter os lábios perfeitamente justapostos e

c) Manter a língua em contacto com o palato, sem exercer pressão contra os incisivos.

Fazer isso repetidamente durante dois minutos, pelo menos três vezes ao dia.

Para crianças mais novas, incapazes de entender as instruções, o recurso - diz SCLARE - é lançar mão de aparelhos removíveis, dotados de obstáculos que impeçam a língua de tocar nos incisivos durante a deglutição (que nada mais parecomser do que as conhecidas grades palatinas, montadas em placas de acrílico).

Os mesmos recursos acima citados recebem aprovação de vários autores, que os consideram, a exemplo de MASSLER & CHOPRA (56), bastante eficientes para o combate aos hábitos bucais que envolvam a utilização do polegar ou outros dedos, língua e/ou lábios.

MASSLER & CHOPRA (56) comentam a questão da seguinte forma:

"Os hábitos jamais devem ser corrigidos através de repreensões ou outras medidas punitivas. Realmente, tais métodos raramente são bem sucedidos. A correção desses comportamentos, que podem interferir no desenvolvimento adequado da oclusão, é melhor obtida mediante algum dispositivo intra-bucal. Um aparelho desses deve satisfazer certos requisitos fundamentais: 1) Não deve ser punitivo, 2) deve interferir, sem se tornar obstáculo, na execução do hábito e, assim, trazê-lo do subconsciente para o consciente, 3) deve ser contínuo (porém suave) em sua ação,

de tal modo que o ato não possa ser executado com sucesso, mesmo durante as horas de sono, 4) deve ser higiênico e atraumático para os tecidos bucais e 5) deve ser aceitável para o paciente".

E acrescenta:

"O crivo ou grade palatina satisfaz tais requisitos resultando em sucesso na correção de hábitos persistentes de sucção de polegar, sucção de lábio e interposição de língua. Esse aparelho tem sido descrito e empregado por vários mestres da odontopediatria e ortodontia. Todavia, é um meio tão simples e efetivo de interceptar maloclusões incipientes que deve merecer novas atenções por parte do odontopediatra".

Descrevem, a seguir, as finalidades e a ação da grade palatina:

"O propósito do crivo palatino é duplo: primeiro, serve para lembrar à criança e torná-la ciente de que está sugando o polegar e, segundo, para prevenir a formação do vácuo essencial ao ato da sucção. Um lembrete constante, porém não punitivo, trará logo o hábito do subconsciente para consciente.... O sucesso do aparelho reside no fato de tornar a sucção impossível, permitindo que somente penetre ar na boca".

Em 1971, SKIBA et alii (72) relatam uma tentativa de provocar o controle da sucção de polegar em escolares, durante as aulas, mediante o emprego de técnicas psicológicas de modificação de comportamento. Ao que parece, tais técnicas derivam de conhecimentos psicológicos obtidos em estudos comparados, desde há muito levados a efeito com a utilização de animais de laboratório. Em breve resumo, esse trabalho consistiu no seguinte:

"O propósito do presente trabalho foi o de determinar se a sucção de polegar, em salas de aula, poderia ser controlada através de reforçamento contingente de comportamentos incompatíveis com tal hábito. Foi observado, em condições experimentais numa sala de aula, o comportamento de sugar o polegar, apresentado por três garotos de oito anos de idade". E explicam:

"Dezesseis aulas experimentais foram divididas em conjuntos de --

períodos chamados de : controle, apresentação de reforço, reversão e reapresentação de reforço".

A técnica consistiu na atuação do professor, dando atenção e elogiando comportamentos da criança que fossem incompatíveis com o hábito. Como comportamentos incompatíveis com o hábito foram consideradas as seguintes atitudes:

- 1- Cruzar as mãos sobre a carteira
- 2- Cruzar os braços sobre a carteira e
- 3- Escrever no caderno.

E concluem os autores:

"O efeito do tratamento experimental foi determinado pelas modificações no nível geral de sucção do polegar, para cada criança, durante cada aula. Os resultados indicaram notáveis decréscimos na taxa de sucção para todos os três indivíduos, durante as aulas nas quais um reforço social foi tornado contingente sobre os comportamentos adequados. Duas das três crianças mostraram súbitos aumentos no tempo de sucção durante aulas em que foi suspenso o reforço social (elogio e aprovação) -- para as respostas apropriadas; a terceira criança mostrou uma contínua redução no tempo de sucção, durante todas as aulas".

Discutindo os resultados desse experimento, afirmam os autores (72):

"O objetivo inicial do estudo foi tentar controlar uma resposta socialmente indesejável numa sala de aula. Os resultados mostram que essa tentativa foi, de certa forma, bem sucedida.

Uma desvantagem inicial com que se defronta qualquer experimenter ao tentar tal estudo é o tamanho da classe. Com classes contendo de 25 a 35 crianças o próprio domínio de aulas rotineiras torna-se tarefa difícil para o professor. A tentativa, nessas condições, de controlar o comportamento de algumas dessas crianças, é uma tarefa ainda mais árdua".

Já em 1962, DAER (6) fizera uso de técnica semelhante para observar possibilidades de controle sobre hábito de sucção de polegar. Utili

zando-se de um menino de cinco anos de idade, habitual sugador de polegar, BAER criou condições que ele mesmo denominou de "condições de laboratório", propiciando à criança uma série de sessões cinematográficas com desenhos animados.

Programou uma sequência de três sessões com projeção de três filmes (A, B e C), com duração de sete minutos cada um. Na mesma sessão, tais filmes eram repetidos uma vez, na mesma ordem da primeira projeção. Situou-se a criança diante da tela e procedeu-se a sua observação, sem deixá-la tomar conhecimento desse fato.

