

**FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS  
FACSETE**

**José Ulisses Castro e Silva**

**Hábitos Oraís Deletérios**

**Araçatuba – SP  
2015**

**José Ulisses Castro e Silva**

**Hábitos Oraís Deletérios**

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para conclusão do Curso de Ortodontia.  
Área de concentração: Ortodontia.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Bertoz

**Araçatuba - SP  
2015**

**FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS**  
**FACSETE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ORTODONTIA**

Monografia intitulada “HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS” de autoria da aluno JOSÉ ULISSES CASTRO E SILVA, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof. André Pinheiro de Magalhães Bertoz – UNESP  
Orientador

---

Prof. Francisco Antonio Bertoz – FACSETE  
Coorientador

---

Prof. Carlos Eduardo Shimabucoro – FACSETE

Araçatuba, SP  
2015

# **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus pais, Valdeci e Antuza, que são exemplos de honestidade, determinação e hombridade, que deram apoio e se fizeram importantes em todos os meus passos, em todas minhas conquistas.

# Agradecimentos

Agradeço a Deus por me prover a vida, e colocar cada pessoa que se fez especial em meu caminho.

A minha família, pelo amor incondicional, carinho acolhedor e compreensão integral, que moldaram meu caráter e lapidaram minha personalidade fazendo de mim a pessoa que sou.

Aos meus amigos e a todos que sempre enxergaram o meu melhor, às que me ajudaram a enfrentar dificuldades, às que me divertiram e principalmente às que contribuíram para a minha conquista.

Ao meu Orientador e Professor Dr. Francisco Bertoz pelo apoio, atenção e dedicação durante a especialização e condução deste trabalho, bem como aos professores Carlos e André e toda a equipe NEC, que contribuíram de forma essencial para o meu aprendizado.

# Resumo

A proposta do presente trabalho é fazer uma revisão da literatura sobre os hábitos orais deletérios, os fatores predisponentes, os fatores etiológicos, as consequências e o impacto negativo no desenvolvimento normal da oclusão dentária, morfologia e função do sistema estomatognático. Foi discorrido sobre a íntima relação entre idade, sexo, nível socioeconômico, padrão de alimentação, amamentação, conflitos familiares, stress, irritação, ansiedade e outros na prevalência dos hábitos.

A frequência, intensidade e duração destes hábitos parafuncionais é que vão determinar a gravidade dos efeitos sobre a dentição, e o tratamento, quando necessário, é feito após um diagnóstico correto e usando de técnicas de comportamento, reforços positivos, aparelhos ortodônticos e fisioterapia fonoaudiológica no intuito de eliminar o hábito, bem como tratar suas consequências.

Unitermos: Hábitos. ortodontia.

# Abstract

The purpose of this study is to review the literature about the deleterious oral habits, the predisposing factors, etiologic factors, consequences and negative impact on the normal development of occlusion, morphology and function of the stomatognathic system. It was spoken about the close relationship between age, sex, socioeconomic status, eating patterns, breastfeeding, family conflicts, stress, anger, anxiety and others in the prevalence of habits.

The frequency, intensity and duration of these parafunctional habits is what will determine the severity of effects on the dentition and treatment when necessary, it is done after a correct diagnosis and using behavioral techniques, positive reinforcement, orthodontics and speech therapy in order to eliminate the habit, as well as treating its consequences.

Keywords: Habits. Orthodontics.

# Sumário

Introdução.....	7
O Sistema Estomatognático, a Amamentação e a Alimentação na Primeira Infância.....	8
O Mecanismo do Bucinador.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Sucção de Dedo e Chupeta.....	10
Respiração Bucal.....	18
Deglutição Atípica.....	22
Onicofagia.....	22
Bruxismo.....	15
Discussão.....	18
Conclusão.....	19
Imagens.....	21
Referências Bibliográficas.....	22

# Introdução

O hábito é compreendido, de maneira genérica, como uma disposição adquirida pela repetição de um ato, que se torna inconsciente e passa a ser incorporada a nossa personalidade, e por isso, resistente a mudanças com decorrer do tempo<sup>1</sup>.

Já o hábito oral, especificamente, consiste num ato neuromuscular de natureza complexa, um estímulo diretamente relacionado com as funções de sucção, deglutição, mastigação e fonética, pertinentes ao sistema estomatognático<sup>2</sup>. No entanto, quando este ato torna-se vicioso prejudicando o processo normal de crescimento e desenvolvimento do complexo craniofacial, caracteriza-se como um hábito oral deletério<sup>1</sup>.

