

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Simone Chohfi
cirurgiã dentista

HÁBITOS DE SUCÇÃO NÃO NUTRITIVOS

Monografia apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, como requisito para
obtenção de título de especialista em
odontopediatria.

Universidade Estadual de Campinas

Faculdade de Odontologia de Piracicaba



1290004704

TCE/UNICAMP
C451h
FOP

Simone Chohfi
cirurgiã dentista

HÁBITOS DE SUCÇÃO NÃO NUTRITIVOS

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, como requisito para obtenção de título de especialista em odontopediatria.

Orientadora : Prof.ª Dr.ª Cecília Gatti Guirado

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

Classif. _____
 autor GATTI

 mbo mi. 114

data - FCP/UNICAMP
 E/UNICAMP
 53h
 Ex
 4704

 16p. 134/2010
 R\$ 11,00
 13/04/2010
 26-355

Ficha Catalográfica

C451h	<p>Chohfi, Simone. Hábitos de sucção não nutritivos. / Simone Chohfi. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2000. 60f.</p> <p>Orientadora : Profª Drª Cecília Gatti Guirado. Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>I. Odontopediatria. I. Guirado Cecília Gatti. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p>
-------	--

Agradeço

**a meus pais pelo incentivo;
ao Milton pelo amor e pela compreensão ;
e a todos que me ajudaram direta e indiretamente .**

Agradecimento especial

**à minha orientadora Prof.^a Dr.^a Cecília Gatti Guiraldo
pelo apoio , pela ajuda e pelo carinho.**

A vaidade enlouquece.
A revolta dificulta.
A dor regenera.
A facilidade perturba.
O trabalho educa.
A humildade eleva sempre.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

1 . Introdução	11
2 . Revisão de Literatura	16
3 . Discussão	35
4 . Conclusões	53
Referências Bibliográficas	55

RESUMO

Recém nascidos possuem o instinto da sucção , sendo um reflexo da própria natureza. A amamentação por tempo limitado e , muitas vezes a falta de afeto dos pais para com as crianças resulta em dependência desta ao hábito de sucção, causando muitos malefícios à oclusão, principalmente se ultrapassado os 4 anos. Dentre as principais maloclusões temos : mordida aberta, mordida cruzada, protrusão da maxila e classe II de molar. Não existe uma idade ideal para iniciar o tratamento da interrupção do hábito .É necessário um diagnóstico preciso para verificar a existência de um fator emocional ou psicológico, com a colaboração de um psicólogo. Para o sucesso do tratamento é imprescindível a colaboração das crianças e dos pais.

ABSTRACT

Ready born have a suction instinct, as it is a reflex of their very own nature . Breast feading for a limited amount of the time and many times the parent's lack of affection towards the children , results in the childs dependence as the suction habit , which causes harmful reprecautions to the occlusion , especially if it continuos after the age of four. Within the most important malocclusions we have : open bite , crossbite , jaws protrusion and molar class II. There is no specific nor ideal age to innitiate the treatment to interrupt the habit. A precise diagnosis is necessary to seak the existence of as emotional or psycological factor . For a sucessful treatment the consent of the children and parents in essential .

INTRODUÇÃO

Durante a infância , a boca é o órgão mais importante do corpo e torna-se o primeiro contato através do qual a criança obtém o ar que respira e o alimento, ao mesmo tempo em que faz contato com o ambiente que a rodeia²⁵.

Inicialmente , uma criança não experimenta nenhum limite entre o seu próprio "eu" e a mãe , pelo contrário ela sente-se fusionada com a mãe , e denomina-se este fator de simbiose. Somente após 6-7 meses de idade uma criança começa a descobrir um limite entre si própria e o ambiente , e a primeira pessoa a desenvolver um formato é a mãe. Um desenvolvimento positivo durante os primeiros 6 meses de vida leva a criança a aprender a receber e reter tudo aquilo que lhe é dado, enquanto sua mãe sente-se como doadora. Sentimentos de autoconfiança e confiança através do ambiente e da existência são o início da habilidade de fazer contato. O desenvolvimento negativo pode indicar que uma criança mostra resignação , torna-se apática e indiferente. As consequências podem ser insegurança fundamental e insatisfação , incluindo dificuldades no desenvolvimento da habilidade de fazer

contatos. Nestes casos , uma chupeta pode frequentemente funcionar como uma válvula de escape, impedindo o contato social. Pode ser um comportamento aprendido , mas a maioria acredita que deriva de uma necessidade primária, ou ainda, insatisfação na sucção, ou insegurança²⁵.

O reflexo da sucção está presente em 100% das crianças normais até 4 anos². É um reflexo inato observado inclusive em fetos através de ultra-sonografia, com a sucção de polegar ou outros dedos^{15/29}. Acontece no estágio oral do desenvolvimento e desaparece normalmente entre 1 a 3 1/2 anos de idade. A sucção satisfaz , além da nutrição , importantes necessidades psicológicas e parece estar relacionada com a linguagem e outras expressões de desenvolvimento mental¹⁵.

Certos hábitos servem como estímulo ao crescimento normal dos maxilares ; por exemplo, a ação normal dos lábios e a mastigação formam um sistema equilibrado e dinâmico entre a face e a cavidade oral¹².

Este sistema apresenta estímulos primários e secundários , sendo os secundários completamente dependentes do desenvolvimento e crescimento normal dos primários². São eles:

(1) estímulos primários: funções vitais que mantêm a condição orgânica de todo o corpo como a sucção , a respiração

, a mastigação e a deglutição. Alterações na oclusão podem acometer a fala na produção dos fonemas s e z ;

(2) estímulos secundários: funções de fala e expressão facial. Alterações na oclusão prejudicam a expressão facial.

Existem 2 formas de sucção :

(1) sucção nutritiva : seio materno e mamadeira;

(2) sucção não nutritiva : polegar ou dedos , chupetas e outros objetos .

Além de nutrir, a amamentação produz também um estímulo prazeroso dos lábios , da língua e da mucosa bucal, associados ao carinho ,e aconchego materno, trazendo tranquilidade, conforto e confiança. Muitas vezes na tentativa de prolongar este prazer , a criança busca o hábito de sucção²³.

Ao observarem o choro da criança , as mães colocam o dedo ou chupeta , com a finalidade de que as mesmas permaneçam em constante sucção e deixem de chorar. Este fato ocorre por falta de afeto e de carinho natural , ou por falta de tempo das mães por trabalharem fora de casa²¹ . Os autores acreditam que estas crianças tendem a desenvolver o hábito de sucção não nutritivo , por se sentirem inseguras e carentes. Van Norman (1997)²⁹ acredita que este hábito se prolongado após os

6 anos torna a criança diferente quando comparada àquelas sem o hábito, tanto na inteligência , quanto na alegria, ficando também com aspecto pálido , apático , além de alterar sua função digestiva pelo excesso de saliva deglutida pelo uso de chupeta. É prejudicada inclusive na escola , com os colegas , se tornando uma criança rejeitada.⁵

REVISÃO

DE

LITERATURA

SWEDMYR²⁶, em 1979, realizando um estudo em 226 meninos e 236 meninas, na idade de 1 a 10 anos quanto ao hábito de sucção, observou que 14% não apresentavam nenhum tipo de hábito enquanto 62% permaneciam com o hábito de chupetas e 16% com o de sucção de polegar. Quase todas as crianças tiveram início ao hábito de chupeta na primeira semana de vida; muitos adquiriram suas chupetas ainda no hospital, muitas vezes sem o consentimento das mães. Quanto aos tipos de maloclusões foram encontrados 60% de crianças com hábito e com presenças de maloclusões, e apenas 16% de maloclusões em crianças sem o hábito de sucção. A protrusão foi mais freqüente entre os que apresentavam hábito de sucção de polegar; a mordida aberta foi particularmente mais severa entre as crianças com hábito de chupetas, assim como a mordida cruzada.