Mediante um dispositivo controlador, o observador interrompia a projeção das cenas e cortava o som a todo o momento em que a criança levava o polegar à boca; de modo inverso, o sistema voltava a funcionar quando a criança abandonava a prática.

Tal experimento permitiu ao autor concluir que existe possibilidade de controle de comportamentos infantis mediante o emprego de técnicas de "privação" e "reapresentação de reforços", segundo a terminologia psicológica.

TOLMAN & MUELLER (80) relatam também curiosos experimentos sobre controle de comportamento, levados a efeito com a utilização de um macaco Rhesus.

Observando a existência de hábito de sucção de dedos do pé, num pequeno Rhesus criado sem os cuidados da mãe e afastado do contato com animais de sua espécie, tais autores verificaram que, para esse animal, o contato com seres humanos era objeto de satisfação. Utilizando-se então desse reforço positivo, idealizaram um primeiro experimento, que, em resumo foi o seguinte:

Encerraram o macaco numa gaiola especialmente vedada, contando com apenas duas janelas de vidro pelas quais o animal podia perceber a presença de dois observadores, dentre os quais uma pessoa responsável pela sua alimentação e outros cuidados, o que lhe proporcionava satisfação.

Mediante o fechamento das janelas (punição) durante as ocasiões

em que o animal sugava o dedo, e abertura em circunstâncias diversas, -- pôde-se observar a possibilidade de um controle sobre o comportamento -- de sucção. Esse tipo de controle, chamado em psicologia experimental de retirada ou privação de um reforço positivo, parece ser bastante eficiente, segundo afirmam os autores do trabalho.

Num segundo experimento, o mesmo Rhesus foi submetido à apresentação de um estímulo aversivo, isto é, em lugar da retirada de um reforço positivo (coisa agradável), impôs-se-lhe um castigo mais ativo. A cada vez que o animal sugava o dedo fazia-se soar uma campainha e uma buzina.

Os resultados do segundo experimento mostraram-no como sendo o -- mais eficiente no sentido de se conseguir o controle daquele comporta-- mento. Em outras palavras, a tentativa de controle mediante apresenta-- ção de estímulos aversivos foi mais eficiente do que a tentativa feita através da retirada de um reforço positivo.

LAVES (42), iniciando longo artigo a respeito da sucção de polegar, alerta-nos sobre a responsabilidade do dentista que cuida de crianças, que deve evitar qualquer perturbação do senso de segurança de seus pequenos pacientes. Colhendo informações baseadas em estudo de mais de duas mil crianças com idades inferiores a cinco anos, afirma ele:

"A evidência teórica, suportada por estas investigações práticas, mostra que a sucção do polegar é, primariamente, um problema psicológico, cujo tratamento deve estar de acordo com princípios psicológicos aceitos".

Esse autor (42) concorda, de um modo geral, com a opinião externada por diversos autores precedentes, no que se refere aos métodos de tratamento preconizados para eliminação de hábitos de sucção. Porém, estabelece distinção de tratamento para crianças em diversas fases etárias. Dessa forma, considera intervenções em crianças nas seguintes faixas:

- 1 -- Período de lactação (até nove meses).
- 2 -- Período da pós-lactação imediato. (dos nove meses aos dois anos).
- 3 -- Período pré-escolar (jardim da infância -- dois, três e quatro a--

nos).

4 -- Período escolar (dos cinco anos em diante).

E analisa a conduta a ser tomada frente a cada faixa:

"Maior ênfase precisa ser dada à prevenção e isso deve iniciar-se bem antes da idade na qual o paciente entra em seu primeiro contacto com o dentista, sendo portanto responsabilidade de pediatras, enfermeiras e pais".

"Em primeiro lugar, -- continua LAWES -- é necessário advertir as pessoas que estejam procurando um rápido e fácil método de "curar o hábito", de que tal "cura" não existe. A sucção de polegar não é uma doença a ser curada, mas sim um sinal de desajuste, para cuja correção requerem-se considerável paciência, perseverança, cuidado e auto-disciplina da parte dos responsáveis pelo tratamento de tais casos".

Frente a um lactente que apresente esse comportamento de maneira insistente e desusada, convém examinar as causas possíveis, dentre as quais podemos encontrar a existência de fluxo lácteo muito abundante e rápido da mãe, diz o autor (42). Nesses casos, a criança tem seu apetite saciado muito rapidamente, antes que possa satisfazer sua necessidade de sucção. Recomenda dois métodos para sanar esse problema:

"O primeiro é o uso de bicos especiais, de borracha, cuja abertura pode ser ajustada para controlar o fluxo; o outro método seria a variação das posturas da mãe e da criança, de tal maneira que esta fique acima do seio, obrigando-a a sugar o leite para cima".

E comenta:

"O controle de um fluxo lácteo muito rápido terá grande probabilidade de sucesso como medida corretiva para a sucção de polegar, até o sexto mes de idade da criança". Isso porque, diz LAWES, após essa idade, começam a surgir dificuldades em fazer a criança aceitar esse artifício.

"Por volta do sexto mês, -- prossegue -- irrompem os primeiros dentes, passando a ocorrer modificações graduais da primitiva fase de sucção no sentido de se esboçar o ato mastigatório e, se dessa fase em

diante, a criança se mostrar ainda uma sugadora de polegar, o principal método de tratamento deve ser a tentativa de canalizar as energias empenhadas no ato de sucção para outras atividades, inclusive a mastigatória".

E conclui:

"Uma das maneiras pelas quais isso pode ser tentado é retirando-se gentilmente as mãos da criança de sua boca e oferecendo-lhe imediatamente algum objeto (brinquedo), que possa ser mascado, sem que ofereça perigo ou condições de sucção. Isso deve ser feito com bastante suavidade e carinho, numa espécie de brincadeira. O simples ato de remover as mãos da boca, sem nada oferecer como substituto, por mais delicadamente que se faça, não surtirá bons resultados, porque não passará de uma atitude obstrutiva".