A qualificação de um hábito deletério quanto ao dano causado no sistema estomatognático é resultante, entre outras, de variáveis referentes à frequência, duração, intensidade, objeto e/ou órgão utilizado e a idade na qual se iniciou o hábito<sup>3</sup>. Podem ser classificados como não compulsivos, quando são de fácil aquisição e abandono, acompanhando o processo de maturidade, ou compulsivos, quando estão fixados à personalidade da criança, sendo um refúgio quando esta se sente ameaçada. Quanto à capacidade de satisfazer necessidades, podem ser classificados em nutritivos, aqueles que permitem a obtenção de nutrientes essenciais, ou não nutritivos, se transmitem sensação de segurança e conforto<sup>4</sup>.

A obtenção da dupla satisfação é alcançada pelos bebês que são amamentados, pois sacia ao mesmo tempo a necessidade alimentar e a de sucção. Portanto, a forma de aleitamento infantil possui influência extremamente significativa na instalação de hábitos orais deletérios. Crianças que obtiveram aleitamento artificial terão a plenitude alimentar atingida, mas não a plenitude neuromuscular, podendo necessitar de complemento para esta sucção, momento em que normalmente hábitos de sucção não nutritivos poderão ser instalados.

Apesar de transmitirem sensação de segurança e conforto, os hábitos orais deletérios devem ser abandonados o mais cedo possível, sendo abordados e esclarecidos junto às famílias, a fim de evitar alterações estruturais e funcionais graves<sup>5</sup>. São considerados como padrões habituais anormais: sucção digital, sucção de chupeta, respiração bucal, morder objetos, interposição lingual, onicofagia e bruxismo.

## O Sistema Estomatognático, a Amamentação e a Alimentação na Primeira Infância

O desenvolvimento do sistema estomatognático se dá por meio de estímulos genotípicos, visto o estabelecimento da genética sobre o crescimento e desenvolvimento facial, e estímulos paratípicos, que são os estímulos externos e oferecidos naturalmente pelas funções de amamentação, mastigação, respiração e deglutição<sup>7</sup>.

Nos primeiros seis meses de vida do bebê, a principal estimulação paratípica e fisiológica para o desenvolvimento do terço médio da face são obtidas por meio da respiração nasal<sup>8</sup>. Já para o terço inferior, ocorre por meio do estímulo que a amamentação no peito proporciona na sucção<sup>9</sup>.

A ação de sucção é um reflexo fisiológico primitivo extremamente importante que ocorre desde a vida intrauterina. Ainda no ventre da mãe, o ser humano já começa a exercer a sucção dos dedos, língua e lábios, numa atitude instintiva dos mamíferos. Quando nasce, o bebê apresenta a função de sucção completamente desenvolvida, e por meio desta adquirirá o nutriente necessário para a vida. No entanto, a sucção não destina-se unicamente à função de alimentação, pois constitui também o meio mais importante pelo qual a criança se comunica com o meio exterior. Assim, a percepção bucal bem desenvolvida, proporciona um sentimento de conforto, segurança e satisfação emocional durante o ato de sugar<sup>10</sup>.

Afirmamos, portanto, que o aleitamento materno é muito mais que nutrição, é fator decisivo e primordial para a correta maturação e crescimento das estruturas, mantendo-as aptas para exercerem o desenvolvimento da musculatura orofacial, o qual guiará e estimulará o desenvolvimento das funções fisiológicas, garantindo sobrevivência e qualidade de vida<sup>11</sup>.

A amamentação natural é feita mediante um enorme esforço muscular. O recém-nascido está obrigado a morder, a avançar e a retrair a mandíbula, o que faz com que todo o sistema muscular, principalmente os músculos masseteres, temporais e pterigoideos adquiram o desenvolvimento e o tônus muscular necessários à utilização, quando chegar à mastigação<sup>12</sup>.

Diversos estudos e autores estabelecem o tempo médio para o aleitamento materno exclusivo em seis meses, pois deve prolongar-se até a erupção dos primeiros dentes decíduos, proporcionando o desenvolvimento mandibular póstero-anterior e a modelação perfeita dos ângulos goníacos<sup>7</sup>.

A introdução precoce da mamadeira, apesar de satisfazer às necessidades nutricionais do bebê, anula uma quantidade enorme de excitações que partem da boca, principalmente das articulações têmporo-mandibulares, não proporcionando as respostas de desenvolvimento necessário para o crescimento e o desenvolvimento facial<sup>11</sup>.

Na impossibilidade de amamentação materna, aconselha-se o uso de mamadeiras com bicos ortodônticos, pois “imitam” a anatomia dos seios, visto que estabelecem uma maior superfície de contato com os lábios e pele do bebê. Além disso, a presença de um orifício reduzido para a saída do leite e a pequena espessura do bico exigem que o bebê succione de modo muito semelhante à amamentação no peito<sup>10</sup>.

Portanto, a inter-relação entre sucção, deglutição e respiração sofrem alteração em função do tipo de amamentação (natural ou artificial). Quando do tipo artificial, poderá gerar um comportamento inadequado, causando futuros distúrbios morfofuncionais da face, como hábitos respiratórios, de sucção, bruxismo e onicofagia, que levam a um hipodesenvolvimento das estruturas envolvidas<sup>13</sup>.

