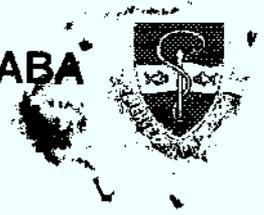




**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



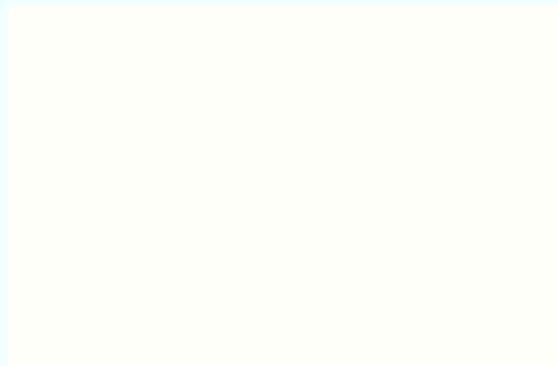
# **CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Monografia de Final de Curso

Aluna: Nathália Zangirolamo Lima

Orientadora: Rosana de Fátima Possobon

Ano de Conclusão do Curso: 2006



TCC 307

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**  
**BIBLIOTECA**

Nathália Zangirolamo Lima



**Hábitos Oraís: sobre o uso e remoção**

Monografia apresentada ao curso de  
Odontologia da Faculdade de Odontologia  
de Piracicaba – UNICAMP, para obtenção  
do diploma de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Rosana de Fátima Possobon

---

Piracicaba  
2006

Dedico este trabalho à minha mãe, meu pai,  
meu irmão e minha tia, que estiveram sempre ao meu  
lado apoiando as minhas escolhas e ajudando nos  
momentos difíceis.

À Prof.<sup>a</sup> Rosana de Fátima Possobon pela paciência, dedicação e carinho com que orientou a minha monografia.

À Pós-Graduanda Ludmila Tavares pela dedicação, paciência e esforço que dedicou à elaboração dessa monografia.

## Sumário

	Página
I. Resumo.....	6
II. Introdução/ Revisão de Literatura.....	7
III. Objetivos.....	10
IV. Materiais e Método.....	14
V. Resultados e discussão.....	19
VI. Conclusão	22
VII. Referências Bibliográficas.....	23
VIII. Anexos.....	26

## **I) Resumo**

Hábitos prolongados de sucção podem ter impacto negativo sobre a saúde orofacial e respiratória da criança. A interrupção do hábito parece ser um processo difícil para algumas famílias que, muitas vezes, necessitam de suporte profissional para encontrar uma maneira adequada de auxiliar a criança a passar por esta fase. O objetivo deste estudo foi mostrar o funcionamento do Programa de Remoção de Hábitos Orais, oferecido pelo Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais - Cepae, da Faculdade de odontologia de Piracicaba - Unicamp, e investigar a eficácia deste Programa na interrupção dos hábitos orais entre seus usuários. Para tanto, 42 crianças foram avaliadas, sendo que 23,8% haviam abandonado o hábito até o último dia da coleta dos dados. O PRHO parece ser uma forma eficaz de auxílio à interrupção do hábito, porém este estudo necessita de uma continuação, a fim de avaliar toda a amostra após os seis meses previstos pelo processo.

## II) Introdução\ Revisão de Literatura

A necessidade de sucção é tida como característica de todos os mamíferos recém-nascidos. Na história da civilização, porém, perde-se no tempo a origem das chupetas e das mamadeiras. Nos resultados de escavações e estudos sobre civilizações antigas, foram encontrados utensílios feitos com chifres, couro, barro, matéria orgânica e madeira, que guardam semelhanças com chupetas e mamadeiras, junto a outras peças e brinquedos, que pertenceram às crianças destas populações. De forma geral, os hábitos de sucção são comuns nas culturas ocidentais, com prevalência variável de 80 a 90%, MOREIRA (2001).

Existem duas formas de sucção: a não nutritiva (polegar ou outros dedos, chupetas e outros objetos) e a nutritiva (aleitamento materno e mamadeira)

COLARES *et al.* (1998) acreditam que a boca é a primeira fonte de prazer do indivíduo, sendo uma "zona erógena". Os autores citam que Freud, apesar de ter reconhecido que se alimentar e mamar são necessários à sobrevivência do bebê, ele observou que, na fase oral, as crianças realizavam sucções não nutritivas e que essas atividades tinham efeito calmante.

Outros autores concordam com Freud para explicar a etiologia do hábito prolongado de sucção, relatando que fatores ambientais interferem no desenvolvimento emocional da criança e, como conseqüência, conduzem ao início da implantação do hábito (NOWAK, 1991; VAN NORMAN, 1997).

SVEDIN & FRIIS-HASCHÉ (1992) defendem que, no início da vida, a criança não tem um limite entre si e sua mãe, fator denominado simbiose. Segundo os autores, somente após 6 à 7 meses de vida, a criança começa a descobrir esse limite. Um desenvolvimento positivo durante os primeiros 6 meses de vida levaria a criança a aprender a receber e reter tudo aquilo que lhe é oferecido, enquanto sua mãe torna-se a figura doadora. Um desenvolvimento negativo pode gerar, como conseqüências, sentimentos de insegurança e insatisfação e, ainda, dificuldades no desenvolvimento da habilidade de fazer contatos. Os autores citam que seriam estes os casos em que a chupeta poderia funcionar como uma válvula de escape para a criança.

SILVA FILHO (1991) acredita que a amamentação natural, além de nutrir, produz um estímulo prazeroso dos lábios, da língua e das mucosas bucais, associadas a sentimentos de carinho e aconchego materno, que geram tranqüilidade, conforto e confiança no bebê. Por esta razão, na tentativa de prolongar este prazer, a criança buscaria o hábito de sucção.

Segundo GUEDES-PINTO (1997), a sucção é importante tanto para a sobrevivência física, quanto psicológica do bebê e diminui com a introdução da alimentação sólida, que exige mastigação. A necessidade fisiológica da sucção cessaria entre 9 e 12 meses de idade, porém, a psicológica permaneceria por mais algum tempo. O autor acredita que, quando a necessidade se prolonga além dos 3 anos de idade, pode ocasionar tanto problemas oclusais como de desenvolvimento da fala.

Algumas teorias, tal como a defendida por FINN (1967), tentam explicar o prolongamento dos hábitos de sucção não nutritivos como sendo mantidos pela insatisfação da necessidade de sucção durante o período de amamentação, por distúrbios emocionais, ou mesmo, pelo aprendizado de que este hábito gera prazer. GOMES *et al.* (1984) concordam com FINN (1967) quando relatam que o reflexo de busca, presente no recém-nascido, faz com que ele sugue partes de seu corpo ou objetos quando a necessidade de sucção não é plenamente satisfeita pela amamentação.