Por outro lado, esclarece LAVES (42), "se oferecermos alguma coisa que substitua o polegar e que permita o exercício mastigatório, estamos favorecendo a evolução natural e apropriada do ato fisiológico da sucção para o da mastigação, que será o próximo estágio de desenvolvimento".

Com respeito ao uso de chupeta nessa fase, LAVES expõe pontos de vista bastante ponderados:

"Algumas vezes recomenda-se a chupeta como um método útil para se desviar os hábitos de sucção de polegar ou demais dedos, mas algumas considerações merecem ser feitas a respeito. Há muito que se dizer contra o uso da chupeta, porém há muito mais que se dizer contra o polegar, se sugado persistentemente. Com bastante frequência, sugere-se que a chupeta é o menor dos males, porque apresenta a grande vantagem de ser um objeto e não uma parte do corpo, cujo acesso pode ser controlado e, portanto, através de cuidadosa observação, a criança poderá ser gradualmente dela afastada".

"Embora todos os pediatras pareçam unânimes em sua condenação, -- prossegue LAVES -- a chupeta é combatida sem que qualquer consideração seja feita a respeito da idade da criança, condições de alimentação (ar

tificial ou natural), circunstâncias emocionais e ambientais. A idade, por exemplo, é importante para se decidir sobre a adoção de medidas, que poderiam ser desejáveis aos 3 meses e poderiam ser errôneas se adotadas um ano após. Considerando-se que a sucção é um ato instintivo até aproximadamente os nove meses de idade, se persistir após esse período, seja pela sucção de chupeta, polegar ou qualquer outra coisa, trata-se de uma transposição de um período anterior de desenvolvimento. Isso, naturalmente, é bastante indesejável".

Em linhas gerais, portanto, LAWES aconselha o uso de chupeta como substituto para o polegar ou demais dedos, desde que seu emprego seja controlado e somente durante o período de lactação, porém, salienta que se usada em períodos posteriores "não pode haver dúvida que entre uma força relativamente passiva da chupeta e uma força ativa do polegar, aquela parece ser o menor dos males".

Em relação aos demais períodos etários esse autor (42) recomenda atitudes terapêuticas não muito diversas das aqui já expostas, e sempre de conformidade com princípios psicológicos.

Para concluir sua linha de idéias, esse autor afirma que dois princípios se aplicam à solução do problema em qualquer idade:

"Primeiro, se as condições causais desse hábito podem ser diagnosticadas e corrigidas antes que o ato assuma características de hábito, acredito que o mesmo possa ser muito rapidamente eliminado, sem necessidade de posteriores providências. Se, por outro lado, a causa original não for prontamente diagnosticada e corrigida, e o ato se fixar como um hábito, então se aplica o segundo princípio, isto é, procura-se uma reorientação da corrente de energia desencadeante do ato, para alguma outra forma mais desejável de atividade".

FINN (19) refere-se à adoção de dispositivos extra e intra-buciais, para tratamento dos hábitos de sucção de dedos. De forma semelhante àquelas descrições feitas por vários autores clássicos, esse mestre cita os primitivos recursos adotados, até caseiramente, para impedir que a criança chupe o dedo (dispositivos extra-buciais).

Atribuí maior eficiência aos aparelhos intra-buciais, lançando porém um alerta quanto ao seu emprego. Garante que "não vale a pena" adotá-los indiscriminadamente, pois corre-se o risco de, ao eliminarmos o hábito da criança, "alterar o estado jovial do paciente tornando-o nervoso".

Antes de qualquer atitude terapêutica a ser adotada para esses casos, FINN, recomenda o exame de cinco questões que merecem resposta.

1ª) Compreensão da criança: Estaria a criança compreendendo a necessidade do uso do aparelho, e expressaria um desejo de ser ajudada?

2ª) Cooperação dos pais: Estariam ambos os pais compreendendo o que se está tentando fazer, e teria você obtido a promessa de inteira cooperação deles?

3ª) Abordagem amistosa: Teria você conseguido uma aproximação amigável da criança, de maneira a fazê-la entender que existe uma situação de "recompensa" e não de "punição"?

4ª) Orientação dos objetivos: Você e os pais teriam escolhido um objetivo definido, tanto em relação ao tempo quanto em relação ao custo material, em favor dos quais a criança pode trabalhar?

5ª) Maturidade: Teria a criança adquirido suficiente maturidade para atinar com o período de treinamento, que pode muito bem produzir um aumento da ansiedade?"

E complementa:

"O dentista perspicaz que formular para si estas perguntas e assegurar-se de que as respostas sejam afirmativas, poderá sentir-se com liberdade para adotar um aparelho reeducador do hábito".

Muito mais radical mostra-se MITCHELL (31), condenando toda e qualquer intervenção contra a prática desses hábitos por crianças em idade pré-escolar. Saliêta incisivamente:

"A sucção de polegar é uma atividade normal na primeira infância. Jamais devemos interferir nesse comportamento. Isto significa que não devemos aplicar na criança qualquer tipo de dispositivo mecânico inibi-

dor; não se deve retirar o dedo da boca da criança; não devemos mostrar sentimentos de aprovação nem desaprovação; nem punir de maneira alguma".