Após o período que compreende a amamentação exclusiva, a criança passa a ter contato com uma quantidade maior de alimentos. O tipo de alimentação, na fase que chamamos de primeira infância, tem influência direta no desenvolvimento e crescimento normal da face.

A nutrição baseada em alimentos moles e pastosos, e conseqüentemente, a falta de exercícios mastigatórios resultam em alterações funcionais dos músculos, alterando os estímulos ao crescimento facial. A criança deve receber alimentos mais consistentes tão logo tenha iniciado a erupção de seus dentes decíduos, pois estimulam a função muscular e influenciam a amplitude do palato, favorecendo a boa oclusão e o desenvolvimento do aparelho fonoarticulatório.

Incontestavelmente, a apreensão e o corte dos alimentos são muito importantes, especialmente nos primeiros anos de vida, para a definição do padrão mastigatório. Este alto nível de excitação paratípica é, portanto, indispensável para o normal desenvolvimento do sistema estomatognático<sup>7</sup>.

## O Mecanismo do Bucinador

Na arquitetura da oclusão normal, a natureza considerou os dentes, as bases ósseas e a musculatura adjacente intra e extrabucal, estabelecendo uma relação de interdependência e equilíbrio. Neste contexto, concorrem para o perfeito engrenamento dos arcos dentários, além do correto posicionamento dos dentes e da relação de proporcionalidade entre maxila e mandíbula, a função normal dos músculos do sistema estomatognático, definido por Brodie como o “Mecanismo do Bucinador”. (Fig. 01).

Sob esta ótica, os dentes ocupam uma posição de equilíbrio, correspondente ao local onde as forças opostas, provenientes da musculatura intrabucal e extrabucal, neutralizam-se<sup>10</sup>. Ou seja, os dentes são mantidos em harmonia por duas forças musculares antagônicas, uma de contenção externa, representada pelos músculos das bochechas e dos lábios, e outra de contenção interna representada pela língua, que é um órgão extremamente versátil e, por ser preso somente em uma extremidade, possui uma infinidade de movimentos e posições. Exercem, assim, pressões sobre as arcadas dentárias, e serve de guia para o contorno dos dentes<sup>14</sup>.

Considerando os conceitos da teoria da Matriz Funcional de Moss, a quebra desse equilíbrio muscular, por meio de qualquer função anormal exercida pela musculatura bucal, contribuirá negativamente para o desenvolvimento da oclusão. Neste caso, enquadram-se os hábitos bucais deletérios<sup>10</sup>.

## Sucção de Dedo e Chupeta

Através da amamentação, o bebê busca a satisfação nutricional fazendo um esforço muscular para a obtenção do alimento e, além disso, experimenta o estímulo agradável do toque dos lábios, da língua e da mucosa palatina com o seio materno, associando este estímulo às sensações agradáveis como o carinho e o calor da mãe.

Na tentativa de prolongar esta sensação de prazer, após satisfazer a demanda

fisiológica, a criança persiste no exercício da sucção. A chupeta e também o dedo podem satisfazer essa necessidade sensorial motora, ou seja, promovem uma autossatisfação na ausência da mãe<sup>15</sup>.

Porém, o hábito prolongado de sucção de dedo ou chupeta só é considerado normal até os 3 ou 4 anos de idade, quando a criança começa a desenvolver outros meios de comunicação com o meio externo e, normalmente, abandona espontaneamente o hábito de sucção. A persistência do hábito induz a deformação da oclusão, em decorrência do desequilíbrio muscular causado.

As anormalidades nas estruturas ósseas e no posicionamento dentário, pela execução de um hábito, relacionam-se com fatores ligados ao próprio hábito e ao paciente. Os fatores ligados ao hábito dependem da duração, frequência e intensidade de sua prática (Tríade de GRABER). Já os fatores inerentes ao paciente implicam na resistência alveolar e no padrão morfogenético de crescimento facial.

Dentre as características clínicas do succionador digital e /ou chupeta, as principais são:

- Constrição lateral da maxila: alteração esquelética ocasionada pelo aumento da atividade de compressão da musculatura jugal e pelo abaixamento postural da língua. Esta atresia maxilar é resultante da inclinação palatina dos dentes e do rebordo alveolar posterior;
- Mordida cruzada posterior: má oclusão transversal consequente da atresia maxilar;
- Alteração no fechamento mandibular: a mordida cruzada posterior geralmente induz a desvios posturais da mandíbula ocasionando modificações no crescimento dos côndilos e posteriormente distúrbios na articulação temporomandibular;
- Mordida aberta anterior: geralmente circular, de canino a canino, nem sempre simétrica, em consequência do posicionamento do dedo na boca;
- Vestibularização dos incisivos superiores;
- Verticalização dos incisivos inferiores;
- Alteração postural da língua.

