



RODRIGO OLIVEIRA SILVA CARNEIRO

HÁBITOS COMO CAUSADORES DE MÁ OCLUSÃO

São Luís - MA

2017

RODRIGO OLIVEIRA SILVA CARNEIRO

HÁBITOS COMO CAUSADORES DE MÁ OLUSÃO

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade de Sete Lagoas (FACSET), como requisito parcial para conclusão do Curso de Ortodontia. Apresentado à coordenação da Especialização em Ortodontia, pelo aluno Rodrigo Oliveira Silva Carneiro para obtenção do título de especialista. Orientador: Flavius Nadler

São Luís - MA

2017

CARNEIRO, Rodrigo Oliveira Silva.
Hábitos como causadores de má oclusão / Rodrigo Oliveira
Silva Carneiro. – GRAAL, São Luís, 2017.
18 f.
Orientador: Flavius Nadler.
Trabalho de Conclusão de Curso de Ortodontia,
GRAAL/FACSET 2017.
I 1. Hábitos. 2. Má oclusão.
II. Hábitos como causadores de má oclusão
III Flavius Nadler.

CDU

FACULDADE DE SETE LAGOAS (FACSET)

Monografia intitulada “**Hábitos como causadores de má oclusão**” de autoria do aluno Rodrigo Oliveira Silva Carneiro, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Aprovado em ___ de _____ de _____.

Nota: _____

Prof. (a) Dr.(a)-Orientador(a)

Prof. (a) Dr.(a)-Orientador-Coordenador(a)

Prof.(a) Dr.(a)-Coordenador(a)

São Luís - MA _____/_____/_____

CARNEIRO, Rodrigo Oliveira Silva Carneiro, **Hábitos como causadores de má oclusão**, 2017, Monografia (Especialização em Ortodontia) – Faculdade de Sete Lagoas / GRAAL, São Luís, 2017 (nº19)

RESUMO

Os hábitos são a disposição adquirida da frequente repetição do mesmo ato. As más oclusões ocupam a terceira posição na escala de problemas de Saúde Bucal do Brasil, onde crianças apresentam oclusopatias severas causadas principalmente por hábitos deletérios. Eles quando tem origem em uma idade precoce com intensidade e frequência altas, não somente os dentes e o processo alveolar são atingidos, mas também o desenvolvimento do esqueleto facial. A presença de maus hábitos orais por si só não garantem a presença de má oclusão, pois existem mecanismos individuais de ajustes no desenvolvimento e mudanças no crescimento que podem permitir a evolução normal da oclusão. Ortodontistas atuam na mordida aberta na dentição decídua através da remoção dos maus hábitos. A autocorreção pode ser obtida após a remoção do hábito contanto que outras disfunções não tenham se instalado.

Palavras-chaves: Maus hábitos; má oclusão.

CARNEIRO, Rodrigo Oliveira Silva Carneiro, **Hábitos como causadores de má oclusão**, 2017, Monografia (Especialização em Ortodontia) – Faculdade de Sete Lagoas / GRAAL, São Luís, 2017. (nº 19)

ABSTRACT

Habits are the disposition acquired from frequent repetition of the same act. The malocclusions occupy the third position in the scale of problems of Oral Health of Brazil, where children's present severe malocclusions caused mainly by deleterious habits. When they originate at an early age with high intensity and frequency, not only the teeth and the alveolar process are affected, but also the development of the facial skeleton. The presence of poor oral habits alone does not guarantee the presence of malocclusion because there are individual mechanisms of adjustments in the development and changes in growth that may allow the normal evolution of the occlusion. Orthodontists act on the open bite in the deciduous dentition through the removal of bad habits. Self-correction can be obtained after removal of the habit as long as other malfunctions have not been established.

Keywords: Bad habits; malocclusions

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	PROPOSIÇÃO	8
3	REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1	O que é oclusão?	9
3.2	O que é má oclusão?.....	9
3.3	Classificação de Angle para má oclusão.....	9
3.4	Os hábitos como causadores de má oclusão.....	10
4	DISCUSSÃO	13
5	CONCLUSÃO	14
	REFERÊNCIAS	15

1. INTRODUÇÃO

Hábito é a disposição adquirida pela frequente repetição do mesmo ato, e é classificado como deletério quando for capaz de interferir no processo de desenvolvimento da face, provocando modificações que comprometam o seu equilíbrio (CARMINATTI, 2000).

Os hábitos mais comuns entre crianças são a sucção de dedo e a de chupeta e esses são os causadores mais frequentes de más oclusões como mordida aberta e deglutição atípica. Causadoras também de respiração bucal, palato ogival e diastemas (GUEDES, 2010).

Más oclusões estão na terceira posição na escala de prioridades de problemas de saúde bucal no Brasil, sendo que apenas 5% da nossa população tem acesso regular a serviço de atendimento Odontológico (TOMIDA *et al.*, 2000).