Em lugar dessas condenáveis atitudes, diz a autora acima (31) -- "convém dedicar inteligente atenção à criança, no sentido de:

- 1º) Promover uma melhor sociabilidade da criança,
- 2º) Fornecer-lhe brinquedos adequados ao seu estágio de desenvolvimento,
- 3º) Dar oportunidades para a criança dispor de espaço para se tornar mais ativa, brincando e explorando o ambiente,
- 4º) Permitir-lhe maior liberdade, evitando muitos regulamentos ou normas, os quais devem restringir-se apenas aos necessários e
- 5º) Assegurar-lhe um ambiente familiar calmo, alegre e compreensivo".

Comentando essas idéias de MITCHELL (31), o editor (3) considera-as nos seguintes termos:

"A liberdade é uma boa coisa para as crianças, porém, por que não deveriam os pais gozá-la também? Artigos como este, escritos por psicólogos e pediatras são leituras realmente interessantes, entretanto, trazem "dores de cabeça" aos pais que os consideram seriamente e, anos mais tarde, tentam em vão encontrar dinheiro para pagar por serviços ortodônticos".

GRUNSPUN (28), embora psicólogo, reconhece a possibilidade de danos às estruturas bucais causados por hábitos, e recomenda tratamentos para controlar esses comportamentos. Em linhas gerais, preconiza o tratamento indireto, pois considera os hábitos infantis como sinais ou sintomas de outros problemas e não como entidades mórbidas. Assim, recomenda orientação para a conduta dos pais, terapêutica ocupacional para a criança e eliminação de todos os estímulos físicos que favoreçam os hábitos, tais como: irritações da mucosa bucal, labial ou lingual.

(§) -- Não consta referência na publicação.

AYER & GALE (5) explicam ser errônea a idéia de que o combate direto ao hábito de sucção de polegar pode criar transferência do problema, fazendo surgir novo comportamento nocivo. Frisam que tal pensamento baseia-se na teoria freudiana que "carece de fundamentos na literatura científica experimental". Ressaltam, ainda, que o combate a outros hábitos diferentes também não causa quaisquer substituições de sintomas, como querem os freudianos. Concluem, pois, que "os dados experimentais sugerem que a sucção de polegar pode ser tratada pelo dentista com os chamados aparelhos punitivos, como métodos condicionantes aversivos".

E, finalmente, garantem esses autores (5):

"A evidência sugere, também, que o tratamento pode ser conseguido sem consequências desfavoráveis. Os métodos defendidos pelos que se utilizam da teoria do aprendizado (learning theorists), são baseados em fundamentos psicológicos sadios".

Ao que nos parece, AYER & GALE referem-se às modernas teorias aplicadas na modificação do comportamento, cujas possibilidades e resultados foram aqui expostas, ainda que superficialmente, ao citarmos trabalhos de BAER (6), SKODA et alii (7) e TOLMAN & MUELLER (8).

Encerrando este capítulo, devemos dizer que esses são, em linhas gerais, os pontos de vista que mais se evidenciaram na literatura consultada, em torno das condutas clínicas que podem ser tomadas frente a pacientes portadores de hábitos bucais e outros comportamentos eventualmente nocivos à oclusão dentária.

3 - CONCLUSÕES

3 - CONCLUSÕES

Num trabalho desta natureza, não há como fugir de conclusões apenas dedutivas e norteadas pela lógica e bom senso, uma vez que a carência de experimentação não nos permite outra alternativa. Mesmo assim, ao empregarmos os recursos da lógica sentimos-nos impregnados pelos conhecimentos práticos que adquirimos no convívio diário com inúmeros pacientes e, evidentemente, junto à comunidade didático-científica em que vivemos.

Em se tratando, de maneira geral, do estudo de um conjunto de fatores etiológicos de maloclusões, como são considerados os hábitos bucais, cuja atuação efetiva é de difícil comprovação experimental, somente podemos ter segurança nas seguintes conclusões:

1.- Os hábitos chamados bucais têm sido alvo de observações e atenção por parte da Odontologia há muito tempo, na tentativa de buscar explicações para a existência de certas anomalias da oclusão dentária.

2.- A maior parte das relações causa-efeito, estabelecidas entre hábitos e maloclusão são eminentemente do tipo "cuius propter - hoc", isto é, sempre que se observa coexistência de uma determinada anomalia ao lado de um hábito, conclui-se pela existência de alguma relação entre si.

3.- Dada a pouca viabilidade de experimentação comprobatória "in anima nobili", não se pode afirmar com absoluta segurança que um determinado hábito anormal é causa definida de este ou aquele tipo de maloclusão.

4.- A lógica e bom senso, contudo, nos levam a crer, com grande probabilidade de acerto, que os resultados de um enorme número de observações coincidentes nos garantem haver estreita relação entre hábitos anormais e irregularidades da oclusão dentária.

5.- Em vista da multiplicidade de características altamente individuais que um hábito pode apresentar, conclui-se que um mesmo hábito é,

potencialmente, capaz de produzir efeitos diversos sobre a oclusão dentária.

6- Parece ser bastante válido afirmar que os efeitos de um hábito são tanto mais pronunciados quanto mais intenso, prolongado e repetido ele se apresenta.

7- Um hábito reconhecidamente nocivo à oclusão, mesmo responsável pelo estabelecimento de uma determinada irregularidade, nunca deve ser considerado como único fator etiológico dessa anomalia.

8- Embora sujeita às influências de várias escolas e ao pensamento de diversas épocas, a terapêutica que nos parece mais indicada para a eliminação dos hábitos considerados nocivos, deve obedecer primordialmente ao bom senso do operador, que precisa saber adequar para cada paciente, em cada idade e situação, os muitos recursos psicológicos e técnicos de que se dispõe.

9- Modernamente, contudo, tem-se voltado as atenções para as chamadas técnicas psicológicas de modificação de comportamento, como um dos métodos mais eficientes para a eliminação dos hábitos bucais. Parece ser uma vitória científica da escola "behaviorista" sobre a "freudiana".