Segundo TIRATO (1998), no caso dos bebês prematuros, a sucção não nutritiva pode ser observada por volta da 27<sup>a</sup> a 28<sup>a</sup> semana de gestação e é descrita como um padrão organizado e repetitivo de sugadas curtas e estáveis, com pausas longas e irregulares. Nessa situação, o bebê faz os movimentos, sem ter a introdução de líquido na cavidade oral. Alguns autores defendem a sucção não nutritiva nestes bebês, alegando que ela traria benefícios para a musculatura oral, por meio da sua estimulação e auxiliaria a regulação dos estados de consciência e ganho de peso do bebê, o que contribui para a aceleração da alta hospitalar, além de facilitar a digestão e propiciar a transição da alimentação por sonda para a recebida por via oral (LEITE 1999; MEUR 1993; MOREIRA 2001) Entretanto, os parâmetros ou indicações para início de uma sucção não nutritiva não são unânimes, não havendo indicações

precisas de quando iniciá-las, como deve ser e ainda como proceder para levar o recém - nascido prematuro à prontidão para a alimentação oral, CAETANO (2003).

Vários estudos investigaram os motivos que levam as mães a interromper o aleitamento materno e introduzir a mamadeira. Os motivos mais freqüentemente alegados são a insuficiência de leite materno, o trabalho da mãe, uma nova gravidez, doença da mãe ou do bebê ou por iniciativa da própria criança (ALMROTH 1982; HUFFMAN 1980; JANSEN 1977) . Outras variáveis são descritas como fatores de risco para o uso de mamadeira e da chupeta, tais como os citados por INFANTE (1976), tempo em que a criança permanece na escola (período integral ou parcial), renda familiar, algumas doenças respiratórias e problemas de fala.

Outros estudos têm demonstrado a associação entre o uso de chupeta e a menor duração do aleitamento materno. Um exemplo é o estudo conduzido por VICTORIA *et al.* (1993) em Pelotas-RS, no qual os autores relatam que crianças no primeiro mês de vida, que estavam em aleitamento materno, mas que usavam freqüentemente a chupeta, apresentavam 2,4 vezes mais probabilidade de serem desmamadas entre um e seis meses de vida. Esse risco foi 1,7 vez menor, mas ainda significativo, para as crianças que usavam chupeta menos freqüência.

Segundo NEIFER (1995), a “confusão de bicos”, causada pela diferença de técnica entre a sucção da chupeta/mamadeira e do peito da mãe, podem interferir no sucesso do aleitamento materno. Além disso, as crianças que usam chupeta/mamadeira, tendem a mamar com menos freqüência (TOMITA 2000; VAN NORMAN 1997; VICTORIA 1993 e 1997) o que pode prejudicar a produção do leite materno, sendo esta uma das justificativas para a relação entre o uso de chupeta/mamadeira e o desmame precoce.

Partindo do pressuposto de que mamadeiras e chupetas podem ser obstáculos à amamentação natural, a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância-Unicef incluíram entre os “Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno” o não uso de mamadeiras e chupetas nas maternidades para as crianças que podem ser amamentadas

naturalmente. Sendo assim, os hospitais reconhecidos com o selo de "Hospital Amigo da Criança", além do compromisso de não usar mamadeiras e chupetas em suas maternidades, devem, ainda, orientar as mães a evitar essas práticas após a alta hospitalar (WHO, 1989).

Para TOMITA *et al* (2000), a chupeta é um bem de consumo de preço reduzido, amplamente acessível à população. Sua utilização é estimulada pelos pais, frente ao choro infantil, desde as idades mais tenras. A chupeta pode ser descrita com os termos "*pacifier*" ou "*conforter*". Parece que a denominação decorre da conotação de que a utilização da chupeta deva ser indicada com o objetivo de "pacificar" ou "confortar" a criança inquieta, embora haja a dificuldade de se encontrar registros sobre a origem e a multiplicação desse hábito no meio social. Pode ser citado o estudo de LEITE (1997), conduzido em Juiz de Fora – MG, em que os autores avaliaram o uso de chupeta entre 100 crianças com idade entre 02 e 11 anos, encontrando que 79% mantinham este hábito.

A principal consequência do hábito de sucção é a instalação de uma má oclusão, porém isso não depende apenas da simples existência do hábito, mas também do padrão de crescimento facial que a criança possui, bem como a duração, intensidade e frequência com que o hábito é realizado (tríade de Graber). Este fato explicaria porque algumas crianças que possuem esse tipo de hábito, não apresentam uma má oclusão (GRABER, 1966 ; SEGOVIA, 1977).

VAN NORMAN (1997) observou que o hábito prolongado de sucção pode ter impacto negativo sobre os dentes, a fala e a aparência física da criança. Este autor cita PROFFIT (1986), que afirma que as consequências do hábito de sucção prolongado seriam mordida cruzada posterior, mordida aberta anterior e, conseqüentemente, interposição lingual.

Pelo exposto até o momento, parece lícito afirmar que a literatura atual apresenta estudos que abordam o assunto 'hábito de sucção deletéria' mostrando suas causas e consequências, porém não apresentando alternativas para a sua interrupção. Mais do que isto, há escassez de artigos

mostrando a importância da não introdução dos hábitos e, principalmente, reforçando o aleitamento natural em detrimento da instalação do hábito.

Assim, o tema abordado nesta revisão de literatura ainda é bastante polêmico e, muitas vezes, controverso. Diferentes correntes de pesquisadores, de dentistas e psicólogos, entram em conflito ao defender a atitude ideal frente à criança que apresenta hábitos orais deletérios. Entretanto, a experiência do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais–Cepae, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp, tem demonstrado que a prevenção da instalação do hábito parece ser a melhor atitude. Porém, diante do hábito já instalado, muito há que ser investigado até que se consiga criar um protocolo de atuação simples e eficiente para auxiliar a criança e seus cuidadores na interrupção do hábito.

Por acreditar na importância da prevenção da instalação de hábitos orais, a Faculdade de Odontologia de Piracicaba–Unicamp, por meio da Área de Psicologia Aplicada do Departamento de Odontologia Social, oferece o Programa de Atenção Precoce à Saúde, implantado e mantido pelo Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae.

Este programa teve início em 1993, tendo como principal objetivo a prevenção precoce de doenças bucais e a capacitação de profissionais de Odontologia, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia para a atuação com o paciente infantil.

A participação no programa inicia-se no período gestacional, por meio do “Programa de Orientação à Gestante” (POG). A participação no POG é um pré-requisito para que a criança receba o atendimento odontológico até cinco anos de idade. Nesta oportunidade, a futura mãe começa a receber orientações sobre a importância e o manejo do aleitamento materno e a importância da não introdução de hábitos de sucção deletérios.

Quinze dias após o nascimento, a mãe e o bebê começam a frequentar o Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME). Neste grupo, o binômio mãe-bebê é acompanhado nos primeiros seis meses de vida, durante nove encontros, recebendo apoio emocional, informativo e instrumental para aquisição de condições para a manutenção da amamentação natural e

conseqüente saúde física e emocional de ambos. A atuação da equipe do GIAME promoveu um aumento nos índices de aleitamento materno entre a população participante do programa. A avaliação dos dados referentes à esta população mostrou que, ao completar 6 meses de idade, 91% das crianças estavam sendo amamentadas ao peito, sendo que o índice de aleitamento materno exclusivo (somente o leite materno) foi 47,5%. Estes dados permitem **afirmar** que o GIAME tem se revelado um instrumento preventivo eficiente, aumentando a probabilidade da aquisição e manutenção de comportamentos de amamentação natural, já que os índices de aleitamento materno aos seis meses de vida do bebê, segundo dados da literatura não chegam a 50% e o índice de aleitamento materno exclusivo não ultrapassa 6%. Além disso, o grupo tem atuado no sentido da prevenção dos hábitos de sucção, como chupeta e mamadeira. Os dados da avaliação supracitada indicaram que a chupeta foi utilizada, de forma racional, por 27% das crianças e a mamadeira, por 34%. Estes resultados revelam uma redução na incidência de hábitos de sucção e suas conseqüências deletérias à saúde bucal das crianças, já que em populações que não recebem este tipo de apoio, o índice de uso de mamadeira chega a 91% e de chupeta, a 82%, sendo que nestes casos ela não é usada de forma racional (Carrascoza, 2007<sup>1</sup>).