MAYORAL¹³, 1979, avaliando a relação existente entre hábitos bucais nocivos e maloclusão, entre 512 meninas e 527 meninos, com idade entre 6 e 9 anos, assegurou que o hábito de

sucção acarreta a deglutição atípica na maioria dos casos, devido a falta de selamento anterior .

Para **ROSA**²⁰ , 1980, estes hábitos comportam uma classificação que tem como fundamento o seguinte:

- a) prolongamento do hábito: é observável como característica benigna de conduta , até certo ponto;
- b) distúrbio emocional : no geral o mau hábito esta estreitamente vinculado a um distúrbio emocional causado pelos pais, às vezes até desconhecendo como e porque o provocaram;
- c) distúrbio patológico : quando este fato é observável, esta diretamente ligado ao psique, cabendo ao médico pediatra a cura.

CERNY¹,1981, pesquisando 600 crianças em idades não discriminadas sobre o hábito de sucção de polegar ou dedos ,através de questionários respondidos pelos pais verificou o hábito digital em 18% das crianças, com redução de aproximadamente 1,4% ao ano(destes 43% são meninos e 57% meninas).

OLIVEIRA¹⁹ , 1981, estudando as maloclusões provindas dos hábitos de sucção em 397 meninos e 393 meninas , com idades de 3 a 6 anos, concluiu que a prevalência em meninos foi de 1,85% e 50,50% para oclusão normal e maloclusão ,

respectivamente ; e para meninas foi de 6,0% e 61,09% respectivamente.

MODÉER ,ODENRICK e LINDNER¹⁴ ,1982, realizaram um estudo com 588 crianças ,302 meninas e 286 meninos , com idade de 4 anos, investigando a relação entre a duração e a intensidade do hábito de sucção , e a mordida cruzada posterior. Em crianças que possuíram o hábito ou ainda o possuem ,78% fez ou ainda faz uso da chupeta e 18% chupa dedo ou polegar. O tempo de sucção encontrado foi de 3,7 horas por dia para a sucção de chupeta e 1,3 horas/dia para a sucção de polegar ou dedos. Em contraste o polegar não decresceu no período pré-escolar. Em relação às maloclusões 15% das crianças examinadas exibiram mordida cruzada unilateral, 2% exibiram mordida cruzada bilateral e 5% topo a topo. A mordida cruzada unilateral foi positivamente relacionada com a intensidade do hábito em horas por dia, e principalmente em ocasiões em que o hábito ultrapassou os 2 anos de idade.

Analisando crianças com hábito prolongado de sucção de chupeta ou dedo referido por **LARSSON** ⁹, 1983, em um trabalho de 10 anos, foi examinado a prevalência de mordida cruzada entre 252 crianças com o hábito de sucção digital prolongado e 31 com sucção prolongada de chupeta. A idade média foi de 10 anos

para sucção digital e 8 anos para sucção de chupeta. Concluiu-se que 13,5% das 252 crianças e 16% das 31 outras apresentavam mordida cruzada posterior. O autor não achou neste estudo alta prevalência de mordida cruzada posterior nas dentições mista e permanente, e segundo ele, isto se deve a três formas do desenvolvimento da relação transversal dos molares durante o estágio de desenvolvimento da dentição:

a) a mordida cruzada ocasionada em crianças com pouca idade devido ao hábito de sucção não atingirá a dentição permanente se o hábito for descontinuado; a reação da chupeta ou polegar é limitada à região anterior do palato e isto ocorre devido ao fato de, nem a chupeta nem o dedo ser introduzido com muita profundidade na boca. A parte que fica intra-oral da chupeta mede 25mm, ocupando totalmente a cavidade bucal de uma criança pequena. Na dentição permanente a distância entre os incisivos superiores e a fossa central dos 1ºs molares superiores permanentes mede 30 a 35 mm. Examinando a dentição mista de 20 crianças, foi tirado raio X, e mostrado que durante a sucção de polegar, este atinge levemente a região de 2º pré-molar ou 1º molar. Portanto é provável que o hábito não afete estes dentes.

Outro fator contribuidor é a língua que no ato da sucção ocupa a porção posterior da cavidade oral, fazendo pressão nos molares e contrabalançando com a pressão das bochechas.

b) em crianças com o hábito de sucção de chupeta aos 4 anos , devido a grande prevalência de mordida cruzada posterior , espera-se que a mesma também se manifeste aos 9 ou 10 anos. Porém , a mordida cruzada aos 4 anos não se desenvolve em grande porcentagem aos 10 anos. Isto é aplicado também para sucção de polegar.

c) combinação das anteriores .

SOGBE DE AGELL²⁴,1985, relata a importância de se verificar a frequência com que ocorre o hábito antes da intervenção terapêutica no acompanhamento do sucesso do tratamento. As técnicas de tratamento consistiam em substituir o estímulo ao hábito por condutas alternativas incompatíveis com a sucção do polegar , como por exemplo, brincar de boneca, andar de bicicleta. Estas condutas funcionarão como reforçadores positivos sociais ,como sorrir, abraçar, beijar. Os familiares devem ser instruídos para tal.

LARSSON e DAHLIN¹⁰,1985 , relacionaram a prevalência da sucção de dedos e chupeta e as maloclusões em 3 grupos :

a) 415 crianças de Zimbábue (1,2e 5 anos; alguns com menos de 1 ano);

b) 20 crânios que exibiam dentição decídua intacta , do período de 1000 a 1500 d.c. achados na Escandinávia. Estes crânios foram divididos entre os que exibiam firme contato incisal e os que apresentavam maloclusões associadas com hábito de sucção ;

c) 280 crianças da Suécia (2 meses, 9 meses e 18 meses).

A pesquisa foi feita com a cooperação das mães.

A frequência de sucção de dedos foi pequena na África; entre as 415 crianças ,4 meninos e 4 meninas apresentavam o hábito.Sucção de chupeta não ocorreu entre as crianças africanas. Nestes países a mãe trabalha durante o dia ou é subnutrida, conseqüentemente o leite diminui; portanto a criança precisa succionar forte e intensivamente por um longo tempo, para conseguir se alimentar.

Na Escandinávia , os crânios observados sugeriram a teoria de que a sucção de dedos ou hábitos similares foram muito raros nesta época. A relação incisal foi muito importante no diagnóstico do hábito .

Na Suécia somente 1/10 das crianças investigadas estavam livres da chupeta e dedos. Nas cidades ocidentais industrializadas, ao contrário da África, a maioria das crianças apresentavam sucção de dedos ou chupeta, devido a presença de leite artificial, cereais, papinhas, além de leite materno abundante . Isto mostra uma diferença na prevalência do início do hábito , entre

as diferentes culturas e épocas, sugerindo que a sociedade ocidental moderna contém fatores de essencial significância para o aparecimento do ato de sucção de dedos ou chupeta.