10- Os hábitos bucais, sob o ponto de vista ortodôntico, devem merecer a atenção do profissional sempre que perdurem ou se manifestem em crianças com idade acima dos 3 anos, porque, segundo o que a literatura deixa transparecer, os efeitos dos hábitos, porventura existentes antes dessa idade, sofrem um processo de correção espontânea na maioria dos casos.

11- Há inúmeras tentativas para definir o que seja um hábito. Consideramos razoável defini-lo nos seguintes termos:- Hábito é um comportamento ou conjunto de atitudes assumidos por um indivíduo que, após aprendê-los, torna-se capaz de repeti-los sem esforço consciente, apresentando gradativo aperfeiçoamento à medida que decorrem o tempo e o número de práticas.

12- Está evidente, para a maioria dos autores consultados, e nos

parece bastante aceitável, o fato da existência de certas anomalias da disposição dentária e da função neuro-muscular poderem concorrer para o advento de determinados hábitos bucais.

13- Os hábitos bucais, quaisquer que sejam os tipos, não apresentam etiologia definida, pelo menos à luz dos atuais conhecimentos. Ao que parece, diversos indivíduos podem ser levados à prática de um mesmo tipo de hábito por razões mutuamente diferentes, dentre as quais podem -- figurar desde a simples imitação até a busca de alívio para tensões psicológicas e emocionais.

4

RESUMO

SUMMARY

4 - RESUMO

Com base na literatura ortodôntica apresentada a partir de 1930, pudemos empreender um estudo dos hábitos bucais e outros comportamentos considerados nocivos à oclusão dentária.

Encontramos muitas opiniões concordantes e algumas divergências, como era esperado. O assunto nos pareceu interessantíssimo e muito amplo, abrangendo a necessidade de conhecimentos sobre Psicologia, Pediatria e Puericultura, além daqueles sobre Ortodontia. É, talvez por isso, a questão permanece crivada de dúvidas para muitos.

Procuramos aclarar alguns pontos julgados fundamentais para oferecer a nós mesmos respostas que acreditamos serem a necessidade também de muitos odontopediatras e ortodontistas. Detivemo-nos, inicialmente, na busca de conceituações e na avaliação dos métodos utilizados pelos autores, no estudo do problema.

Ao tentarmos, em seguida, encontrar os "porquês", agrupamos e analisamos as explicações encontradas para a etiologia desses comportamentos. Neste capítulo, enumeramos interessantes conceitos, basicamente divididos entre os que seguem as escolas psicológicas e os que tendem mais para um determinismo funcional e estrutural. Em outras palavras, deparamo-nos com autores entendendo os hábitos como manifestações psicológicas e emocionais, enquanto outros explicam-nos como resultantes de desvios funcionais da nutrição (principalmente da amamentação), respiração, coordenação neuro-muscular, ou ainda derivadas das próprias condições estruturais do sistema estômato-gnático.

Procuramos, a seguir, expor considerações a respeito dos possíveis efeitos dos hábitos sobre a oclusão dentária e estruturas afins. Neste particular, duas correntes fundamentais se formam: a que salienta a nocividade dos hábitos e a que defende sua inocuidade para a oclusão. Dentre os numerosos autores que constituem a primeira corrente, há os que admitem efeitos somente sobre a posição dentária e os que consideram também a possibilidade de serem afetadas as partes ósseas dos maxi-

lares.

No que tange ao tratamento dos hábitos, as escolas se avolumam, compreendendo 1) os que preconizam um ataque direto a esses comportamentos, mediante o uso de inúmeros dispositivos e expedientes inibidores e até punitivos, 2) os que recomendam ser o problema simplesmente ignorado, 3) os que só admitem tratamento psicológico e 4) aqueles que, talvez mais sensata e objetivamente, preconizam tratamento com intervenções do ortodontista, do psicólogo, do pediatra, do foniatra e, eventualmente, do otorrinolaringologista, somadas à estreita colaboração dos pais.

As divergências, por vezes aventadas, entre os pontos de vista dos médicos, dos ortodontistas e psicólogos, nos parecem muito naturais e lógicas. E não se nos afiguram como situações conflitantes ou opostas. Notamos apenas uma certa relutância, de parte a parte, na aceitação dos conceitos e métodos adotados por uns e outros, o que certamente ocorre pelas limitações de formação profissional em cada um desses setores.

Entendemos estarem errados os psicólogos e pediatras ao negligenciarem a possibilidade de encarar os hábitos bucais como nocivos a, pelo menos, uma parte das estruturas do corpo humano, cujas alterações e anormalidades podem, por sua vez, causar desajustes psíquicos e prejudicar a sociabilidade da criança. Entendemos errados os ortodontistas e odontopediatras que, preocupados com seu limitado campo de atuação, esquecem-se do paciente como um todo, buscando soluções imediatistas para questões que demandam conhecimentos de outras áreas da Medicina.

Todavia, é com satisfação que notamos uma certa evolução no pensamento dos autores mais sensatos, ao encontrarmos psicólogos admitindo as preocupações dos ortodontistas e estes, talvez há mais tempo, procurando aplicar, ainda que rudimentarmente, alguns princípios da Psicologia.

Abrem-se, pois, os caminhos racionais para a solução mais eficiente e humana de um dos problemas mais desagradáveis para o ortodontista e odontopediatra e seus pequenos pacientes.

SUMMARY

This work was based on a review of orthodontic literature since 1930.

It has been found many different opinions about the oral habits and other harmful behaviors to the dental occlusion. This is a very wide field which study includes the necessity of knowledge not only on Orthodontics but also on Psychology, Pediatrics and Child Study.