A partir dos 6 meses de idade, ou seja, após o nono encontro do GIAME, o paciente é examinado com intervalo máximo de 2 meses e, a cada visita, avalia-se o índice de placa bacteriana, o conteúdo e a natureza da dieta e realiza-se treino de higiene bucal e orientações gerais sobre alimentação e a não introdução/controle/remoção de hábitos bucais deletérios.

Todas as crianças inseridas no *Programa de Atenção Precoce à Saúde* do Cepae passam por avaliação ortodôntica e fonoaudiológica aos 3, aos 4 e aos 5 anos de idade. As crianças que necessitam de intervenções especiais para, por exemplo, interromper hábitos de sucção de chupeta e mamadeira, aprender a respirar da maneira adequada pelo nariz, corrigir a fala, mastigar

---

<sup>1</sup> Carrascoza, K.C. O impacto de um grupo de incentivo ao aleitamento materno exclusivo sobre o índice de amamentação e de hábitos orais. Tese de Doutorado em desenvolvimento no Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (FCM-Unicamp), com defesa prevista para março de 2007. Inclusão de informação com permissão da autora.

corretamente e etc., são encaminhadas para o Programa de Remoção de Hábitos de Orais (objeto deste estudo, descrito na secção Metodologia) e/ou para o Grupo de Terapia Fonoaudiológica. Nestes Grupos, por meio de atividade lúdica e exercícios com as crianças, a equipe interdisciplinar incentiva a interrupção de hábitos de sucção e corrige alterações da fala, mastigação e respiração. Este trabalho é dirigido também aos pais, que recebem orientações específicas sobre os problemas apresentados pelo filho e aprendem maneiras de ajudar no tratamento.

As crianças recebem alta do Programa de Atenção Precoce à Saúde ao completar 5 anos de idade e são encaminhadas para outros serviços de saúde.

A despeito de todo o empenho da Equipe do Cepae em atuar de maneira precoce na prevenção da instalação do hábito, ainda há famílias que não aderem às orientações de não introdução de chupetas e mamadeiras.

Assim, o objetivo deste estudo foi investigar a eficácia da atuação do Programa de Remoção de Hábitos Orais (PRHO) oferecido pelo Cepae-FOP-Unicamp na interrupção de hábitos orais entre crianças de 3 a 5 anos de idade.

#### **IV) Materiais e Métodos**

Este estudo foi conduzido nas dependências do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp, sendo que seu projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa- CEP-FOP-Unicamp, protocolo 064/2004 (AnexoI).

##### Caracterização da situação de estudo

O Programa de Remoção de Hábitos Oraís, alvo deste estudo, foi implantado no Cepae no ano de 2003, com uma metodologia diferente daquela desenvolvida a partir de fevereiro de 2006.

No ano de sua implantação, quando a criança passava pela primeira avaliação orto-fono, e era detectada a presença de hábitos orais, a criança era encaminhada para o “Grupo de Remoção de Hábitos Oraís” (GRHO).

A metodologia do GRHO previa o planejamento de 4 encontros para as crianças com hábito de chupeta e/ou mamadeira, e 6 para as crianças com hábito de sucção digital. Os encontros tinham intervalos semanais e duração aproximada de 90 minutos cada encontro. Os atendimentos eram feitos em grupos de 6 a 8 crianças. Os cuidadores também participavam de atividades de orientação, num ambiente distinto, de forma simultânea.

Às vezes fazia-se necessária a permanência do cuidador junto à criança, até que a mesma se sentisse segura no novo ambiente. Para as crianças que não eram habituadas com a ausência do cuidador, solicitava-se a presença de um acompanhante (avó, irmão mais velho, babá, etc.), durante todo o encontro, para que o cuidador pudesse participar das atividades programadas para ele.

Quando a criança não interrompia o hábito até o final da sua participação no GRHO, ela era convidada a participar de um novo grupo. As crianças que interrompiam o hábito, eram reavaliadas após 3 meses, pelos profissionais da equipe do Programa Orto-Fono, que faziam as intervenções ortodônticas e/ou fonoaudiológicas necessárias.

Porém, avaliações formais sobre o impacto do GRHO mostraram que o índice de sucesso era baixo em relação ao investimento feito pela equipe no

preparo e organização do grupo. Este baixo índice de sucesso foi atribuído, em parte, à baixa adesão das mães ou responsáveis, uma vez que a metodologia do GRHO requeria a presença da mãe no Cepae durante quatro ou seis tardes consecutivas. A demanda de profissionais envolvidos também era um problema, uma vez que havia necessidade de 3 a 4 profissionais atuando de uma só vez. Assim, após 3 anos, houve uma mudança na estrutura do grupo, no intuito de diminuir o número de profissionais envolvidos e a quantidade de trabalho e aumentar a adesão das mães ou responsáveis, conseqüentemente aumentando o índice de sucesso.

A partir de 2006, o Grupo de Remoção de Hábitos Oraís passou a ser denominado Programa de Remoção de Hábitos Oraís – PRHO e sua metodologia prevê a orientação dos responsáveis, que ocorre durante a avaliação Orto-Fono de rotina e por meio de contatos telefônicos mensais.

### **Dinâmica do Programa de Remoção de Hábitos de Oraís**

Este programa é destinado as crianças na faixa etária de 3 a 5 anos e tem por objetivo auxiliar a interrupção do hábito de sucção deletério: chupeta e/ou mamadeira e/ou dedo.

Ao ser detectado o hábito de sucção, durante a primeira avaliação Orto-Fono, aos 3 anos de idade, o responsável pela criança recebe orientação sobre a importância da interrupção deste hábito e algumas dicas práticas para auxiliar a remoção (Anexo II). A mãe é consultada sobre seu interesse em participar do Programa. Em caso afirmativo, após assinar uma cópia do TCLE (Anexo III), ela é informada sobre a metodologia de atuação do PRHO, que prevê o contato telefônico mensal. Assim, ao longo de seis meses, os profissionais da equipe Orto-Fono mantém contatos telefônicos, com intervalos mensais, com os responsáveis, para investigar se houve sucesso na interrupção do hábito. Desta forma, a equipe disponibiliza aos responsáveis pela criança apoio informativo, instrumental e emocional, com o intuito de aumentar a chance de obtenção de sucesso na interrupção do hábito.

Ao iniciar a participação no PRHO, o nome da criança é inserido numa lista, junto às demais crianças que apresentaram hábitos orais. Nesta lista

(Anexo IV), na qual deve constar o nome da criança e as datas previstas para a ligação telefônica, além de informações sobre a interrupção do hábito. Esta lista permite à equipe orto-fono responsável por este paciente, programar os contatos telefônicos e ter um maior controle sobre todas as crianças que estão inseridas no Programa.