Se as crianças pequenas sugam os seios de suas mães quando não estão com fome, esta intenção é somente para satisfazer seus instintos de sucção. A satisfação do instinto da sucção e o contato físico com a mãe são mais importantes que a nutrição; este fato foi mais observado na África.

Para **SILVA FILHO**²² *et al*, 1986, a sucção digital é um grande fator etiológico da maloclusão. O tipo e a gravidade provocada dependem de : (a) intensidade ,freqüência e duração do hábito ,e (b) resistência alveolar e o padrão dentofacial inerente da criança. As possíveis conseqüências podem ser ;

- a) mordida aberta anterior circular (dento-alveolar);
- b) vestibulo-versão dos incisivos superiores ;
- c) verticalização dos incisivos inferiores;
- d) aumento do trespassse horizontal;
- e) com menor freqüência , mordida cruzada posterior às vezes associada a um palato profundo ;
- f) diastema entre os incisivos superiores.

Pode-se instalar uma relação molar intercuspídica de Classe II. A análise cefalométrica é um excelente meio para

diferenciar uma mordida aberta anterior esquelética da dentoalveolar. As características cefalométricas da mordida aberta anterior são :ramo ascendente curto ,ângulo goniaco obtuso ,pequena altura alveolar na região do 1º molar inferior ;planos horizontais excessivamente divergentes e dimensão vertical da face anterior aumentada.

Este autor acredita ainda que o sucesso do tratamento depende de um diagnóstico e planejamento realizados em conjunto, ou seja, participação do odontólogo e do fonoaudiologista , assessorados pelo psicólogo.

Em 1986, LARSSON ⁸ investigou a prevalência de mordida cruzada posterior em crianças com o hábito de sucção na dentição decídua , e a predominância na dentição permanente. O material original era de 1971 e consistia de 3214 crianças com o hábito de sucção. Destas ,as que haviam completado 16 anos foram chamadas a participar da nova pesquisa (689 crianças). A maior prevalência foi relatada em crianças que usaram chupetas além dos 4 anos, e já era observado a mordida cruzada posterior na época; de 75 crianças deste grupo 30(40%) apresentavam a maloclusão.

Portanto , a prevalência de mordida cruzada posterior em crianças com hábito prolongado de sucção de chupeta foi duas

vezes maior quando comparado àquelas que pararam o hábito antes dos 4 anos de idade.

Examinando originalmente , em 1982, 586 crianças com 4 anos de idade, em relação ao hábito de sucção e mordida cruzada, não foi observado diferenças em relação a prevalência da mordida cruzada entre as crianças com os diferentes hábitos de sucção(dedos ou chupeta). A respeito destas mesmas crianças ,**LINDNER e MODÉER¹¹**, em 1989, relataram uma pesquisa selecionando 35 meninos e 41 meninas concluindo a influência negativa do hábito de sucção na largura da arcada , sendo expressada tanto pela intensidade como pela duração do hábito. A sucção de chupeta foi mais prejudicial à oclusão, devido a maior intensidade e maior tempo de sucção quando comparada ao dedo.

ESTRIPEAUT³, 1989 , relatouem seu estudo que a duração e a intensidade do hábito do polegar levará o paciente a desenvolver hábitos maiores como interposição da língua e a hiperatividade do músculo mental , e como consequência o aumento da mordida aberta anterior e/ou posterior o que torna mais deformantes e mais difícil de serem corrigidas.

Em relação à mordida aberta anterior, **SILVA FILHO**²³ *et al* , no ano de 1991, buscaram sua etiologia ,através de um estudo epidemiológico, demonstrando a alta prevalência de maloclusões em crianças com dentição mista. A porcentagem de oclusão normal foi de 11,4% , enquanto 88,5% apresentavam diversos tipos de maloclusões. Destes, 23% tiveram como etiologia o hábito de sucção , como sucção de chupeta ou dedos e interposição lingual. Relataram que o hábito de sucção de chupeta e/ou digital após os 4 anos de idade são fatores importantes na contribuição da maloclusão, a qual é manifestada como uma mordida aberta dento alveolar encontrada em 18,5% das crianças. Nestes, em 70% dos casos a mordida cruzada era restrita a área inter-canina, podendo ser associada com mordida cruzada posterior unilateral ou bilateral.

De acordo com um simpósio realizado em 1990, na presença de diversos doutores na área de ortodontia voltada ao hábito de sucção , **NOWAK**¹⁸ , em 1991 fez um resumo do exposto correlato a etiologias e tratamentos, no qual **LINDNER** demonstrou que a relação transversa da maxila diminui com o hábito de sucção persistente, e a mordida cruzada aumenta em crianças com o hábito após 2 anos de idade. **EISMAN** achou que chupetas com novo formato e conforto(ortodônticas) não desenvolvem nenhum tipo de discrepância transversa após 2 anos, além de propiciar uma

satisfação por sucção mais cedo, fazendo com que a criança abandone o hábito.

Para JOHNSON e LARSON ⁷,1993, vários fatores contribuem para a severidade da sucção não nutritiva; devido a isto , é necessário fazer uma relação entre estes fatores e a severidade do hábito , baseado na causa , prevalência e na atuação do fator envolvido , para diferenciar entre os tratamentos. De acordo com os autores, os fatores que contribuem para a severidade do hábito de sucção não nutritivo estão a seguir em ordem decrescente:

a) hábitos não expressivos x expressivos

O hábito sustentado por um distúrbio psicológico profundo (expressivo) apresenta-se mais difícil ao tratamento quando comparado ao não expressivo.

b) cooperação do paciente para encerrar o hábito

A criança pode ter prazer com o hábito, tornando assim difícil a cooperação no tratamento. A terapia para estas crianças exige mais agressividade e estratégia, diferente do tratamento para as que cooperam.

c) duração do hábito

Quanto mais idade a criança tiver mais difícil será o tratamento. Apesar do aumento na severidade do hábito , há um aumento também nos fatores que promovem a parada do mesmo.

d) nível de necessidade do paciente

Em geral , o hábito de sucção não nutritivo apresenta-se mais severo em meninas que em meninos. O hábito geralmente ocorre em diferentes situações , locais e em um determinado tempo.

e) consciente x inconsciente

O hábito noturno ou o inconsciente diurno são mais fáceis de serem removidos, pois o enfraquecimento do mecanismo feedback ajuda na parada do mesmo. O hábito consciente , envolve escolha e necessidade, deixando o tratamento mais difícil e complexo.

f) cooperação dos pais

Estudos mostram resultados positivos quando há auxílio e cooperação dos pais.

g) terapia prévia

Insucesso em terapia passada, influencia tentativas posteriores.

Revisando a literatura sobre hábito de sucção digital , **UMBERGER e VAN REENEN** ²⁵,1995, relataram que os problemas, quando acarretados, podem ser orgânicos ou não orgânicos. Problemas orgânicos são mais comuns , particularmente quando o hábito persiste após os 4 anos, sendo eles : danos oclusais , mordida aberta, overjet, trauma na mucosa e desenvolvimento anormal da face.Os não orgânicos seriam as alterações na fala , principalmente s e z e ingestão acidental de substâncias perigosas .