The Author tried to make clear some fundamental points which seemed to be the major necessity of many other orthodontists and pediatricists. In studying the problem it was first made an evaluation of the methods utilized by different researchers and attempts were also made to define concepts.

In doing this work it was found in the cited literature some authors who understand the habits as an emotional and psychological manifestation and others who explain them as a result of functional deviation of nutrition (mainly breast feeding), respiration, neuro-muscular coordination or derived also from the inner structural conditions of the stomato-gnathic system. In relation to the effects of the habits on the dental occlusion and alike structures there are two basic chains of opinions: one which emphasizes the harmfulness of the habits and other which defends its innocuousness. Among the great number of researchers who belongs to the first chain there are those who accept effects only upon the dental position and others who consider also the possibility of effects on the bone structures of the jaws.

In relation to the treatment of the habits there are several opinions: 1) those who recommend a direct attack to this behaviors, by using various inhibitory and even punitive devices, 2) those who recommend be the problem just ignored, 3) those who only admit psychological treatment and finally 4) the ones, perhaps more wisely, who recommend the treatment by an orthodontist, a pediatrician, a speech therapist and eventually, a rhinologist, all of them with a close cooperation.

tion of the parents.

Occasionally, the divergences suggested, among physicians, orthodontists and psychologists' points of view seem natural and logic to the Author. It has been noted only a certain reluctance, from any of the sides, to accept the concepts and methods adopted by one or another, which occurs in function of some natural limitations of the professional formation in each of these areas.

The Author does not agree with the psychologists and pediatricians who neglect the possibility to consider the harmfulness of oral habits to, at least, a part of the human body structures, which deviations and abnormalities may cause psychological and social disadjustment to the child. Likewise the Author does not agree with those orthodontists and pedodontists who concerned with their limited field of work forget the patients as human beings, looking for immediate solutions for problems that frequently demand other medical knowledges.

However, nowadays, it has been noted a certain evolution in the thoughts of the researchers, so it is appearing psychologists who admit the orthodontists' problems and vice-versa.

5 .. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ADOFNI-BRACCESI, E. & TOLLARO, I. Contribution clinique et statistique à la connaissance de quelques aspects des mauvaises habitudes infantiles. Orthod. fr., Lyon, 39: 290-313, 1968.
- 2 - ANGLE, Edward Hartley. Treatment of malocclusion of the teeth. 7. ed. Philadelphia, G. G. White, 1907. p. 104-11.
- 3 - Treatment of malocclusion of the teeth. 7. ed. Philadelphia, G. G. White, 1907, p. 100. Apud STALLARO, Harvey, op. cit. ref. 74.
- 4 - ANGLE, James C. The causes of malocclusion. Anglo Orthod., Chicago, 1: 36-42, 1932.
- 5 - AYER, William A. & GALK, Elliot N. Psychology and thumbsucking. J. Am. Dent. Ass., Chicago, 80 (3): 1335-7, June 1970.
- 6 - DAER, Donald M. Laboratory control of thumbsucking by withdrawal and re-presentation of reinforcement. J. exp. Analysis Behav., Indianapolis, 5 (4): 525-8, Oct. 1962.
- 7 - BAGE, G. H. Adverse swallowing habit. -- A review of the literature. J. dent. Ass. S. Afr., Cape Town, 10 (12): 400-12, Dec. 1965.
- 8 - BALLARD, G. H. The upper respiratory musculature and Orthodontics. Dent. Rec., London, 60 (1): 1-5, Jan. 1940.
- 9 - BERNSTEIN, G. B. Neutro-occlusion complicated by a functional tongue habit. (Case report). Dent. Items, New York, 61: 1934-35, Nov. 1939.
- 10 - BLACKBERRY, P. E., Jr. The thumbsucking habit. J. Dent. Child., -- Detroit, 11 (2): 34-41, 2. quart., 1944.
- 11 - DONNEY, Thos. C. Facial deformities: Results of thumbsucking, tongue- and lip-biting. South Illth. J., Minneapolis, 4: 12-4, -- Oct.-Dec. 1935.

- 12 - BOYENS, Paul J. Value of autosuggestion in the therapy of "bruxism" and other biting habits. J. Am. dent. Ass., Chicago, 27: 1773-7, Nov. 1940.
- 13 - CASE, Calvin G. Dental Orthopedics and correction of cleft palate. C. G. Case, Chicago, 1921. Apud LEWIS, Samuel J., op. cit. ref. 46.
- 14 - CHAPMAN, Harold. The effect of habit. Dent. Rec., London, 61: 133-6, May 1941.
- 15 - COOKE, B. Thumbsucking and similar habits. Dent. Mag. oral Top., London, 61: 169-73, Oct. 1944.
- 16 - DEWEY, Martin H. Practical Orthodontia. St. Louis, C. V. Mosby, 1914. Apud LEWIS, Samuel J., op. cit. ref. 46.
- 17 - DEKIN, Leon. Should thumbsucking be forcibly prevented? J. Dent. Child., Detroit, 9 (4): 110-3, 1942.
- 18 - FACTORS in the development of malocclusions. Brit. dent. J., London, 58 (4): 213-5, May, 1954. (Editorial).
- 19 - FINN, Sidney B. Clinical Pedodontics. 3. ed., Philadelphia, Saunders, 1957. p. 307-23.
- 20 - FLUHRER, A. Vernon. Some original investigations into pressure habits as etiological factors in dentofacial abnormalities. Am. J. Orthod., St. Louis, 36 (1): 37-57, Jan. 1950.
- 21 - FRIED, Kenneth H. Palate-tongue relativity. Angle Orthod., Chicago, 41 (4): 306-23, Oct. 1971.
- 22 - FULTON, J. T. The etiology of thumbsucking. J. Dent. Child., Detroit, 10 (1): 10-4, 1. quart., 1943.
- 23 - GLASER, Clifford G. Psychoterapy in Orthodontics. Am. J. Orthod. oral Surg., St. Louis, 32: 340-54, June 1946.
- 24 - GRADEDI, T. M. The finger sucking habit and associated problems. J. Dent. Child., Detroit, 25 (2): 145-51, 1958.