No prontuário clínico de cada criança inserida no PRHO, é anexada uma ficha de controle (Anexo V), onde deve constar nome da criança e do responsável, informações sobre o tipo e a frequência do hábito, o nome do profissional responsável pelo atendimento da criança e as dicas oferecidas a cada contato telefônico (Anexo VI).

Um mês após a consulta orto-fono em que houve a constatação da presença do hábito oral deletério, a ortodontista ou a fonoaudióloga faz um primeiro contato telefônico para investigar se houve a interrupção ou não do hábito. Caso a criança tenha interrompido o hábito, um novo contato telefônico será feito após uma semana, para a confirmação desta informação, ou seja, para investigar se realmente houve o abandono do hábito. Comprovada a remoção do hábito, na consulta seguinte da criança no Cepae, a equipe reforçará o comportamento da criança de ter interrompido o hábito, por meio de elogios e pela entrega de brindes e um diploma (Anexo VII).

No caso de insucesso, ou seja, se no primeiro contato telefônico ainda for constatada a presença do hábito, o profissional responsável (a ortodontista ou a fonoaudióloga) fornecerá novas dicas para a interrupção do hábito. Isto é possível porque, na ficha controle do paciente, há informações sobre as dicas que já foram oferecidas. Desta forma, o profissional investiga junto ao responsável se houve a utilização da dica oferecida anteriormente e de que forma ela foi desenvolvida, para se avaliar a necessidade de oferecer novas dicas ou instruí-lo melhor sobre como implantar aquelas que já foram oferecidas. As novas dicas serão anotadas na ficha controle da criança e servirá de subsídio para o próximo contato telefônico.

Este procedimento será repetido a cada mês, num total de 6 ligações ou até que a criança interrompa o hábito.

Caso o hábito não seja interrompido até o sexto contato telefônico, o responsável é convidado a passar pela fase seguinte do PRHO, cuja metodologia de atuação prevê dois encontros com a equipe do Cepae. Cada encontro tem duração aproximada de 90 minutos e os cuidadores também participam de atividades de orientação, em um ambiente distinto, de forma simultânea. Para as crianças, as informações são transmitidas por meio de atividades lúdicas, a fim de facilitar a compreensão e assimilação da informação e, assim, contribuir para a remoção do hábito oral deletério.

Após a participação da criança e de seu responsável nesta segunda fase, realiza-se um novo contato telefônico para a investigação do sucesso. Comprovada a remoção do hábito, na consulta seguinte da criança no Cepae, a equipe reforçará o comportamento da criança de ter interrompido o hábito, por meio de elogios e pela entrega de brindes e um diploma. Entretanto, quando o hábito oral não é interrompido após esses dois encontros, a equipe orienta a mãe a seguir, em casa, as orientações fornecidas, enquanto aguarda até que a criança passe por nova avaliação pela equipe do Programa Ortofono, o que acontece cerca de seis meses após o término deste processo. Assim, ao passar pela nova avaliação e constatada a permanência do hábito, reinicia o processo de remoção, conforme a descrição feita anteriormente. Espera-se que, com o passar do tempo, a criança apresente um maior envolvimento no processo de interrupção do hábito, uma vez que, com o aumento da idade, ela pode compreender melhor as conseqüências dos hábitos e aceitar a sua participação neste processo.

### **Coleta e análise dos dados**

Os participantes deste estudo foram 42 crianças inseridas no PRHO por apresentarem hábitos de sucção de chupeta e/ou mamadeira e/ou dedo, entre fevereiro e outubro de 2006.

A coleta de dados foi realizada por meio da avaliação das fichas de controle do paciente, inseridos nos prontuários das crianças. Até o último dia da coleta de dados, muitas crianças ainda estavam sendo acompanhadas pela equipe, por meio das ligações telefônicas, ou seja, ainda não haviam passado pelas 6 ligações telefônicas previstas no processo.

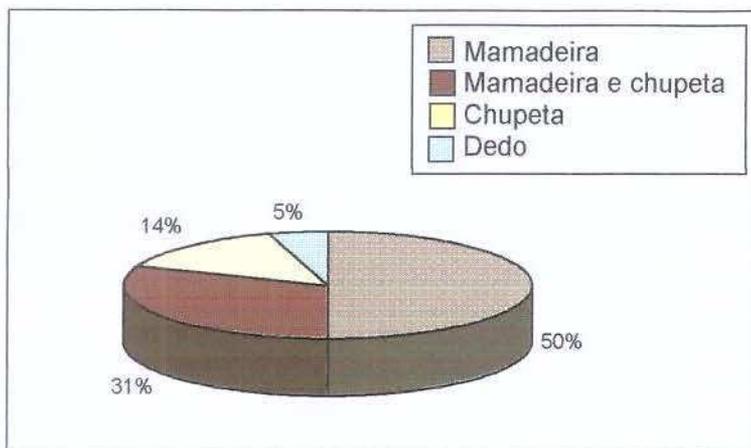
Os dados relativos a cada participante foram inseridos numa planilha feita no programa Excel, incluindo nome e idade da criança, o tipo de hábito oral presente (chupeta e/ou mamadeira e/ou dedo), o número de ligações realizadas para cada criança até o dia 31 de outubro de 2006 e a informação sobre o abandono ou não do hábito.

Os dados foram analisados de forma quantitativa, investigando o número médio de ligações necessárias para o abandono do hábito.

## V) Resultados e Discussão

A amostra foi constituída por 42 crianças, sendo que 47,6% eram do gênero masculino. A média de idade da amostra foi de 48,8 meses, sendo que a idade variou de 37 a 58 meses.

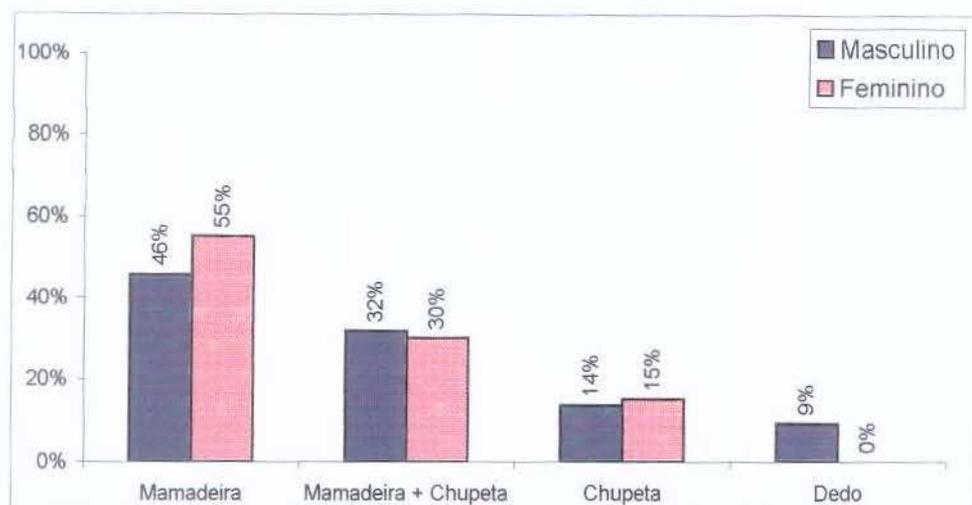
A Figura 1 mostra a distribuição dos hábitos orais entre as crianças da amostra.