Conforme **TURGEON O'BRIEN et al**²⁷, 1996, as crianças que tiveram acesso irrestrito à amamentação ou não se satisfizeram com a mamadeira, terão uma forte chance de usar chupetas. Relataram que chupetas com formato fisiológico, chamadas de ortodônticas, se ajustam corretamente aos lábios da criança, promovendo tranquilidade e o contorno proporcionando a respiração nasal. A parte plana do bico da chupeta, permite que a língua encoste no palato, deixando a posição da sucção natural e melhorando o selamento dos lábios. Estes autores citam Anderson (1986), o qual observou que em crianças recém nascidas que usavam chupetas, perderam uma menor porcentagem de peso comparado ao do nascimento, organizavam mais precocemente o seu modo de sucção, alimentação mais rápida e mais cedo na mamadeira, maior velocidade na transição gastro intestinal, maiores movimentos intestinais, eram mais cedo liberadas da maternidade, e observado um maior peso e maior circunferência da cabeça com um ano de idade.

FUKUTA et al⁶, em 1996, estudaram a influência do hábito de sucção de polegar ou dedos em 2018 crianças normais japonesas, em três faixas etárias, 3, 4 e 5 anos. Destas, 930 crianças foram selecionadas, e divididas em dois grupos; 671 crianças sem a presença do hábito e 259 com a presença do mesmo. Os autores

concluíram que a frequência de protrusão maxilar nas crianças sem o hábito foi de 9.5% no grupo de 3 anos, 9.8% no grupo de 4 anos e 10.0% no grupo de 5 anos de idade. Para o grupo com o hábito de sucção do polegar ou dedo a frequência foi de 23.7% no grupo de 3 anos, 16.3% no grupo de 4 anos e 24.2% no grupo de 5 anos. Comparando ambos os grupos a frequência do grupo de sucção de polegar foi mais alta em todas as idades, uma grande diferença foi notada no grupo de 3 anos de idade. Em contraste com estes resultados, a frequência de protrusão mandibular no grupo de sucção de polegar e dedos, para 3 e 4 anos de idade foi menor que o grupo que não possuía hábitos de sucção.

A frequência de mordida aberta no grupo sem hábitos foi aproximadamente de 2 a 3% em todas as idades pesquisadas; para o grupo com o hábito a frequência foi de 12.6% em crianças de 3 anos, 7.7% em 4 anos e 15.1% em crianças com 5 anos de idade. Comparando os grupos, aquele com o hábito mostrou maior frequência em todas as idades do que o sem o hábito. Contrastando com estes resultados o grupo com o hábito apresentou menor frequência de mordida profunda em todas as idades.

A relação entre o hábito e a variação na dentição: a diferença na largura das arcadas na região de caninos foi positivamente correlacionada com dedo e chupeta. A variação de overbite foi negativamente relacionada a duração do hábito de

sucção. Análises mostraram que a overbite diminui com a duração do hábito de sucção

Por sua vez, **MODESTO e AZEVEDO¹⁵**, 1996, revisando a literatura existente sobre hábitos, verificaram que no hábito de sucção com intensidade e frequência altas, tanto os dentes quanto o processo alveolar são prejudicados, além do desenvolvimento do esqueleto facial poder ser desviado do seu curso normal. As características mais relatadas foram:

- protrusão da maxila;
- protrusão dos incisivos superiores ;
- retroinclinação dos incisivos inferiores ;
- deformidade do palato duro ;
- inibição da erupção de incisivos superiores e inferiores com mordida aberta;
- língua inadequadamente posicionada no assoalho da boca e na superfície dos dentes com tendência a hipotonicidade e deglutição atípica ;
- arco superior estreito ;
- relação molar de cl II;
- mordida cruzada posterior ;
- diastema nos incisivos superiores e inferiores ;

- lábio superior hipotônico e lábio inferior hiperativo ,pois pode ser elevado por contrações anormais do músculo orbicular durante a deglutição ,para uma posição entre os incisivos superiores mal posicionados .

Em 1997, **FARSI e SALAMA⁴**, fizeram um estudo com 583 crianças na idade de 3 a 5 anos, do qual concluíram que, o hábito de sucção de chupeta predomina entre os hábitos, além de causar maiores danos à oclusão quando comparado à sucção digital. Significante relação foi achada entre o hábito de sucção persistente e a maloclusão , na forma de relação distal dos molares e classe I dos caninos , aumento da overjet e mordida aberta anterior; porém a mordida cruzada não apresentou diferença expressiva.

SERRA-NEGRA *et al*²¹, em 1997, examinaram 357 crianças na faixa etária de 3 a 5 anos , em relação ao aleitamento , hábitos bucais e maloclusões . Entre estes, 147 crianças (52,5%) foram amamentadas no seio por um período igual ou superior a 6 meses e 44 não tiveram aleitamento até um mês de vida . No que se refere à alimentação na mamadeira , observou-se que 146 crianças (52,1%) utilizaram-na por um período superior a um ano e somente 38 (13,6%) nunca fizeram uso. Constatou-se que 86,1% das crianças que não apresentavam hábitos bucais deletérios receberam

aleitamento natural por 6 meses ou mais e 57,4% que apresentavam hábitos de sucção foram alimentadas através de mamadeira por um período superior a um ano , e somente 9,3% daquelas com hábitos viciosos nunca a utilizaram.

Ainda em 1997, **NGAN e FIELDS**¹⁷, buscando a etiologia da sucção , concordaram com a teoria de **FREUD**, o qual sugere que uma criança em desenvolvimento possui um inerente e biológico desejo por sucção, e no futuro fatores ambientais poderão contribuir para transferir este desejo para formas não nutritivas de sucção, como dedo, polegar ou chupetas. Sobre a mordida aberta explicam que a etiologia desta é multifatorial; entre elas: hábitos de sucção, respiração bucal, alergias, tonsilas maiores e adenóides e anormalidades no crescimento; além de relatarem que o abandono do hábito antes ou durante a troca das dentições decídua para permanente, tem fácil resolução.

MORÓN,¹⁶ 1997, relacionou maloclusões com poder aquisitivo, observando que a porcentagem de mordidas cruzadas posteriores em crianças de escolas privadas era maior quando comparada à crianças de escolas públicas. Mordidas abertas não apresentaram diferenças significativas.

Estudando as causas da sucção, **VAN NORMAN**²⁹, 1997, observou que o hábito de sucção prolongada pode ter um impacto negativo nos dentes, fala, aparência física e desenvolvimento mental, e o sucesso no tratamento na sua eliminação depende de coerência e positividade. Proffit, 1986, mencionado por este autor, afirma que as conseqüências do hábito de sucção prolongado seriam mordida cruzada posterior, mordida aberta anterior e conseqüentemente interposição lingual.

MATORO et al¹², 1998, afirmaram que após removido o hábito de sucção antes da irrupção dos incisivos permanentes superiores, ocorre a auto correção da maloclusão. Se acaso houver ocasionado um hábito secundário, como por exemplo interposição lingual uma grade palatina é efetiva na remoção do mesmo.