Após a identificação clínica da má oclusão por hábito de sucção, o profissional deve prosseguir com o tratamento ortodôntico. Em casos de mordida aberta anterior indica-se o uso da grade palatina, no entanto como na maioria dos pacientes, principalmente no período intertransitório da dentadura mista, há também a presença da mordida cruzada posterior, utiliza-se conjuntamente dois dispositivos ortodônticos: a grade palatina e o expansor fixo tipo bi-hélice<sup>16</sup>.

O aparelho expansor fixo tipo bi-hélice produz um aumento na largura transversal do

arco dentário com a inclinação para vestibular dos dentes e processo alveolar. Já a grade palatina atua como um dispositivo recordatório para a não execução do hábito e no reposicionamento lingual, impedindo a acomodação da língua na mordida aberta presente, que mantém e até mesmo exacerba esta má oclusão.

Contudo, o sucesso do tratamento dependerá também da conduta do profissional frente à faceta emocional de tal hábito, visto que se trata de uma criança com medos e frustrações psicológicas. A redução na execução do hábito somente torna-se possível quando a criança tenha adquirido disciplina, confiança e segurança para assumir novas condutas sociais e de personalidade; o que em alguns casos implica na necessidade de consultas psicológicas. É extremamente importante usar uma abordagem simpática ao problema, para obter confiança e amizade da criança em relação ao profissional, visto que, uma abordagem do tipo punitiva tem grandes chances de intensificar o interesse da criança pelo hábito<sup>16</sup>.

## **Respiração Bucal**

A respiração bucal ocorre em meio à dificuldade da respiração nasal, pela presença de obstáculos no trato respiratório superior, impedindo de modo parcial ou total, temporária ou permanentemente, o fluxo aéreo nasal. Como já mencionado, a respiração constitui um estímulo ininterrupto e de essencial importância no crescimento do terço médio da face dos jovens.

Na ausência de obstáculos, o padrão de respiração nasal garante uma conformação craniofacial induzida pelo padrão morfogenético. Além disso, exerce alta influência na postura dos tecidos moles, permitindo um selamento adequado dos lábios e o correto posicionamento da língua na cavidade bucal. Esta homeostasia neuromuscular permite o correto desempenho das funções de mastigação, deglutição e fala<sup>16</sup>.

Durante a realização do exame clínico deve-se observar determinadas aparências distintas dos respiradores bucais. Dentre as características faciais de um respirador bucal, as principais são:

- Expressão inerte: em virtude do aspecto abatido do paciente, “em busca de ar”.
- Narinas estreitas: devido a falta de função e dilatação durante a inspiração.
- Lábios entreabertos: para permitir a passagem de ar.
- Tonicidade labial alterada: os lábios ficam entreabertos e hipotônicos.

Já as principais características intrabucais são:

- Vestibuloversão dos incisivos superiores: devido a falta de selamento labial e o consequente desequilíbrio labiolingual.
- Verticalização dos incisivos inferiores: a mandíbula permanece abaixada e permite que as porções musculares mais inferiores e de maior tonicidade exerçam pressão nas faces vestibulares dos incisivos inferiores, verticalizando-os.
- Palato ogival: a língua abaixa-se para a passagem de ar pela cavidade bucal e não imprime a pressão estimuladora no palato, ocasionando o estreitamento transversal da maxila. A deficiência da passagem do ar pela cavidade nasal e a pressão exercida pela coluna aérea bucal (com orientação para cima) favorecem a formação ogival do palato.

No momento em que o ortodontista detectar a respiração bucal em um paciente, deve enviá-lo ao otorrinolaringologista, habilitado para o diagnóstico e o tratamento das obstruções das vias aéreas. A seguir, deve executar a correção das alterações dentoalveolares e, por fim, promover o restabelecimento da função muscular com exercícios fonoaudiológicos. O tratamento não obedece rigorosamente esta sequência, pois há casos em que intervenções simultâneas pelos diferentes profissionais se fazem necessário<sup>16</sup>.

## **Deglutição Atípica**

A deglutição atípica pode ocorrer pelo pressionamento atípico de língua ou do lábio.

- Interposição lingual:

A interposição lingual, ou pressionamento lingual atípico, encontra-se presente em 100% dos casos com mordida aberta anterior. Pode ser classificada como primária, quando

consiste na causa principal do desenvolvimento da má oclusão, ou secundária, quando a língua apenas adapta-se a uma alteração morfológica já existente, causada pela sucção de dedos ou de chupeta. Nos casos de mordida aberta causados por hábitos de sucção, a interposição lingual quase sempre se apresenta como fator secundário.

Os lábios superiores apresentam-se hipotônicos, enquanto a musculatura da língua e do lábio inferior mostram-se hipertônicas. Para que se obtenha um selamento anterior adequado para a deglutição, o paciente sente a necessidade de interpor a língua entre os incisivos, o que acaba por agravar e perpetuar o trespasse vertical negativo, além de acentuar o trespasse horizontal que porventura exista.