**Figura 1:** Distribuição dos hábitos orais entre as crianças da amostra, sem distinção de gênero.

A observação da Figura 1 permite verificar que a mamadeira foi o hábito predominante, sendo que 81% das crianças usavam mamadeira, concomitante ou não ao uso da chupeta. A chupeta é o segundo hábito mais prevalente, sendo apresentado por 45% das crianças, de forma concomitante ou não ao uso da mamadeira.

A Figura 2 mostra a distribuição dos hábitos entre as crianças de cada gênero. O hábito da mamadeira é mais prevalente entre as crianças do gênero feminino, porém, pelo Teste Qui-quadrado, não houve associação entre o tipo de hábito e sexo. O Teste Qui-quadrado também foi aplicado para avaliar se houve diferença estatística entre os sexos para o grupo que fazia uso da chupeta, da mamadeira associada à chupeta e do dedo e, também, concluiu-se que não houve associação entre o tipo de hábito e o sexo ( $p > 0,05$ ).

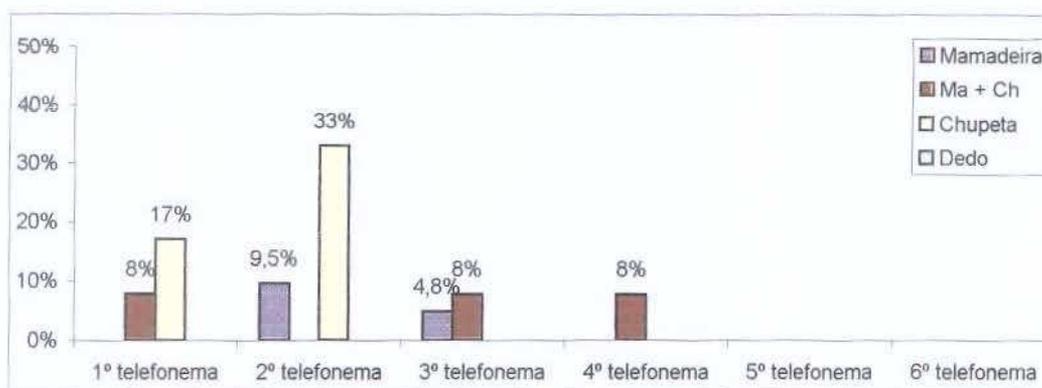


**Figura 2:** Distribuição dos hábitos orais entre as crianças da amostra, separadas por gênero.

As crianças da amostra iniciaram a participação no processo do PRHO em momentos diversos. Assim, até o último dia da coleta dos dados, algumas crianças ainda não haviam passado pelas seis ligações telefônicas previstas no processo. Desta forma, das 42 crianças da amostra, 10 crianças (23,8%) haviam obtido sucesso na interrupção do hábito, sendo que 76,2% ainda estavam passando pelo processo. Das 32 crianças que ainda passavam pelo processo, ou seja, os 76,2% da amostra que ainda não haviam abandonado o hábito, em cada contato telefônico, 32,3% haviam passado pelo 1º contato telefônico, 9,4% pelo 2º contato, 12,5% pelo 3º, 32,3% pelo 4º e 15,6% haviam passado pelo 5º contato telefônico sem obter sucesso na interrupção. Nenhuma criança da amostra havia passado, ainda, pelo 6º contato telefônico. Vale ressaltar que, entre as crianças que apresentavam hábito misto, ou seja, mamadeira associada à chupeta, foi considerada. Outra situação que encontramos e que pode explicar o índice aparentemente baixo referente ao número de crianças que abandonaram o hábito são as crianças que apresentam duplo hábito, como o da mamadeira e chupeta. Nos casos em que a criança não conseguiu abandonar um dos hábitos, ela não entrou na contagem do número de abandonos e portanto, ainda está sob avaliação.

A Figura 3 mostra a distribuição da amostra que obteve sucesso na interrupção do hábito (10 crianças ou 23,8% do total) nas fases de

acompanhamento. A observação desta figura permite perceber que o hábito mais resistente foi o uso da mamadeira associada à chupeta, uma vez que algumas crianças que conseguiram abandonar o hábito somente no quarto contato telefônico. Porém, das crianças que conseguiram abandonar a chupeta, quando usada de forma isolada, 33% delas o fizeram até o segundo telefonema, mostrando ser um hábito mais fácil de ser removido. No PRHO, a sucção digital foi diagnosticada em apenas duas crianças e, até o segundo contato telefônico, elas ainda não haviam abandonado o hábito.



**Figura 3:** Distribuição da amostra que obteve sucesso na interrupção do hábito, em cada fase de acompanhamento.

Legenda: M+Ch: hábito misto (mamadeira associada à chupeta) com abandono dos 2 hábitos.

O índice de sucesso do Programa avaliado pode parecer pouco satisfatório quando comparados o número total de crianças participantes do programa (42) com o número de crianças que abandonaram o hábito (10 crianças ou 23,8% da amostra). Porém é importante ressaltar que as demais crianças ainda estão sob avaliação. Assim, este estudo merece uma continuidade na coleta dos dados, a fim de investigar o índice de sucesso entre todas as crianças da amostra. Isso somente será possível de ser realizado, quando a última criança passar pelo 6º contato telefônico. Ainda assim, as crianças que mostrarem resistência em abandonar o hábito, terão a oportunidade de participar da segunda parte do processo, que prevê atividades educativas para as crianças e seus cuidadores.

## **VI) Conclusão**

Com base na revisão de literatura e no conhecimento clínico adquirido no Cepae, é possível concluir que a remoção dos hábitos orais deletérios deve ser defendida e aplicada, seja através de programas específicos, como o Programa de Remoção de Hábito Oral que está inserido no Programa de Atenção Precoce à Saúde do Cepae, seja por outros métodos. A remoção do hábito deve acontecer o mais precoce possível, uma vez que a permanência dos hábitos por um período de tempo prolongado pode acarretar prejuízos à saúde orofacial da criança. O PRHO-Cepae ainda necessita de outras investigações para que possa ser constatado o seu real índice de sucesso. Assim, sugere-se a continuidade deste estudo, acompanhando uma amostra maior e durante os 6 meses previstos no processo.