Um estudo efetuado por **FOHN**⁵, em 1998, com 20 meninas e 10 meninos, com idade de 3 a 12 anos, concluiu que o hábito de sucção de polegar para meninas é mais prolongado; e todos sentiam necessidade do hábito quando estavam com algum problema emocional (magoados, tristes, se sentindo sozinhos).

DISCUSSÃO

HÁBITO DE SUCCÃO X ETIOLOGIA

Muitos autores citam a teoria psicanalítica de Freud para explicar a etiologia do hábito prolongado de sucção , o qual acredita que fatores ambientais interfiram no desenvolvimento emocional da criança , e como consequência conduza ao vício como uma fuga.^{17/29}

Para Modesto e Azevedo (1996)¹⁵ o reflexo da sucção é inato e pode se desenvolver pelo feto ainda dentro do útero , satisfaz importantes necessidades psicológicas e parece estar relacionado com linguagem e outras expressões de desenvolvimento mental. Van Norman (1997)²⁹ relata que fetos que estão succionando seu polegar ou dedos, observados através de ultrassom, muitas vezes continuam este hábito após o nascimento.

A etiologia do hábito de sucção não nutritivo é considerada, por muitos autores, como um fator emocional , podendo estar associada diretamente à sucção realizada de maneira inadequada , seja através da utilização de mamadeiras com bicos longos e orifícios aumentados , onde o líquido é retirado por pressão posterior , impedindo uma sucção anterior e tornando os lábios

hipofuncionais durante o ato ; ou devido à frustração no instinto da sucção pela retirada imediata do bebê do seio ou da mamadeira após o aleitamento .^{10/15-22}

Segundo Serra-Negra *et al* (1997)²¹, crianças com menor tempo de aleitamento materno desenvolvem , com maior frequência , hábitos bucais deletérios , apresentando um risco relativo sete vezes superior (O .R.=7,1) com relação àquelas aleitadas no seio por um período de, no mínimo seis meses. E ainda afirmam que crianças aleitadas com mamadeira por mais de um ano apresentam quase dez vezes mais risco (O.R.=9,9) de apresentarem hábitos bucais viciosos do que aquelas que nunca utilizaram essa forma de aleitamento, no que Turgeon O´ Brien (1996)²⁷ concorda em que o tempo de amamentação está diretamente relacionado com o hábito de sucção.

Larsson *et al* (1985)¹⁰ observaram fatores causais como a mãe trabalhar fora , números de irmãos e ordem de aniversários das crianças na família , que podem acarretar problemas psicológicos à criança , tornando-as dependentes do hábito de sucção. Este mesmo autor relata que a criança , após o primeiro aleitamento (leite materno) continuará com um excessivo ímpeto de sucção remanescente . A extensão deste excesso é dependente da extensão do ímpeto original e do tempo que tenha durado este tipo de

alimentação. O excesso do ímpeto de sucção talvez possa ficar frustrado ou ser continuado através de sucção de dedos ou chupeta .

Umberger e Van Reenen(1995)²⁸ afirmam que pais muito amáveis , superprotetores , muito severos e negligentes criam crianças com forte tendência a apresentar o hábito de sucção não nutritiva prolongada. Para ele, crianças com personalidades introvertidas possuem maior probabilidade de serem succionadores digital. Já para Fohn (1998)⁵, as crianças necessitam da sucção quando se sentem tristes , magoadas ou relaxadas, e quando assistem TV ou na hora de dormir.

Referindo-se ao nível sócio econômico , Morón (1997)¹⁶ relatou que crianças de nível sócio econômico alto demonstraram hábitos de sucção digital mais freqüentes comparado àquelas crianças de nível sócio econômico mais baixo; enquanto que a sucção de chupeta prevaleceu em grupo sócio econômico baixo. Já para Farsi e Salama (1997)⁴ o nível de educação dos pais esta positivamente relacionada com a sucção de chupeta ; e juntamente com Svedmyr(1979)²⁶e Fukuta (1996)⁶, afirma que a sucção de chupeta é predominante . Svedmyr (1979)²⁶ e Van Norman (1997)²⁹ ainda relatam que o hábito de sucção de chupeta não apresenta diferenças significativas entre os sexos, porém o do dedo prevalece no sexo feminino, apresentando também as maloclusões causadas pelo hábito e o grau de reabsorção radicular mais graves em meninas.

Larsson *et al*(1985)¹⁰ e Novak (1991)¹⁸ , concordam e relatam que o hábito de sucção prolongado é maior em países industrializados , possivelmente devido a mudanças nas responsabilidades dos pais e, pressões sociais e econômicas.

Matoro (1998)¹² acredita que o hábito geralmente aparece em situações em que a concentração é requerida. Porém , de acordo com Svedmyr (1979)²⁶, o hábito de sucção de chupeta muitas vezes tem início ainda na maternidade com ou sem o consentimento da mãe, dominando no primeiro ano de vida , enquanto a sucção de dedos aparece em idade mais avançada, em torno dos 5 anos.

HÁBITO DE SUCCÃO X CONSEQUÊNCIAS

A) mordida aberta

A ortodontia pode movimentar os dentes com controle da pressão , assim como a pressão dos dedos ou polegar pode influenciar a posição dos dentes e a formação das estruturas ósseas²⁹.

Para Modesto e Azevedo (1996)¹⁵ , em crianças com idade precoce , cujas intensidade e frequência do hábito são altas, tem os dentes e o processo alveolar prejudicados , além do desenvolvimento do esqueleto facial poder estar desviado do seu curso normal .E ,de acordo com Rosa(1980)²⁰, estes hábitos tornam a

criança apática e pálida além de alterar sua função digestiva pelo excesso de saliva que deglute através do uso condenável da chupeta.

Entre as maloclusões mais freqüentes a mordida aberta é a mais mencionada , definida como abertura na dimensão vertical , entre a incisal dos dentes anteriores superiores e inferiores , acarretando assim , vestibularização dos incisivos superiores e lingualização dos inferiores . Pode ser diagnosticada clínica e cefalometricamente , do ponto de ser vista do contexto de mordida aberta esquelética ou dental¹⁷.

De acordo com Silva-Filho *et al* (1991)²³, a sucção de chupeta e/ou digital após 4 anos constitui-se em importante fator na contribuição da maloclusão , sendo manifestada como uma mordida aberta anterior dento-alveolar.

Segundo Matoro *et al* (1998)¹² o hábito não produz necessariamente uma maloclusão , e estudos comprovam que mais de 50% das crianças com o hábito não apresentam deformidades dento-faciais.

Umberger e Van Reenen(1995)²⁸ relata que as causas do hábito podem aparecer associados , em graus variados e em diferentes idades. Já Serra-Negra (1997)²¹ assegura que as maloclusões tipo mordida cruzada posterior ,mordida aberta anterior e sobressaliência estão diretamente relacionadas à presença de hábitos bucais, sendo que crianças com hábitos deletérios apresentam quatro

vezes mais chance(O .R.=4,2) de desenvolverem mordida cruzada posterior do que aquelas sem hábitos , quatorze vezes mais risco (O .R.=14,1)de apresentarem mordida aberta anterior e 3,6 mais chance de possuírem sobressaliência .