De acordo com vários pesquisadores, um em cada quatro indivíduos apresenta um tipo de má oclusão causada por hábitos, na qual há necessidade de tratamento ortodôntico (GRABER, 1980; LUDSTROM, 1971).

Problemas de oclusão dentária, como mordida aberta, mordida cruzada, apinhamentos e desalinhamentos dentários, sobremordidas e protrusões foram avaliados em crianças de 12 anos e em adolescentes, e 38,8% dessas crianças apresentaram problemas de oclusão e 19% oclusopatias severas, sendo causadas principalmente por hábitos deletérios (MS, 2010).

A abordagem da etiologia das más oclusões geralmente classifica todas as causas em fatores locais ou intrínsecos e sistêmicos ou extrínsecos (ALMEIDA, 1990). Os fatores intrínsecos ou locais são mais diretamente relacionados à cavidade bucal e são controláveis, sendo que devem ser detectados e eliminados para que a correção seja mantida e não ocorram recidivas. Hereditariedade, deformidades congênitas, meio ambientes, pressões anormais e postura representam os fatores extrínsecos ou gerais que agem à distância, muitas vezes durante a formação do indivíduo e que, portanto, são dificilmente controláveis, com exceção dos hábitos orais (CARMINATTI, 2000).

Quando o hábito tem origem em uma idade precoce, com intensidade e frequência altas, não somente os dentes e o processo alveolar são atingidos, mas

também o desenvolvimento do esqueleto facial (MODESTO e AZEVEDO, 1996-1997).

Em decorrência de inúmeras experiências vivenciadas profissionalmente, no qual o cirurgião-dentista depara-se com pacientes portadores de algum tipo de hábito oral nocivo, identificamos a relevância deste tema, cabendo ao profissional à conscientização da criança e seus afins, para que não haja interferência na saúde, crescimento e desenvolvimento.

Com o diagnóstico correto da disfunção procede-se com a indicação do tratamento ortodôntico, fonoaudiológico e otorrinolaringológico, atuando na correção e redução dos danos causados.

2. PROPOSIÇÃO

Encontrar neste levantamento bibliográfico fatos suficientes para comprovação de que maus hábitos orais são fatores determinantes para má oclusão dentária a fim de auxiliar o cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento de seus pacientes. Identificar os hábitos deletérios e identificar quais os mais nocivos e discutir sobre os métodos de identificação, diagnóstico para um correto tratamento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1- O que é oclusão?

A oclusão é definida como a relação que os dentes têm entre si, no mesmo arco e entre arcos antagônicos havendo uma interação entre todos os elementos do sistema estomatognático (SILVA FILHO, 1997).

3.2- O que é má oclusão?

São desvios da normalidade do arco dental do esqueleto facial ou de ambos com reflexos variados nas diversas funções do sistema estomatognático (SABBATINI, 2012).

3.3- Classificação de Angle para má oclusão

Classe I: a relação anteroposterior dos primeiros molares superiores e inferior é normal. A mandíbula e o arco dentário a ela superposto estão em correta relação mesiodistal com a maxila e demais ossos da face. A cúspide mesio-vestibular do primeiro superior oclui no sulco central do primeiro molar inferior. A maloclusão está geralmente confinada aos dentes anteriores.

Classe II: a arcada inferior se encontra em relação distal com a arcada superior. A cúspide mesio-vestibular do primeiro molar superior oclui no espaço entre a cúspide vestibular do primeiro molar inferior e a face distal da cúspide vestibular do segundo pré-molar inferior. Esta classificação possui ainda duas divisões:

Divisão 1: ocorre a protrusão dos incisivos superiores que apresentam uma inclinação labial. Está geralmente associada com funções musculares anormais, respiração bucal ou hábitos de sucção de dedo ou língua.

Divisão 2: os incisivos superiores estão com inclinação axial vertical ou lingual. Existe uma sobremordida vertical excessiva e o arco inferior apresenta

frequentemente curva de Spee exagerada. A função muscular e respiração são normais.

Classe III: o primeiro molar inferior encontra-se em posição mesial na relação com o primeiro molar superior. A cúspide méso vestibular do primeiro molar superior oclui no espaço entre a cúspide distal do primeiro molar inferior e a cúspide méso vestibular do segundo molar inferior. Os incisivos e caninos encontram-se com excessiva inclinação lingual e frequentemente a arcada superior está atresada.

3.4. Os hábitos como causadores de má oclusão

Os hábitos orais deletérios são os principais causadores de má oclusão, causados normamente por amamentação deficiente, o que se relaciona também ao uso de mamadeiras, chupetas, sucção digital, onicofagia e outros hábitos. Estão também relacionados a estes padrões de má oclusão, fatores socioeconômicos, idade e sexo.