- 25 - GRABER, T. M. Orthodontics - Principles and practice. 2. ed. Philadelphia, Saunders, 1966. p. 296-325.
- 26 - GRUNSPUN, Haim. Distúrbios neurológicos da criança. Rio de Janeiro, Atheneu, 1966. p. 351-74.
- 27 - GUYNNE-EVANS, E. The upper respiratory musculature and orthodontics. (Part II). Dent. Rec., London, 68 (1): 5-21, Jan. 1948.
- 28 - HARTSOOK, Joseph T. Mouth breathing as a primary etiologic factor in the production of malocclusion. J. Dent. Child., Detroit, 13 (4): 91-4, 1946.
- 29 - HYDE, Walter. Factors in the etiology of malocclusion. J. Am. dent. Ass., Chicago, 22: 1003-15, 1935.
- 30 - IZARD, G. La Pratique Stomatologique. Vol. VII, Orthodontie (Orthopédie dento-faciale). 3. ed. Paris, Masson, 1950. p. 494-504.
- 31 - JACKSON, V. H. Orthodontia and Orthopedia of the face. Philadelphia, Lippincott, 1904. Apud LEWIS, Samuel J., op. cit. ref. 46.
- 32 - JAMES, William. Habit. New York, Henry Holt, 1890. Apud NELSON, Beulah G., op. cit. ref. 64.
- 33 - JOHNSON, B. J. Child Psychology. Springfield, Charles C. Thomas, 1932. Apud JOHNSON, Leland R., op. cit. ref. 34.
- 34 - JOHNSON, Leland R. Habits and their control during childhood. J. Am. dent. Ass., Chicago, 24 (9): 1409-21, Sept. 1937.
- 35 - The status of thumbsucking and fingersucking. J. Am. dent. Ass., Chicago, 26 (8): 1245-54, Aug. 1939.
- 36 - Habits and their relation to malocclusion. J. Am. dent. Ass., Chicago, 30 (6): 848-52, June, 1943.
- 37 - JUTKOWITZ, A. Open-bite associated with a tongue habit. Am. J. Orthod, oral Surg., St. Louis, 27: 30-40, Jan. 1941.

- 38 - KLEIN, Ernest T. Thumbsucking: Meaningful or empty? Am. J. Orthod., St. Louis, 59 (3): 203-9, Mar. 1971.
- 39 -: Abnormal pressure habits are a factor of malocclusion. Dent. Survey, Minneapolis, 26: 1081-7, Aug. 1931.
- 40 - LAURENZA, A. & PECCATORI, G. La funzionalità respiratoria nasale ed orale nel morsus inversus. Reperti clinici, funzionali e telerradiografici. Rass. int. Stomat. prat., Milano, 14: 197-202, mag-giu. 1963.
- 41 - & BILLA, M. La funzionalità respiratoria nasale ed orale nel morsus contractus, retractus e protractus. Reperti clinici, funzionali e telerradiografici. Rass. int. Stomat. prat., Milano, 14: 187-96, mag-giu. 1963.
- 42 - LAWES, A. G. H. - Psychosomatic study into the nature, prevention and treatment of thumbsucking and its relationship to dental deformities. (I). Dent. J. Aust., Sydney, 22 (4): 167-94, Apr. 1950.
- 43 -: Psychosomatic study into the nature, prevention and treatment of thumbsucking and its relationship to dental deformities. (II). Dent. J. Aust., Sydney, 22 (5): 272-305, June 1950.
- 44 - LEADER, S. A. Nasal and oral respiratory air pressures: Their effect upon the growth and health of dental structures. Some experiments and conclusions. Br. dent. J., London, 56: 387-9, 1934.
- 45 - LEVY, David M. Thumb- and finger-sucking from psychiatric angle. Angle Orthod., Chicago, 7: 100, Apr. 1937. Apud MACK, Edward S., op. cit. ref. 53.
- 46 - LEWIS, Samuel J. Thumbsucking: A cause of malocclusion in the deciduous teeth. J. Am. dent. Ass., Chicago, 17: 1060-73, 1930.
- 47 -: Undesirable habits influencing the deciduous dentition. J. Am. dent. Ass., Chicago, 10: 1766-78, Apr. 1931.

- 48 - LEWIS, Samuel J. & LEHMAN, I. A. (+) Dent. Cosmos, Philadelphia, 71: 400, May 1929. Apud LEWIS, Samuel J., op. cit., ref. 40.
- 49 - LISCHER, D. J. Orthodontics. Philadelphia, Lea & Febiger, 1912. Apud LEWIS, Samuel J., op. cit., ref. 40.
- 50 - LOWREY, L. G. Personality distortion in early institutional care. Am. J. Orthopsychiat., Menasha, Wis., 10: 576-86, July 1940. Apud FULTON, J. T., op. cit., ref. 22.
- 51 - LUBIT, Esther & LUDIT, Erwin C. Psychological and dental aspects of thumbsucking. Dent. Items, New York, 70: 279-81, Mar. 1940.
- 52 - LUKACS, A. & SILLA, M. La funzionalità respiratoria nasale ed orale nel morsus profundus. Reperti clinici, funzionali e telerradiografici. Rass. int. Stomat. prat., Milano, 14: 203-12, mag.-giu., 1933.
- 53 - MACK, Edward G. The dilemma in the management of thumbsucking. J. Am. dent. Ass., Chicago, 43: 33-45, July 1951.
- 54 - MARTIN, A. H. Psychology in outline. Sydney, Dymocks, 1945. Apud LAWES, A. G. H., op. cit., ref. 42.
- 55 - MAGGIER, Maury. Oral habits: Origin, evolution and current concepts in management. Alpha Omega, Philadelphia, 96: 127-35, Sept. 1963.
- 56 - & CHURPA, Baldev. The palatal crib for the correction of oral habits. J. Dent. Child., Detroit, 17(2): 1-6, 1950.
- 57 - & ZWEMER, J. D. Mouth breathing. (II): Diagnosis and treatment. J. Am. dent. Ass., Chicago, 46: 650-71, June 1953.
- 58 - MCCOY, James D. Applied Orthodontia. Philadelphia, Lea & Febiger, 1922. Apud NELSON, B. G., op. cit., ref. 64.