A mordida aberta pode ser causada por hábitos de sucção prolongados ou interposição lingual , porém é fácil diferenciá-las clinicamente : a mordida aberta provocada por hábitos de sucção prolongado apresenta o formato circular , enquanto que a causada por interposição lingual é mais difusa apresentando o formato oval

22/23

O hábito é considerado como influência direta no desenvolvimento da oclusão interferindo indiretamente na deglutição¹⁴.Quando a causa principal das mordidas abertas for a interposição lingual estas são consideradas primárias ; porém , se o hábito de sucção for a principal etiologia , a interposição lingual se adapta à morfologia pré-existente para estabilizar a mordida aberta promovendo um selamento anterior, sendo assim secundária e tem como consequência a deglutição atípica^{13/22}.

Para Fukuta *et al*(1996)⁶, a mordida aberta e a protrusão da maxila representam a maior frequência de maloclusões associadas à sucção digital .Já para Farsi e Salama (1997)⁴, além da mordida aberta , apresentam também relação distal de molares e classe II de caninos e maior overjet, no que Lindner e Modéer

(1989)¹¹, concordam porém acreditam que a relação de caninos permanece em classe I. Estes autores concluíram que a sucção de chupeta é mais prejudicial à oclusão quando comparado à digital, devido a maior intensidade e duração; eles ainda afirmam que o overbite diminui com a duração devido a posição da chupeta e também pela remodelação da parte anterior da dentição.

Profitt (1986), citado por Van Norman(1997)²⁹, explica que quando o polegar ou dedos são colocados entre as dentes anteriores no hábito de sucção, estes se posicionam anteriormente para se acomodar. A posição do polegar impede a irrupção completa dos incisivos superiores ao mesmo tempo em que promove a separação dos dentes alterando o equilíbrio vertical nos dentes posteriores resultando numa maior irrupção destes. Na geometria dentária, 1mm de aumento posterior na mordida gera um aumento de 2mm anteriormente, resultando num fator de contribuição para o desenvolvimento da mordida aberta anterior.

Referindo-se ao grau de reabsorção radicular, Van Norman (1997)²⁹ afirma são mais graves no sexo feminino quando comparado ao masculino, e esta ocorre devido a pressão do dedo na região dos incisivos superiores acelerando assim sua reabsorção e conseqüente esfoliação.

Para Svedmyr (1979)²⁶, mordida aberta é mais severa entre as crianças que succionam chupeta comparadas aos que

succionam dedo, enquanto que para a protrusão ocorre o inverso. Cita ainda que, mesmo que haja uma melhora da mordida aberta e da protrusão após a remoção do hábito, cerca de 90% daqueles que usavam chupeta não reaprendiam a mastigação de forma correta. Isto talvez explique os hábitos recentes de alimentação, preferência por alimentos bem cortados e amassados, que não necessitem de mastigação.

B) mordida cruzada

Svedmyr(1979)²⁶, Van Norman(1997)²⁹ e Larsson (1983)⁹ relataram que entre todos os hábitos de sucção, a mordida cruzada posterior presente na dentição decídua, em crianças com hábito de chupar chupeta especialmente meninas, apresentou a maior incidência. Colaboram com esses achados Lindner e Modéer(1990)¹¹ e Modéer *et al* (1982)¹⁴ acreditando também que a mordida cruzada aumenta após os 2 anos de idade.

Lindner e Modéer(1989)¹¹ definiram a mordida cruzada como funcional ou dentária quando da presença do hábito, assim a mordida cruzada dentária era considerada uma assimetria do arco dentário maxilar sem alteração da linha mediana, e a funcional caracterizada por uma constrição assimétrica do arco maxilar e o desvio de linha média. Afirmaram ainda, que a sucção de chupeta era mais prejudicial a oclusão, devido a maior intensidade. Isto indica

que a chupeta influencia na largura da arcada em crianças com mordida cruzada muito mais que a sucção digital.

Para Modéer e cols.(1982)¹⁴ e Oliveira (1981)¹⁹ , a mordida cruzada mais comum entre as crianças com o hábito foi a unilateral ,sendo mais freqüente do lado direito, e em especialmente no sexo feminino.

Para Van Norman (1997)²⁹ a sucção de chupeta e/ou polegar podem contribuir para o desenvolvimento da mordida cruzada ; este mesmo autor cita Proffit(1986) , o qual definiu que a fisiologia da musculatura orofacial durante a atividade de sucção talvez contribua para a formação da mordida cruzada : se o polegar é colocado entre os dentes , a língua se retrai diminuindo a pressão contra as superfícies linguais dos dentes superiores posteriores ; ao mesmo tempo , a pressão contra a superfície vestibular destes dentes é aumentada quando o músculo bucinador esta se contraindo durante o ato de sucção. A pressão das bochechas ,ou mais precisamente dos cantos dos lábios, provavelmente explicariam porque a arcada maxilar tende a se tornar um V , cruzando mais os caninos do que os molares. Na mordida cruzada unilateral , relata Van Norman , pode ocorrer um deslizamento lateral da mandíbula para manter a relação funcional entre os dentes superiores e inferiores. Este deslizamento talvez contribua para outros problemas , como por exemplo: no deslizamento lateral a língua , fixa à mandíbula , acompanha o

movimento ficando assim em posição errada , ocorrendo o escape do ar pelos cantos dos lábios.

Em contrapartida , para Larsson (1983,1986)^{9/8} a mordida cruzada, na presença do hábito, não atingirá a dentição permanente , pois nem a chupeta ou polegar atingem a região dos primeiros molares permanentes; enquanto que a língua, que durante a sucção faz pressão nos molares permanentes contrabalançando com as bochechas. A chupeta é a principal causadora da mordida cruzada , e mesmo assim a maloclusão presente na dentição decídua se desenvolve em número reduzido na dentição permanente.

C) protrusão maxilar ou overjet

De acordo com Van Norman (1997)²⁹ , talvez seja mais difícil a articulação dos sons bilabiais como P, B e M devido a excessiva projeção dos incisivos superiores , que não proporcionam um eficiente contato dos lábios superiores e inferiores . Haverá dificuldades também com os sons F e V , pelo lábio inferior não conseguir um efetivo contato com os incisivos superiores protruídos. Se a projeção dos incisivos maxilares for significativa o lábio superior protrui e se torna virado para fora ,necessitando de uma força maior do músculo mentoniano para promover o selamento labial , permanecendo com a boca aberta propiciando um posicionamento baixo da língua e uma aparência característica destes indivíduos. Se o

lábio inferior se localiza abaixo dos incisivos superiores protruídos , esta protrusão poderá ser exacerbada quando ocorrer a deglutição, além da coleta de saliva ser deficiente por se localizar frequentemente no canto da boca .

D) maloclusão de classe II dental

A oclusão sofre danos nas regiões posterior e anterior , tendo como causas hábitos de sucção por longos períodos , sofrendo mudanças, inclusive no tipo de terminação dos molares ^{4/6'11}. Uma relação de classe II é frequentemente considerada congênita, porém a pressão atípica pelo polegar ou dedos aos dentes superiores e ao osso pode contribuir para o desenvolvimento ou exacerbção desse tipo de maloclusão⁸. Para Fukuta(1996)⁶ a relação final dos molares permanentes na dentição mista foi classe II de Angle ; sendo assim deve-se eliminar o hábito antes de aparecer alteração no plano terminal na dentadura decídua , isto por volta dos 4 anos de idade.