## VII) Referências Bibliográficas:

1. ALMROTH, S. & LATHAM, M. C. Breast-feeding practices in rural Jamaica. *J. trop. Pediat.*, 28:103-9,1982.
2. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS, ANO). Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 março-abril; 11(2) 232-6).
3. Colares V.; Rosenblatt. A. Clínica Odontopediátrica – Uma Abordagem Psicológica. Ed. UPE, Recife, p. 31 e 43; 1998.
4. Finn, S. B. Clinical Pedodontics. 3. Ed. Philadelphia: Saunders, p. 307-323; 1967.
5. Gomes, I.C.D.; PROENÇA, M.G.; LIMONGI, S.C.O. Avaliação e terapia de motricidade oral. In: Temas de fonoaudiologia. São Paulo: Loyola. Cap.3, p.59-119; 1984.
6. Graber, T.M. Orthodontics. Principles and practice. (2 ed.). Philadelphia: W.B Saunders Company, Caps. 3,6. 1966.
7. Guedes-Pinto, A.C. Odontopediatria. 6ª ed., Ed. Santos, São Paulo, p. 136-137; 1997.
8. Huffman, S. et al. Breast-feeding patterns in rural Bangladesh. *Amer. J. clin.Nutr*, 33: 144-54, 1980.
9. Infante, P.F. An Epidemiologic study of finger habits in preschool children as related to malocclusion, socioeconomic status, race, sex and size of cominity. *J Dent child*, v.43, p.33-38, Jan./Feb. 1976.
10. JANSEN, A. A. J. Malnutrition and child feeding practices among the Gilbertese. *Environ. Child Hlth*, 23:161-84, 1977.
11. Leite I.C.G, Rodrigues C.C, Faria A.R, Medeiros G.V, Pires L.A. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. *Rev. APCD* 1999, 53(2): 151-5.
12. Meur P.P, Mangurtem H.H. Breastfeeding tnhe preterm infant. In: Riordan J, Auerbach K.G. Breastfeeding and human lactation. Boston (USA): Jones and Bartlett Publishers; 1993.p.253-78.

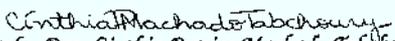
13. Moreira, M. Desenvolvimento anatomofuncional da boca. Em M. S. N. P. Corrêa. Odontopediatria na Primeira Infância. 2ª ed., Ed. Santos, São Paulo, p.101-115; 2001.
14. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion; toward a formal definition. J Pediatr 1995; 126 Suppl 6:125-9.
15. Novak, A.J. Conference report: feeding and dentofacial development .J DEnt Res, Washington,v.70,n.2,p.159-160, Fev.1991.
16. Proffit, W.R. On the aetiology of malocclusion. The Northcroft lecture, 1985 presented to the British Society for the Study of Orthodontics, Oxford, April18, 1985. Br J Orthod. 1986 Jan;13(1):1-11.
17. Rochat P, Goubert N, Shah B.L. Enhanced sucking engagement by preterm infants during intermittent gavage feedings. J Dev Behav Pediatr 1997, February; 18(1) : 22-6.
18. Segovia, M.L. Interrelaciones entre la odontoestomatologia y la fonoaudiologia- la deglución atípica. Buenos Aires: Editorial medica Panamericana, 1977.
19. Silva Filho, et al. Sucking habits: clinical management in dentistry. J Clin Pediatr Dent, Bermingham, v.15, n.3, p. 137-156, Spring 1991.
20. Svedin, C.G., Friis-Hasché, E. Desenvolvimento mental. In Koch, G. et al. (Ed) Odontopediatria: uma abordagem clínica. São Paulo, 1992. Cap 3, p 33-41.
21. Tirado A.R, Denzin P, Basseto M.C.A. Sucção não nutritiva e alimentação de recém-nascido. In: Basseto M.C.A, Brock R, Wajnsztein R. Neonatologia. Um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo (SP): Lovise; 1998. p.285-8.
22. Tomita N.E, Bijella V.T, Franco L.I . Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. Rev. Saúde Pública 2000; 34: 299-303.

23. Van Norman, R.A. Gigit sucking: a review of the literature, clinical observation and treatment recommendations. *Int. J Orofacial Myology*, Seattle, v.23, p. 14-34, 1997.
24. Victoria C.G, Behague D.P, Barros F.C, Olinto M.T.A, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997; 99:445-53.
25. Victoria C.G, Tomasi E, Olinto M.T, Barros F.C. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993; 341: 404-6.
26. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Genebra, Suíça. World Health Organization; 1989.

## VIII) Anexos

Comite de Etica[1] (3213x2279x2 bmp)

### Anexo I

	<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA	
<b>CERTIFICADO</b>		
<p>Certificamos que o Projeto de pesquisa "Avaliação de um programa de intervenção para interromper o uso de chupeta e mamadeira", protocolo CEP nº <b>064/2004</b>, dos Pesquisadores <b>Andréia Regina De Moraes, Karine Sandalo, Rosana De Fátima Possobon e Antonio Bento Alves Moraes</b>, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - MS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia - UNICAMP.</p>		
<p>We certify that the research project "Evaluation of a Program Intervention to interrupt pacifier and bottle's use", Register Number <b>064/2004</b> of <b>Andréia Regina De Moraes, Karine Sandalo, Rosana De Fátima Possobon and Antonio Bento Alves Moraes</b>, is in agreement with the recommendations of 196/96 Resolution of the National Health Committee - Brazilian Health Department and was approved by the Research Ethics Committee of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas - UNICAMP.</p>		
Piracicaba - SP, Brazil, July 19 2004		
 Prof. Dra. <i>Cíntia Pereira Machado Tabchouy</i>		 Prof. Dr. <i>João Jorge Júnior</i>
Secretaria CEP/FOP/UNICAMP		Coordenador CEP/FOP/UNICAMP

## Anexoll

### Orientações para Remoção de Hábitos Orais



✓ A remoção do hábito deve ser feita de forma gradual. Assim, não exija que a criança interrompa o uso da chupeta e da mamadeira ou pare de sugar o dedo nos primeiros dias do processo.

✓ Fique atenta para que o processo de interrupção do hábito não coincida com outras mudanças na rotina da criança, tais como, o nascimento de um irmão, o início da vida escolar, a troca da babá, uma doença, etc.

✓ É comum que, ao deixar de usar a mamadeira, a criança diminua (ou recuse) a ingestão de leite. Esta recusa pode gerar ansiedade nos pais, que se preocupam pela possível carência de cálcio. É importante que os pais recebam orientação nutricional para saber qual a quantidade ideal de cálcio em cada faixa etária, adequando a dieta da criança por meio da inclusão de outras fontes deste nutriente. Se necessário, agende uma consulta com a nutricionista da Equipe.

✓ Observe se é a criança quem solicita a chupeta e/ou a mamadeira ou se é você quem oferece.

✓ Elogie os comportamentos da criança relacionados a outras atividades, que não o processo de interrupção do hábito, tais como, manter o quarto organizado, fazer um desenho, alimentar o animal de estimação, etc. Esta atitude melhora a auto-estima da criança e a auxilia no enfrentamento desta fase.

✓ Procure observar os comportamentos da criança para descobrir em que situações ela solicita a chupeta (ou suga o dedo). Auxilie-a a enfrentar a situação e resolver o problema sem utilizar a chupeta, a fim de evitar a ocorrência do "efeito-rolha". A descrição deste efeito sugere que a criança busca o consolo da chupeta, mamadeira ou dedo quando está em face de algum desconforto. Por exemplo: a criança briga com o amigo e começa a chorar; ela solicita a chupeta (ou os pais oferecem, na tentativa de acalmá-la);

esta atitude não permite à criança a aquisição de habilidades sociais para a resolução de problemas (conversar com o amigo, dividir os brinquedos, etc.); a criança pode aprender a recorrer à chupeta sempre que se sentir contrariada ou na presença de algum desconforto.

✓ Lembre-se: a Equipe do GRHO-Cepae estará sempre disponível para ajudar!