A hipertrofia das amígdalas palatinas, que pode ocorrer isolada ou conjuntamente com a obstrução das vias aéreas superiores, gera uma alteração postural da língua e da mandíbula para uma posição mais anterior e inferior. Há o contato da porção posterior da língua com as amígdalas aumentadas que provoca uma sensação dolorosa e a língua acaba por ser projetada, num movimento reflexo, para frente e para baixo favorecendo o desenvolvimento da mordida aberta anterior. Outra condição, menos frequente, é quando a interposição da língua ocorre na região de pré-molares e molares, causando mordida aberta posterior, de prognóstico de correção pouco favorável e com menor estabilidade de resultados. Esta condição ocorre frente a perdas precoces de muitos dentes decíduos da região posterior, durante a fase de desenvolvimento oclusal. Assim, a língua perde seu anteparo lateral e acaba se interpondo, durante a deglutição, entre os espaços dos dentes posteriores, bloqueando a irrupção dos sucessores permanentes.

A interposição lingual claramente provoca alterações morfológicas no paciente. Durante a deglutição produz uma inclinação para vestibular dos incisivos superiores e inferiores, gerando uma mordida aberta com formato retangular ou difuso, envolvendo não só os incisivos, como também os caninos<sup>16</sup>.

- Interposição labial:

Durante a deglutição atípica, a musculatura hipertônica do músculo mentoniano exerce um forte movimento do lábio inferior contra os dentes anteriores inferiores, provocando uma retroinclinação dos mesmos, e sobre os dentes anteriores do arco superior, acentuando ainda mais o trespasse horizontal já existente. Embora a interposição labial seja, em geral, uma adaptação funcional às alterações já existentes, realizada durante a deglutição, deve-se salientar que, em alguns casos, o desenvolvimento de um trespasse horizontal

acentuado pode favorecer a instalação de um verdadeiro hábito de sugar o lábio inferior<sup>16</sup>.

## **Onicofagia**

O hábito de roer unhas geralmente é uma substituição a algum outro hábito, como a sucção de dedo ou chupeta. É importante não repreendê-lo, porque normalmente está relacionado a graves distúrbios emocionais e não causa problemas de oclusão, uma vez que produz pressão somente no longo eixo dos dentes. Em contraposição, alguns autores já acreditam que a onicofagia interfere no desenvolvimento normal da face, pois dependendo da frequência e intensidade, pode provocar uma predominância da componente vertical do crescimento facial resultando em uma mordida aberta anterior.

A correção da onicofagia é realizada com a conscientização do paciente, visto a forte influência psicoemocional do hábito. A abordagem terapêutica deve considerar se o paciente mostra-se disposto a abandonar o mal hábito. Existem alternativas corretivas como orientar o paciente a morder um mordedor de borracha durante 5 minutos, toda vez que tiver vontade de roer as unhas, ou quando se sentir ansioso<sup>16</sup>.

## **Bruxismo**

O bruxismo é uma atividade parafuncional do sistema mastigatório que inclui apertar ou ranger os dentes em atividades não funcionais do sistema estomatognático. Entre todos os hábitos que podem alterar o crescimento do complexo crânio-facial, o bruxismo em especial, devido a sua complexa etiologia e efeitos variados sobre o sistema estomatognático, pode causar danos à ATM, aos músculos, ao periodonto e à oclusão.

Ele pode ocorrer durante o dia (bruxismo diurno) ou à noite (bruxismo noturno),

geralmente realizado de maneira inconsciente. O bruxismo pode ser ainda classificado como cêntrico ou excêntrico. O grande aumento das forças oclusais geradas pelo bruxismo resulta em cargas extras para a dentição, o osso alveolar, o periodonto e a articulação temporomandibular. Todas as formas de bruxismo acarretam contato forçado entre as faces oclusais dos dentes superiores e inferiores, observando-se que, no rangido ou bruxismo excêntrico, esse contato envolve movimentos mandibulares e sons desagradáveis.

A etiologia dessa atividade parafuncional é bastante diversificada, podendo ser de origem local, sistêmica, psicológica, ocupacional, hereditária ou ainda estar relacionada a distúrbios do sono e parassomias. Como esse hábito pode ocorrer em todas as idades, causando diversos danos ao sistema estomatognático, o exame clínico em Odontopediatria e Ortodontia deve incluir a verificação de possíveis sinais como desgaste dental anormal, estalos ou dor na ATM, tonicidade dos músculos faciais e questionamento aos pais/cônjuge sobre possíveis hábitos do paciente de ranger os dentes enquanto dorme. Considerando-se que a etiologia do bruxismo é multifatorial, as diferentes formas de tratamento deveriam ser individualizadas para cada situação<sup>17</sup>.