E) problemas físicos

Rosa (1980)²⁰ relata que sucção digital acarreta a possibilidade da criança obter inúmeras doenças contagiosas introduzindo germes no trato digestivo onde permanecem , e no momento oportuno, causam complicações diversas à saúde , inclusive da parte óssea da boca que está em formação , sendo bastante porosa. Já Van Norman (1997)²⁹ menciona que a pressão da sucção

pode fazer com que os dedos se desenvolvam mais finos , podendo causar calos.

HÁBITO DE SUÇÃO X TRATAMENTO

Nowak (1991)¹⁸ concluiu que as crianças com o hábito de sucção de chupeta interrompem o vício mais precocemente do que aquelas com sucção digital.

Umberger e Van Reenen(1995)²⁸ ,Modesto e Azevedo(1996)¹⁵ e Ngan e Fields (1997)¹⁷ concordam que é necessário um diagnóstico bem feito para verificar a existência de fator emocional ou psicológico ; se isto ocorrer encaminhar primeiramente para terapia psicológica.

Umberger e Van Reenen (1995)²⁸ acreditam que o terapeuta deve determinar até que ponto o hábito pode ser considerado inocente ,ou se vai se transformar em um risco em potencial. Para eles , após os 4 anos seria ideal a intervenção terapêutica , pois após esta idade o hábito não seria mais considerado uma atividade da infância.

Porém Rosa (1980)²⁰ determina que o hábito de sucção é admissível até os 6 anos.

Para Van Norman (1997)²⁹ , o desconhecimento dos pais em relação ao tratamento do hábito de sucção digital levam a criança a um temperamento inseguro, pois ou esperam com que parem o vício quando estiverem preparados ou criam um desespero para eliminá-lo antes da época apropriada , através de Band-Aids , pimenta , faixas, além de muitas vezes punir a criança . Para o autor são atitudes de humilhação , que acabam prejudicando o lado emocional da criança. Para ele , 5 anos é a idade ideal para a remoção do hábito. De acordo com Nowak (1991)¹⁸ , há uma necessidade de interação com psicólogos , sociólogos e profissionais de saúde para entender o costume dos pais , pressões sócio-econômicas e conhecer os hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva.

Sogbe de Angell (1985)²⁴ relata que para o sucesso do tratamento deve-se identificar em que situações o hábito é realizado , e através deste, introduzir alternativas reforçadoras como , brincar de boneca , jogar bola; mas além destas alternativas deve-se também utilizar certas condutas como reforços sociais : sorrir , abraçar , beijar, os quais serão instruídos aos pais.

Van Norman (1997)²⁹ e Nowak(1991)¹⁸ acreditam que muitas crianças dependem do hábito de sucção como uma fonte de escape para certos tipos de problemas . Eles concordam com a necessidade de uma avaliação de toda parte emocional e psicológica da criança para achar causas reais da sucção , como por exemplo

problemas familiares , morte , divórcio , mudança da família , início às atividades escolares .

Rosa (1980)²⁰ relata que para meninos o tratamento mais indicado é ocupá-los com brinquedos que agucem sua criatividade (jogos, trens ,outros) , bem como deixar que sujem suas mãos com barro , tinta , massinhas e outros. Em meninas a técnica é diferente , consiste em manter as mãos ocupadas e /ou pintar as unhas , sempre elogiando e aconselhando a não estragá-las.

Ocorrendo a eliminação do hábito de sucção ainda na dentadura decídua haverá auto-correção da mordida aberta em 90% dos casos^{22/23}. Para isso , Modesto e Azevedo (1996)¹⁵ concordam que é fundamental , além da compreensão da criança , a colaboração dos pais , sendo imprescindível que estes aceitem a orientação prescrita e não interfiram desfavoravelmente. Para estes, é impossível estabelecer uma idade para o início do tratamento ; de acordo com Matoro *et al* (1998)¹² , devem ser efetuadas as correções antes dos incisivos superiores irromperem.

Fukuta(1996)⁶ assegura que para os hábitos eliminados até os 4 anos , uma correção natural da maloclusão são observados , não somente em relação ao grau desta , mas também quanto a língua e lábios , além da musculatura perioral.

Para Silva-Filho *et al* (1986-1991)^{22/23} , não se recomenda o tratamento antes dos 5 anos de idade , pois a psicologia

seria a única forma de tratar sem o risco de seqüelas psicológicas e emocionais; portanto a mecanoterapia para mordida aberta seria ideal após esta idade. São aparelhos intra-bucais removíveis ou fixos com grades palatinas. A grade se dispõe verticalmente , estendendo-se da região palatina ,abrangendo toda extensão da mordida aberta , indo repousar próximo ao cingulo dos incisivos inferiores , sem interferir com os movimentos mandibulares . De acordo com o autor a correção ocorre em torno de 10 meses. Removida a grade ,esta é substituída por uma placa de Hawley para contenção e a criança é encaminhada à fonoaudiologia para avaliação , e para que não ocorram possíveis recidivas, devido ao posicionamento atípico da língua.

Johnson e Larson (1993)⁷, sugerem algumas técnicas para o tratamento :

a) hábito consciente : o paciente deve ser instruído sobre as consequências do hábito , tornando assim mais fácil o tratamento;

b) parada do castigo como reforço positivo : parada de punição e sim motivação como reforço positivo ; como ver televisão , contar histórias , brincar, etc...

c) sensibilização contrária : induz respostas , ou por formas de figuras ou fotos , à criança para que passe á ter “ nojo ”do hábito;

d)contrato das ocorrências : pacto de recompensa se acaso cessar o hábito;

e) prevenção de uma resposta similar : quando o hábito deletério esta associado a outros vícios , como por exemplo enrolar o cabelo, mexer na orelha ou umbigo, segurar boneca, o tratamento talvez resulte na finalização da resposta conjunta;

f) inversão do hábito : as crianças são instruídas para quando estiverem com vontade de succionar o dedo , colocá-lo entre os dedos numa contagem até 50;

g) procedimentos de diminuição sensorial : muitos procedimentos são efetuados para interromper a resposta sensorial junto ao hábito de sucção prolongado. Esses procedimentos são terapia aplicada e resposta preventiva. A terapia aplicada envolve aparelhos como ; grada palatina , arco palatino e outros. As resposta preventivas incluem tratamentos diretos na causa com química (ex. pimenta) ou faixas direto no dedo.

Van Norman (1997)²⁹ assegura que o insucesso do tratamento, pode ser devido a :

A) insucesso em tratamentos anteriores : os parentes normalmente tentam de tudo para eliminar o hábito , geralmente antes da criança estar capaz e desenvolvida para entender o porque é necessário a parada da sucção. Iniciam com métodos errados como punições , humilhações e acabam falhando; e como consequência criam problemas em tratamentos futuros.

B) adaptação inapropriada : termo de ligação entre o desenvolvimento mental e a relação de circunstâncias estressantes do ambiente desta criança.

C) fraqueza dos pais : falha no acompanhamento e recomendações do tratamento , particularmente no hábito noturno de sucção. A sucção durante o dia é mínimo após a primeira semana de tratamento. Mas os pais e as crianças sem cooperação , relatam que o hábito noturno é incontrolável , não seguindo as recomendações para o período noturno.