---

**Grupo de Remoção de Hábitos Orais – GRHO**  
**Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae – FOP – Unicamp)**  
Fone: 2106-5275

## **Anexo III**

**Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa**  
**Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico de Pacientes**  
**Especiais (Cepae)**  
**Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP)**  
**Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)**

As informações contidas neste prontuário foram fornecidas pelos Professores Dr. Antônio Bento Alves de Moraes e Dra. Rosana de Fátima Possobon, responsáveis pela disciplina de Psicologia Aplicada e coordenadores do Cepae e pelos demais profissionais da Equipe, objetivando firmar, por escrito, o acordo mediante o qual a gestante e futura mãe (ou responsável legal) autoriza seu filho(a) a participar das atividades do Cepae, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação. A gestante/mãe receberá uma cópia deste documento.

**I - Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico de Pacientes Especiais (Cepae)**

Cepae é uma unidade de pesquisa e serviço vinculada à área de Psicologia Aplicada do Departamento de Odontologia Social, que promove a integração entre Odontologia, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia. Seu principal objetivo é a promoção da saúde bucal de crianças de 0 a 60 meses de idade, por meio de atividades educativas, preventivas e curativas, que envolvem a criança e sua família. Todas essas ações são orientadas para a produção de conhecimento científico. Assim sendo, todos os pacientes do Cepae e suas mães são sujeitos de pesquisa.

## II- Justificativas

Os comportamentos de saúde podem ser aprendidos e, para isso, é necessário disponibilizar informações aos pacientes e seus familiares.

## III- Procedimentos Utilizados no Atendimento

Ao inscrever-se no Programa, a gestante participa de uma palestra, cujo objetivo é apresentar o programa e a forma de trabalho do Cepae, bem como oferecer informações sobre amamentação e seus benefícios e noções de prevenção de hábitos inadequados. Antes do bebê completar 10 dias de vida, a díade mãe-bebê é inserida no Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME), que é desenvolvido em 9 encontros. A mãe deverá comparecer aos 09 encontros do GIAME antes do bebê completar 7 meses de idade. O agendamento da primeira consulta com o dentista somente será realizado após a mãe participar de todos os encontros do GIAME. Cada paciente é acompanhado por um cirurgião-dentista (formado ou graduando do 4º ano da FOP) que elaboram, sob supervisão de profissionais da área de Psicologia, Odontologia, Fonoaudiologia e Nutrição, o plano de tratamento.

### 1- Tratamento Curativo

Realiza-se tratamento Odontológico restaurador nos pacientes que apresentarem cáries e/ou outros problemas orais.

### 2- Tratamento Preventivo

São realizados bimestralmente ou com intervalos menores, dependendo de cada caso. Em todas as sessões, aplica-se corante de placa bacteriana nos dentes da criança para avaliar o índice de placa. Em seguida, a mãe é instruída a escovar os dentes de seu filho sob orientação do dentista. O dentista também realiza, em todas as sessões, avaliação do estado nutricional da criança, por meio da antropometria, e as mães recebem orientação em relação à dieta (principalmente a frequência de consumo de açúcar) e higiene oral. Em pacientes que ainda não têm dentes, realiza-se a limpeza da cavidade oral com gaze úmida em água filtrada. A partir de uma orientação para a pesquisa,

procura-se estudar técnicas, visando obter conhecimentos e melhorar a qualidade do atendimento dos pacientes. Para isso, é necessário utilizar radiografias, fotografias, fazer modelos de estudo e filmagens de alguns casos com finalidade de ensino, pesquisa e divulgação.

### 3- Tratamento Ortodôntico/Fonoaudiológico preventivo

Todos os pacientes participantes do Programa Preventivo do Cepae, independente de apresentar problemas, passarão por avaliação ortodôntica e fonoaudiológica ao completarem 36, 48 e 60 meses. Além disso, toda criança deverá submeter-se à realização de radiografia panorâmica e, quando necessário, modelos das arcadas, aos 48 e 60 meses de idade. A radiografia panorâmica não tem custo para o paciente, pois é custeada pela Área de Radiologia da FOP. Portanto, a Radiografia não pertence ao paciente, ficando a mesma arquivada no prontuário da criança, no Cepae. A criança que apresentar problema ortodôntico será tratada, caso se enquadre dentro de exigências preestabelecidas (ex: apresentar índice baixo de placa bacteriana e ausência de hábitos). O aparelho ortodôntico deverá ser pago pela família do paciente.

### IV- Desconfortos e possíveis riscos

Alguns pacientes são resistentes ao tratamento, principalmente aqueles que já passaram por algum tipo de atendimento restaurador. Estes pacientes são levados ao Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA) onde participam de uma atividade de adaptação ao tratamento. No LPA, há um espelho de visão unidirecional, através do qual as sessões poderão ser assistidas e/ou filmadas por Psicólogos da Equipe, sempre com prévia autorização da mãe, com objetivo de auxiliar o dentista a programar as sessões de atendimento. Alguns pacientes necessitam de tratamento restaurador e, às vezes, choram ou se movimentam, dificultando o atendimento. Nestes casos, pode ser necessária a contenção física da criança, feita pela mãe.

O trabalho de Cepae envolve os riscos típicos de um tratamento Odontológico normal. As tomadas de Radiografia são feitas com o tempo de exposição correto e com a proteção do avental de chumbo.

#### V- Benefícios

O paciente recebe tratamento Odontológico especializado, além de acompanhamento nutricional, fonoaudiológico e psicológico, até os 5 anos de idade. As mães receberão orientação continuada e apoio psicológico. Se todas as orientações forem seguidas, o paciente provavelmente vai crescer sem nenhuma doença bucal. Dessa forma, a dentição decídua ("de leite") será saudável, o que é essencial para um bom desenvolvimento dos dentes permanentes.

#### VI- Métodos Alternativos

No Cepae, realiza-se a prevenção precoce. Todos os procedimentos seguem técnicas recentes de tratamento Odontológico e manejo comportamental. Além disso, o atendimento é inovador na medida em que integra atenção odontológica e psicológica. O método alternativo mais tradicional seria realizar o tratamento curativo numa idade mais avançada.

#### VII- Forma de acompanhamento e assistência

O acompanhamento é feito, em geral, a cada dois meses, de acordo com o comportamento do paciente, o índice de placa bacteriana, a frequência de consumo de açúcar e o risco de cárie, até a criança completar 5 anos de idade.

#### VIII- Informações

Os pais ou responsáveis pelo paciente terão a garantia de que receberão respostas a quaisquer perguntas e/ou esclarecimentos a respeito de procedimentos, riscos, benefícios e de outras dúvidas relacionados ao atendimento e à pesquisa. Toda a Equipe assumirá o compromisso de fornecer informações atualizadas obtidas durante o tempo de permanência do paciente no programa.

A equipe do Cepae assegurará o sigilo do nome e dados pessoais dos pacientes participantes de suas pesquisas.

Os pacientes têm o direito a duas faltas ou duas remarcações durante o ano. Na terceira falta ou terceira remarcação, o paciente será desligado do Programa.

#### IX- Retirada do consentimento

Os pais têm a liberdade de deixar de participar do programa a qualquer momento e retirar seu consentimento quanto à utilização dos materiais para pesquisa (fotos, slides, modelos, filmes, etc.).

#### XI- Formas de ressarcimento e indenização

Não há previsão de ressarcimento de despesas, uma vez que o paciente recebe tratamento gratuito durante todo o tempo em que permanece no programa. Também não existem formas de indenização previstas.