Os fatores que predis põem ao bruxismo podem ser divididos de forma didática em:

- Fatores locais (contatos prematuros, interferências oclusais);
- Fatores sistêmicos (indivíduos portadores de asma ou rinite, pacientes com distúrbios do SNC);
- Fatores psicológicos (estresse, ansiedade);
- Fatores ocupacionais (prática de esportes de competição);
- Fatores hereditários.

O bruxismo pode ainda estar relacionado a distúrbios do sono ou a parassomias, fenômenos que ocorrem exclusivamente durante o sono, associado a graus diferentes de excitação (enurese noturna, falar dormindo, sono agitado), tendo como consequência distúrbios na ATM. Entre os fatores sistêmicos, pode estar relacionado também a deficiência nutricional, em especial a deficiência de cálcio, ácido pantotênico (vitamina B5) e magnésio. Porém, os estudos nutricionais relacionados ao bruxismo ressaltam que os pacientes ingerem várias vitaminas e minerais simultaneamente, tornando difícil isolar um único agente nutricional efetivo, além de esses elementos poderem agir sinergicamente.

O tipo de aleitamento também apresenta correlação com essa parafunção. Quanto maior o tempo de aleitamento materno, menor é a prevalência do bruxismo. Fatores alérgicos também podem ser definitivos na instalação do bruxismo, por muitas vezes causarem um edema na mucosa das tubas auditivas, aumentando a pressão negativa da cavidade timpânica,

o que leva o SNC a desencadear o reflexo do bruxismo. Esta parafunção é ainda relacionada com a otite média crônica e a disfunção da ATM, à perda de audição e fatores neurológicos como paralisia cerebral.

A literatura descreve os principais sintomas do bruxismo como sendo a sensibilidade à palpação dos músculos da mastigação, as restrições dos movimentos mandibulares, as dores pré-auriculares, ruídos no ouvido, cefaleia, trauma dos tecidos moles, úlceras ou elevações lineares na mucosa, assim como a perda da dimensão vertical de oclusão, sensibilidade e mobilidade dental, e o desgaste dental excessivo, mencionado por inúmeros autores como o principal sinal do bruxismo.

Com relação às formas de tratamento, estas variam conforme o fator etiológico, bem como com os sinais e sintomas decorrentes do bruxismo sendo, portanto, fundamental o diagnóstico correto. As técnicas psicológicas são efetivas e podem ser usadas e, nos casos em que há grande tensão e ansiedade, a participação do psicólogo é necessária para que não ocorra recidiva. Miorrelaxantes, tranqüilizantes, sedativos e injeções de anestésico local na ATM e nos músculos são outras opções de tratamento, bem como o uso de massagem e calor úmido, pois são boas opções para reduzir a dor e acelerar a eliminação de resíduos metabólicos prejudiciais. Nos casos em que o fator etiológico é de origem local, a remoção dos contatos prematuros por meio de ajuste oclusal é a melhor indicação. Os procedimentos restauradores devem ser realizados em alguns casos, desde que com cautela, para recuperar a dimensão vertical. Apesar das inúmeras opções, a placa de mordida é a forma de tratamento mais indicada para o bruxismo, embora essa placa tenha efeito temporário e não substitua a atuação do dentista, que é o principal responsável em obter posições mandibulares mais fisiológicas sem contatos prematuros e interferências oclusais. Nos casos em que a deficiência nutricional é diagnosticada, o uso de suplementação com cálcio, ácido pantotênico ou magnésio deve ser indicado, embora estudos tenham ressaltado que há poucas evidências disponíveis sobre a dosagem ideal. Esperar, mantendo o paciente sob observação, pode ser a melhor opção de tratamento para alguns casos; entretanto, vários autores mostraram que o melhor tratamento é o multidisciplinar, envolvendo profissionais como pediatras e odontopediatras, psicólogos e otorrinolaringologistas<sup>17</sup>.

## Discussão

A repetição constante de um ato, pode se tornar inconsciente, transforma-se num hábito e passa a ser incorporada fortemente a personalidade do indivíduo. Os hábitos orais perniciosos ganham atenção, pois interferem na saúde e na qualidade de vida do ser humano.

Apesar de transmitirem sensação de segurança e conforto, os hábitos orais deletérios devem ser abandonados o mais precocemente possível, a fim de evitar alterações estruturais e funcionais graves no sistema estomatognático.