CONCLUSÕES

1. A etiologia do hábito de sucção prolongado, em muitos casos, é devido a fatores emocionais, além de poder também estar diretamente relacionado com o tempo de amamentação;
2. A gravidade e tipo de danos provocados dependem da intensidade, duração e frequência do hábito de sucção, além da resistência alveolar e o padrão dentofacial;
3. O hábito de sucção não nutritivo e a maloclusão mais frequentes são sucção de chupeta e mordida aberta, respectivamente;
4. A chupeta é mais prejudicial à oclusão devido a maior intensidade e duração; porém ela é removida mais facilmente comparado à sucção digital;
5. Os hábitos de sucção deletérios têm predominância em meninas;
6. A idade para interromper o hábito é incerta; depende da existência de um fator psicológico. Se houver, tratá-lo primeiro com o auxílio de um psicólogo;
7. O hábito cessado até os 4 anos faz-se com que a mordida aberta se resolva espontaneamente, na maioria dos casos;
8. Nunca castigar ou humilhar a criança, e sim utilizar alternativas reforçadoras, sempre orientando aos pais atenção especial e muito carinho;
9. A mecanoterapia está indicada a partir dos 5 anos.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. CERNY, R. Thumb and finger sucking. *Aust Dent J*, St. Leonards, v.26, n.3, p.167-171, June 1981.
2. CORRÊA, M.S.N.P. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo : Santos, 1998.
3. ESTRYPEAUT, L.E. *et al.* Hábito de sucção do polegar e má oclusão. Apresentação de um caso clínico. *Rev Odontol Univ Sao Paulo*, São Paulo, v.3, n.2, p.371-376, abr./jun. 1989.
4. FARSI, M.A., SALAMA, F.S. Sucking habits in Saudi children : prevalence , contributing factors and effects on the primary dentition. *Pediatr Dent*, Chicago, v.19, n.1, p.28-33, Jan./Feb. 1997.
5. FOHN, S.M. A descriptive study to the thumb | finger -sucking behavior of female and male subjects three years and older. *Int J Orofacial Myology*, Seattle, v.24, p.34-41, 1998.
6. FUKUTA, O. *et al.* Damage to the primary dentition resulting from thumb and finger(digit) sucking. *ASDC J Dent Child*, Chicago, v.63, n.6, p.403-407, Nov./Dec. 1996.

7. JOHNSON, E.D., LARSON, B.E. Thumb sucking: classification and treatment. *ASDC J Dent Child*, Chicago, v.60, n.6, p.392-398, Nov./Dec. 1993.
8. LARSSON, E. Effect of dummy sucking on the prevalence of posterior crossbite in the permanent dentition. *Swed Dent J*, Jonkoping, v.10, n.3, p.97-101, 1986.
9. _____. Prevalence of crossbite among children with prolonged dummy and finger sucking habit. *Swed Dent J*, Jonkoping, v.7, n.3, p.115-119, 1983.
10. LARSSON, E.F., DAHLIN, M.D. The prevalence and the etiology of the initial dummy and finger sucking habit. *Am J Orthod*, Saint Louis, v.87, n.5, p.432-435, May 1985.
11. LINDNER, A., MODÉER, T. Relation between sucking habits and dental characteristics in preschoolchildren with unilateral crossbite. *Scand J Dent Res*, Copenhagen, v.97, n.3, p.278-283, June 1989.
12. MATORO, M.R., GONZALEZ, A.B., LAJARDIM, L.P. Open bite due to lip sucking : a case report. *J Clin Pediatr Dent*, Birmingham, v.22, n.3, p.207-210, Spring 1998.

13. MAYORAL, R.P. *Avaliação da relação existente entre hábitos bucais nocivos e maloclusão*. Piracicaba, 1979. 71p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
14. MODÉER, T., ODENRICK, L., LINDNER, A.. Sucking habits and their relation to posterior crossbite in 4 year old children. *Scand J Dent Res*, Copenhagen, v.90, n.4, p.323-328, Aug. 1982.
15. MODESTO, A., AZEVEDO, G.T. Hábito de sucção do polegar : como descontinuá-lo? *Rev Odontopediatr*, São Paulo, v.5, n.2, p.41-47, 1996.
16. MORÓN, B. *et al.* Perfil de la oclusion del niño en edad preescolar. Factores de beneficio y riesgo. *Acta Odontol Venez*, Caracas, v.35, n.1, p.12-15, ene./abr. 1997.
17. NGAN, P., FIELDS, H.W. Open bite :a review of etiology and management. *Pediatr Dent*, Chicago, v.19, n.2, p.91-98, Mar./Apr. 1997.
18. NOWAK, A.J. Conference report:feeding and dentofacial development. *J Dent Res*, Washington, v.70, n.2, p.159-160, Feb. 1991.

19. OLIVEIRA, S.F. *Oclusão e hábitos de sucção* : estudo em pré-escolares da cidade de Piracicaba. Piracicaba, 1981. 61p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
20. ROSA, M.S.L. Hábitos orais. *Quintessencia*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.131-135, jan. 1980.
21. SERRA-NEGRA, J.M.C. *et al.* Estudo da associação entre aleitamento , hábitoã bucais e maloclusões. *Rev Odontol Univ Sao Paulo*, São Paulo, v.11, n.2, p.79-86, abr./jun. 1997.
22. SILVA FILHO, O.G., OKADA, T., SANTOS, S.D.. Sucção digital -abordagem multidisciplinar :ortodontia x psicologia x fonoaudiologia. *Estomatol Cult*, Bauru, v.16, n.2, p.44-52, abr./jun. 1986.
23. _____, *et al.* Sucking habits : clinical management in dentistry. *J Clin Pediatr Dent*, Birmingham, v.15, n.3, p.137-156, Spring 1991.
24. SOGBE DE ANGELL, R. Programa de modificacion de conducta para eliminar el hábito de succion del polegar. *Acta Odontol Venez*, Caracas, v.23, n.2/3, p.159-173, mayo/dic. 1985.

25. SVEDIN, C.G., FRIIS-HASCHÉ, E. Desenvolvimento mental. *In*: KOCH, G. *et al.* (Ed.) *Odontopediatria* : uma abordagem clínica. São Paulo : Santos, 1992. Cap.3, p.33-41.
26. SVEDMYR, B. Dummy sucking. *Swed Dent J*, Jonkoping, v.3, n.6, p.205-210, 1979.
27. TURGEON-O'BRIEN, H. *et al.* Nutritive and nonnutritive sucking habits : a review. *ASDC J Dent Child*, Chicago, v.63, n.5, p.321-327, Sept./Oct. 1996.
28. UMBERGER, F.G., VAN REENEN, J.S. Thumb sucking management: a review. *Int J Orofacial Myology*, Seattle, v.21, p.41-47, Nov. 1995.
29. VAN NORMAN, R.A. Digit sucking: a review of the literature , clinical observations and treatment recommendations. *Int J Orofacial Myology*, Seattle, v.23, p.14-34, 1997.

* De acordo com a NBR-6023 de 1989, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).
Abreviaturas de periódicos de conformidade com a Base de Dados MEDLINE.