(+) A ref. 48 segue transcrita textualmente como aparece no trabalho citado na ref. 40.

- 59 - McDONALD, Ralph E. Odontología para el niño y el adolescente. -
Trad. por Horacio Martínez. Buenos Aires, Mundi, 1971. p.
364-73.
- 60 - MILLER, S. C. Effect of abnormal biting habit. N.Y. J. Dent., ..
New York, 1: 385, 1931.
- 61 - MITCHELL, Harriet. Thumbsucking: Practical appraisal from hygiene
and orthodontic points of view. Yb. Dent., Chicago: 704-5, -
1941. (Abstract).
- 62 - MOORE, Srahame J.; McNEILL, R. W.; D'ANNA, J. A. The effects of
digit sucking on facial growth. J. Am. dent. Ass., Chicago, -
64 (3): 592-9, Mar. 1972.
- 63 - MUNRO, Donald. Thumb -- and finger-sucking. Dent. Practnr dent. -
Rec., Bristol, 2: 67-75, Nov. 1956.
- 64 - NELSON, Beulah G. Habits which affect the development of the den-
ture. Dent. Cosmos, Philadelphia, 73: 141-7, Feb. 1931.
- 65 - ORAL habits. J. Dent. Child., Detroit, 22: 139-41, 3. quart., -
1955. (Editorial).
- 66 - ORTHODONTIC paradox. Am. J. Orthod. oral Surg., St. Louis, 24: -
1214-6, 1930 (Editorial).
- 67 - PARKER, John H. The interception of the open bite in the early -
growth period. Angle Orthod., Chicago, 41 (1): 24-44, Jan.
1971.
- 68 - PHYSICIANS and thumbsucking. Am. J. Orthod. oral Surg., St. Louis,
29: 489, Aug. 1943. (Editorial).
- 69 - REX, Ernest. Deglutition and the teeth. Dent. Rec. London, 66 -
(5): 103-3, May 1946.
- 70 - SCLARE, Rachel. The psychology of nervous habits. Dent. Rec., -
London, 60: 439-46, Nov. 1940.
- 71 - Habits and the orthodontist. Dent. Mag. oral Top., Lon-
don, 60: 9-16, Feb. 1949.

- 72 -- OKUDA, Edward A. et alii. A behavioral approach to the control of thumbsucking in the classroom. *J. appl. Behav. Analysis*, Lawrence, 4 (2): 121-3, 1971.
- 73 -- GORRIN, Sidney. An unusual case of abnormal habit. *Am. J. Orthod. oral Surg.*, St. Louis, 26: 506-9, June 1939.
- 74 -- STALLARD, Harvey. A consideration of extra-oral pressures in the etiology of malocclusions. *Int. J. Orthod. oral Surg. Radiogr.* St. Louis, 16 (5): 475-526, May 1930.
- 75 -- STEVENS, Otto. Abnormal mouth habits as an etiological factor in malocclusion. *Dent. Stud's Mag.*, Chicago, 37: 13-17, 74, Mar. 1959.
- 76 -- SWINEHART, Earl W. Structural and nervous effects of thumbsucking. *J. Am. dent. Ass. dent. Cosmos*, Chicago, 29: 230-47, 1930.
- 77 -- TEUSCHER, George W. Suggestions for the treatment of abnormal mouth habits. *J. Am. dent. Ass.*, Chicago, 27 (11): 1703-14, Nov. 1940.
- 78 -- THOM, Douglas A. *Everyday problems of everyday child*. Appleton, 1927. Apud FULTON, J. T., op. cit. ref. 82.
- 79 -- TICHLER, Benjamin. Oclusal habit neurosis. *Dent. Cosmos*, Philadelphia, 20: 600-4, 1926. Apud NELSON, Beulah G., op. cit. ref. 64.
- 80 -- TOLMAN, Charles W. & NUELLEN, Marvin R. Laboratory control of toe-sucking in a young Rhesus monkey by two kinds of punishment. *J. exp. Analysis Behav.*, Indianapolis, 7 (4): 323-6, July 1964.
- 81 -- VILLAIN, Henri. Thumbsucking. *Dent. Cosmos*, Philadelphia, 25, 202, Feb. 1933. Apud BLACKERBY, P.E., Jr., op. cit. ref. 10.
- 82 -- WILSON, H. E. Lip exercises. *Dent. Rec.*, London, 69: 314-6, Nov. 1949.

83 -- WOODCOCK, Irene G. The psychology of child patients. Dent. Cosmos, Philadelphia, 23: 274-9, 1931.

NOTA : Na elaboração deste capítulo adotamos o PNE-66 da ABNT. Abreviações dos títulos de periódicos, segundo a World list of scientific periodicals, 4. ed., London, Butterworths, 1963. 3 v.