Possuem relação direta com o aspecto emocional, visto que o stress, a irritabilidade, a ansiedade, os conflitos interpessoais e problemas familiares, o medo, nervosismo, preocupação constante, comportamentos obsessivos e compulsivos geram uma excitação excessiva e negativa no sistema nervoso central podendo desencadear padrões habituais prejudiciais; a idade, que irá definir o início do hábito, a resistência e a maleabilidade óssea do indivíduo; o sexo do paciente; a tipologia facial; o padrão respiratório; o nível socioeconômico e fatores sociais, como a disponibilidade e o emprego da mãe; o padrão de alimentação, podendo ser uma nutrição baseada em alimentos moles e pastosos que resultará na falta de exercícios mastigatórios e, conseqüentemente, em alterações funcionais dos músculos, ou baseada na apreensão e mastigação de alimentos mais secos e consistentes que influenciam positivamente o desenvolvimento e o crescimento facial; a amamentação, que quando natural exige um enorme esforço muscular, privilegia o desenvolvimento do aparelho fonoarticulatório e, comprovadamente, inibe a instalação de hábitos orais deletérios, diferentemente da amamentação artificial, que apesar de satisfazer as necessidades nutricionais do bebê, anula uma quantidade gigantesca de excitações que partem da boca, principalmente das articulações têmporo-mandibulares, não proporcionando as respostas necessárias ao desenvolvimento facial e facilitando a instalação dos hábitos perniciosos.

As prováveis alterações miofuncionais e as conseqüências, de maior ou menor gravidade, provocadas por estes hábitos serão determinadas pela frequência, intensidade, duração, tipo do objeto e sua disponibilidade, bem como o órgão utilizado para tal.

Os padrões habituais anormais de sucção digital, sucção de chupeta, respiração bucal, morder objetos, interposição lingual, onicofagia e bruxismo, causam alterações significativas no desenvolvimento dento esquelético facial. Em atenção aos hábitos de sucção, que são um reflexo normal na vida da criança, estendendo-se até aproximadamente os 4 anos de idade, mas que extrapolando este período normal, podem provocar maloclusões caracterizadas por

mordida aberta anterior, vestibuloversão dos incisivos superiores, retroinclinação dos incisivos inferiores, diastemas entre incisivos, palato ogival, bem como distúrbios fonarticulatórios, como interposição lingual e articulação inadequada das palavras, como também a associação com a mordida cruzada posterior.

## Conclusão

Podemos concluir que, para realizar uma abordagem terapêutica adequada dos hábitos orais deletérios, é essencial um diagnóstico correto através de exame clínico, anamnese observando-se a maturidade da criança e a colaboração da mesma frente às sugestões para cessar o hábito. Verificar a intensidade, duração e frequência, com que o mesmo ocorre, bem como a utilização de modelos de estudo, radiografias panorâmicas e cefalométricas para explicação, visualização e melhor entendimento do problema.

O tratamento do paciente antes dos 4 anos de idade restringe-se a precaução e esclarecimento junto aos pais. Em casos de hábitos por sucção, a intervenção ortodôntica, quando indicada, deve ser iniciada ainda na dentição decídua, providenciando a eliminação do hábito, através de aparelhos como a grade palatina, para o reposicionamento lingual, regularização da oclusão e rebordo alveolar, associado também à terapia fonoaudiológica que visa a adequação da musculatura peribucal, para que a mordida aberta feche com maior efetividade. Porém, se estiver associada a uma mordida cruzada posterior, deve ser previamente corrigida com expansores, antes de se fechar a mordida aberta anterior.

Logo, o sucesso do tratamento dos hábitos orais deletérios depende de uma abordagem multidisciplinar, ou seja, do acompanhamento de um ortodontista, fonoaudiólogo, e muitas vezes do otorrinolaringologista e do psicólogo, para que se possa em conjunto, prevenir, detectar e tratar precocemente as alterações dentárias, miofuncionais, as interferências psicológicas e funções neurovegetativas.

Torna-se relevante também, a realização de programas educativos em saúde bucal, visando melhoria na higiene bucal, nos hábitos alimentares e nas condições de saúde bucal, além de se buscar a prevenção e controle de hábitos bucais deletérios, como o uso de

mamadeira, sucção de chupeta e digital em crianças, principalmente de creches e pré-escolas públicas, uma vez que normalmente nessas instituições estão matriculadas as menos favorecidas, que não têm acesso a informações em saúde, além de fazerem parte de grupos mais acometidos por doenças bucais.