#### XII- Consentimento Livre Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que tendo lido o documento acima exposto, e suficientemente esclarecido (a) de todos os itens pelos Professores Dr. Antônio Bento Alves de Moraes e Dra. Rosana de Fátima Possobon, responsáveis pela disciplina de Psicologia Aplicada e coordenadores do Cepae, estou plenamente de acordo com a realização do programa. Concordo que todos os registros, radiografias, fotografias, modelos, filmes, constituem propriedade do Cepae, ao qual dou pleno direito de retenção, uso para fins de ensino e pesquisa, além da sua divulgação em jornais e revistas científicas. Assim, eu autorizo a participação do meu filho (a) no programa, estando de acordo com o diagnóstico e plano de tratamento. Atesto a minha participação efetiva e consciente.

Por ser verdade, firmo o presente.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nome por extenso)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

**ATENÇÃO:**

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária.

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP – UNICAMP.

Endereço – Av. Limeira, 901 – CEP: 13414-900 – Piracicaba/SP - Fone:  
(19) 3412-5349

Cepae: (19) 3412-5275

**Anexo IV**

**Lista de Pacientes com Hábitos Orais – \_\_\_ª feira**

Criança	Contato telefônico					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )
	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )	__/__/__ ( )

**Observações:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





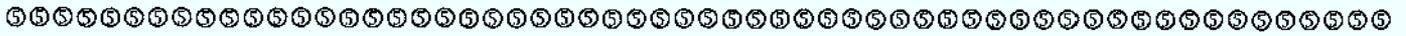
**4º Contato Telefônico:** data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissional responsável: \_\_\_\_\_

Hábitos orais apresentados: ( ) Mamadeira ( ) Chupeta ( ) Dedo ( ) Onicofagia

Frequência do hábito: ( ) manhã; ( ) tarde; ( ) noite; ( ) madrugada; ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Progressos alcançados: \_\_\_\_\_

Nova orientação oferecida: (Dicas nº \_\_\_\_\_)



**5º Contato Telefônico:** data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissional responsável: \_\_\_\_\_

Hábitos orais apresentados: ( ) Mamadeira ( ) Chupeta ( ) Dedo ( ) Onicofagia

Frequência do hábito: ( ) manhã; ( ) tarde; ( ) noite; ( ) madrugada; ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Progressos alcançados: \_\_\_\_\_

Nova orientação oferecida: (Dicas nº \_\_\_\_\_)



**6º Contato Telefônico:** data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissional responsável: \_\_\_\_\_

Hábitos orais apresentados: ( ) Mamadeira ( ) Chupeta ( ) Dedo ( ) Onicofagia

Frequência do hábito: ( ) manhã; ( ) tarde; ( ) noite; ( ) madrugada; ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Progressos alcançados: \_\_\_\_\_

Nova orientação oferecida: (Dicas nº \_\_\_\_\_)

Observações: \_\_\_\_\_

**Avaliação final do paciente (após o último contato telefônico):**

Abandonou o(s) seguinte(s) hábito oral:

( ) Mamadeira ( ) Chupeta ( ) Dedo ( ) Onicofagia

**No caso de permanecer algum hábito, agendar GHRO, incluindo o nome da criança na Ficha de Inscrição.**

## Anexo VI

### Dicas para remoção dos Hábitos orais.

- 1) Retirar a chupeta e o dedo no momento em que a criança dormir.
- 2) Evitar levar a chupeta e/ou mamadeira aos passeios.
- 3) Retirar a chupeta/mamadeira em determinados momentos (durante as brincadeiras, para conversar, etc.).
- 4) Realizar pequenos furos com uma agulha no bico da chupeta.
- 5) Evite utilizar prendedores, panos e fraldas amarrados à chupeta.
- 6) Procure reduzir o número de chupetas e mamadeiras que a criança possui.
- 7) Ofereça trocar a mamadeira por copos coloridos e visualmente atraentes.
- 8) Para a criança que toma mamadeira na posição sentada, aumente o furo do bico da mamadeira diariamente.
- 9) Incentive a criança a tomar o leite sentada à mesa, junto dos familiares, usando um copo.
- 10) Solicite à criança retirar da boca o dedo, a mamadeira ou a chupeta quando quiser falar com você, explicando à ela que, caso contrário, você não consegue compreendê-la.
- 11) Avisar a criança que quando a chupeta ou a mamadeira que está sendo usada acabar, não será substituída.
- 12) Motivar a criança quando ela não estiver praticando o hábito, brincando com ela, levando-a para passear, parabenizando-a, enfatizando o fato da criança ficar mais bonita quando não está com a chupeta ou mamadeira, etc.
- 13) Distrair a criança com atividades que requerem o uso da fala (cantar, adivinhar nomes de objetos, etc.) e da mão (para as crianças que sugam o dedo ou roem unha: pintura, desenho, modelagem de massa, etc.).
- 14) Mostrar que pessoas que ela admira não usam chupeta, mamadeira ou dedo, sem fazer comparações que a humilhem ("A Sandy é bonita porque não chupa dedo, mas você é feia porque não tira este dedo da boca!")
- 15) Para as crianças que sugam o dedo ou roem unhas: pintar as unhas, colar adesivos, amarrar laços de fita, fazer desenhos com caneta hidrocor, etc.
- 16) Oferecer às meninas um batom, estabelecendo a seguinte regra: quando estiver de batom, não deve sugar dedo, usar chupeta ou mamadeira ou roer unhas.
- 17) Ofereça um brinquedo novo em troca da interrupção do hábito;
- 18) Nos momentos de sono, quando há maior probabilidade da criança solicitar a chupeta e a mamadeira ou sugar o dedo, procure permanecer em sua presença até que ela adormeça. Vale segurar suas mãos, contar uma estória e oferecer um brinquedo para a criança segurar. Explique que você entende que esta fase de interrupção do hábito é difícil, mas que você estará sempre presente para ampará-la e que ela terá sucesso. No início do processo de interrupção do hábito, caso a criança ainda solicite a chupeta ou sugue o dedo para dormir, aguarde até que ela adormeça e remova a chupeta ou o dedo de sua boca.
- 19) Usando linguagem apropriada para a faixa etária, explique para a criança que o bico da chupeta e da mamadeira acumulam bactérias, mesmo após terem sido lavadas e que, sob suas unhas, mesmo quando limpas, ainda há microorganismos.
- 20) Durante o processo de transição entre a mamadeira e o copo, você pode lançar mão do seguinte artifício: prepare o leite que será oferecido na mamadeira com menos sabor (diminua a quantidade de achocolatado ou de açúcar ou dilua o leite com uma parte de água). Ao perceber a diferença no sabor, ofereça à criança o leite no copo, desta vez, preparado de forma a ficar bastante saboroso. Ressalte para a criança a diferença de sabor do leite oferecido no copo e na mamadeira. Incentive a participação da criança na preparação de vitaminados ou *shakes*, utilizando frutas, iogurtes ou sorvetes, a fim de deixar o leite mais saboroso, com uma apresentação atraente.



Capitão Sorriso

*Parabéns!!*

O Capitão Sorriso e a Equipe do Cepae  
estão muito felizes porque o  
**José Augusto da Silva**  
parou de usar a chupeta!!

Setembro de 2006.