# Imagens

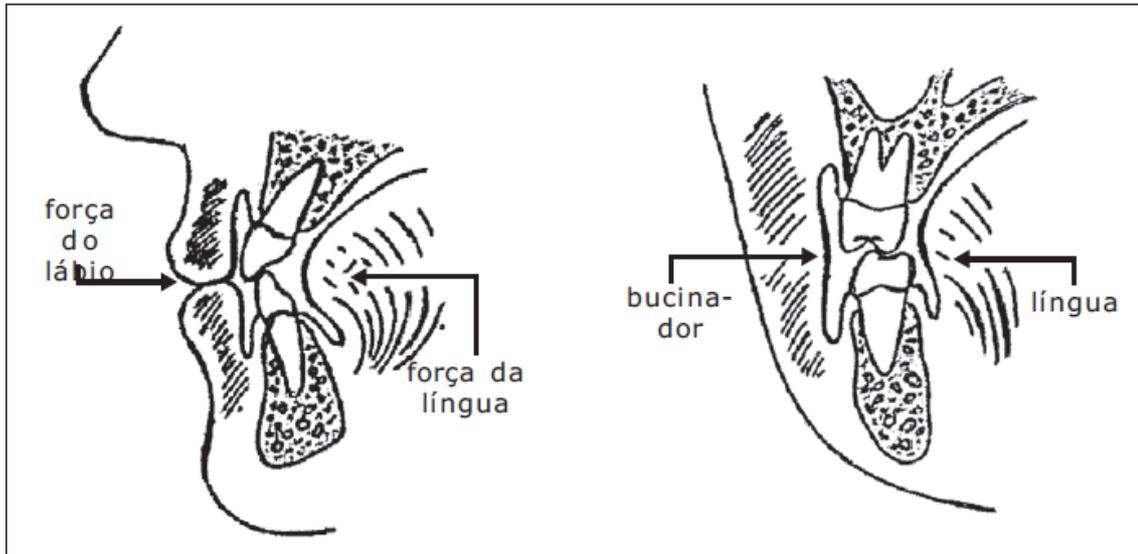


Figura 01.

## Referências Bibliográficas

1. MOYERS, R.E. ORTODONTIA. 3.ed. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN; 1987.
2. EMMERICH A, FONSECA L, ELIAS AM, DE MEDEIROS UV. Relação Entre Hábitos Bucais, Alterações Oronasofaringianas e Mal-Oclusões em Pré-Escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Cad Saude Publica. 2004;20:689-97.
3. TURGEON-O'BRIEN H, LACHAPELLE D, GAGNON PF, LAROCQUE I, MAHEU-ROBERT LF. Nutritive And Nonnutritive Sucking Habits: A Review. Asdc J Dent Child. 1996;63:321-7.
4. CARVALHO, G.D. SOS Respirador Bucal: Uma Visão Funcional e Clínica da Amamentação. São Paulo: Lovise; 2003. P.286
5. VALENÇA, A.M.G.; VASCONCELOS, F.G.G.; CAVALCANTI, A.L.; DUARTE, R.C. Prevalência e Características de Hábitos Oraís em Crianças. Pesq Bras Odontoped Clin Integr.2001
6. MONGUILHOTT, L.M.J.; FRAZZON, J.S.; CHEREM, V.B. HÁBITOS DE SUÇÃO: Como e Quando Tratar Na Ótica Da Ortodontia X Fonoaudiologia. R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, V. 8, N.1, P.95-104, JAN./FEV. 2003
7. PLANAS, P. Reabilitação Neuroclusal. 2 Ed. Rio De Janeiro: Medsi; 1997.355p.
8. ENLOW, D.H. Crescimento Facial. 3.Ed. São Paulo: Artes Médicas;1993.
9. CAMARGO, M.C.F. Programa Preventivo e Interceptativo de Maloclusões na Primeira Infância. In: Correia, M.S.N.P. Odontopediatria na Primeira Infância. São Paulo: Santos; 1998.
10. ALMEIDA,R.R.; PEDRIN,R.R.A.; ALMEIDA,M.R.; GARIB,D.G.; ALMEIDA, P.C.M.R.; PINZAN,A. Etiologia Das Más Oclusões - Causas Hereditárias e Congênitas, Adquiridas Gerais, Locais e Proximais (Hábitos Bucais). R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, V. 5, N. 6, P. 107-129, NOV./DEZ. 2000.
11. CARVALHO, G.D. Amamentação e o Sistema Estomatognático. IN: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. Amamentação Base Científica para a Prática Profissional. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
12. SIMÕES, W.A. Ortopedia Funcional Dos Maxilares Através da Reabilitação Neurooclusal. 3 Ed. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2003 Vol. 1.
13. KOHLER, J.F.W., KOHLER, N.R.W.; KOHLER, G.I. Reflexões sobre a Integralidade Morfofuncional da Face Humana. Rev Goiana Ortod. 1995.

14. TANAKA, ET AL, A Má Oclusão e o Hábito de Sucção de Diferentes Dedos. J Brás Ortodon Ortop Facial. V. 9, N.51, P. 276 – 83, 2004.
15. ALMEIDA, R.R.; URSI, W.J.S. Anterior Open Bite: Etiology and Treatment. Oral Health, Toronto, V. 80, No. 1, P 27-31, Jan. 1990.
16. MASSUIA, J.M. Hábitos Oraís Deletérios. 2008. 50f.
17. PIZZOL, K.E.D.C.; CARVALHO, J.C.Q.; KONISHI, F.; MARCOMINI, E.M.S.; GIUSTI, J.S.M. Bruxism in childhood: etiologic factors and possible treatments. Rev Odontol UNESP. 2006; 35(2): 157-163.