Alguns autores ressaltam que apesar de sucção digital e de chupeta serem sabidamente hábitos orais deletérios, devem ser considerados aceitáveis até por volta de 3 ou 3 anos e meio, já que fazem parte do desenvolvimento emocional e não trazem consequência para a oclusão. Outros defendem que os mesmos não causam danos definitivos até os 3 anos mas que após essa idade os agravam . (SILVA FILHO et AL,1986; SOLIGO,MO 1996)

Entretanto, a maioria dos autores sugere que essas más práticas sejam removidas o mais rápido possível, já que o osso é um tecido plástico e, portanto reage as pressões, principalmente quando exercidas durante um longo período. Ao persistirem após os 05 anos aumentam consideravelmente as chances de uma má oclusão. Chupeta e dedos sugados por longo prazo podem ocasionar alterações de arcada dentária e do crescimento (LINO 1993; MORESCA e FERES 1994; UMBERGER e VAN 1995; MARCHESAN 1993).

Porém a existência de maus hábitos orais por si só não garantem a presença de má oclusão, pois existem mecanismos individuais de ajustes no desenvolvimento e mudanças no crescimento que podem permitir a evolução normal da oclusão. Após a complementação da dentadura decídua, a criança não deve mais apresentar

hábitos de sucção, uma vez que nessa idade, o instinto de sucção deve ser substituído pelo de morder e pegar, pois o prolongamento da fase oral não é fisiológico e hábitos perpetuados além dessa fase tornam-se deletérios (LINO 1992; MOYERS 1991).

Quando há pressão inadequada ocorre um crescimento anormal da região alterando a estrutura óssea e as funções orais, causando problemas ortopédicos e faciais. As alterações ósseas dependem não somente dos hábitos, mas sim de um conjunto de fatores, como: frequência, intensidade, idade, nutrição e saúde do paciente. Não é raro encontrar casos em que pacientes portadores de maus hábitos não são respiradores bucais ou possuem alterações dentárias.

O dedo e a chupeta durante a sucção interpõem-se entre os incisivos superiores e inferiores, restringindo-se a irrupção destes dentes, enquanto os posteriores continuam a desenvolver-se no sentido vertical. Consequentemente, determina-se uma mordida aberta, quase sempre restrita à região anterior dos arcos dentários, de forma circular e bem circunscrita para uso de chupeta, enquanto que para a sucção do polegar há uma inclinação dos incisivos superiores para vestibular, surgindo diastemas entre eles, com os incisivos inclinados para lingual (LAREDO 1987).

A amamentação é imprescindível ao desenvolvimento crânio facial adequado, pois requer intenso exercício da musculatura orofacial, estimulando a respiração, deglutição, mastigação e fonação. A ordenha favorece o selamento labial correto durante o repouso. Ocorre também o correto posicionamento da língua na região palatina dos incisivos centrais, decorrente da tonicidade dos músculos da língua (BALDRIGUI et AL 2001; Neiva et AL 2003).

A criança que é amamentada terá probabilidade menor de desenvolver hábitos de sucção não nutritivos. E crianças que receberam aleitamento artificial apresentaram maior prevalência de má oclusão, cerca de 5 vezes mais. Crianças amamentadas por mamadeiras diminuem o trabalho da musculatura perioral e a êxtase emocional, o que leva a buscar substitutos como o dedo e/ou a chupeta. (DEGAN, PUPPIN 2004; CAVALCANTI et AL 2007)

Ortodontistas atuam na mordida aberta na dentição decídua através da remoção de maus hábitos, com aparelhos apropriados e com orientação aos pais e pacientes.

A prevalência na população de mordida aberta varia entre 1,5% e 11% e o fator idade afeta essa prevalência, pois os hábitos diminuem com a idade, aos 6 anos 4,25% à apresentam enquanto aos 14 anos diminui para 2,5% (ARTESE et AL).

Existe uma relação consolidada bem estabelecida entre a mordida aberta anterior e o hábito de sucção não nutritiva como de dedos e chupeta. Nesses casos, a autocorreção pode ser obtida após a remoção do hábito contanto que outras disfunções não tenham se instalado (SUBTELNY e SAKUDA, 1964; MILER 1969).

O posicionamento do dedo ou da chupeta no palato mantém a língua em uma posição mais inferior e ao mesmo tempo, a pressão das bochechas contra os dentes pósteros superiores aumentam à medida que o bucinador se contrai durante a sucção, causando o desequilíbrio entre a musculatura interna e externa, fazendo com que os molares superiores fiquem pressionados para lingual, ocasionando a mordida cruzada posterior (ESTRIPEAUT et AL 1989).

O osso por ser um tecido plástico reage a todo tipo de pressão exercida sobre ele. Quando estamos em posição de repouso há um equilíbrio entre os músculos e todos os tecidos peribucais. A quebra deste equilíbrio pode gerar pressões anormais, podendo fazer com que haja alteração de estímulo de crescimento anormal dos maxilares alterando as funções bucofaríngeas, que exercem um papel importante no crescimento craniofacial (MORESCA e FERES, et al., 1995).

O uso prolongado da chupeta pode ocasionar mordida aberta a nível de incisivos reproduzindo com o tempo uma mordida cruzada unilateral, consequência da falta de mastigação e trituração em movimentos laterais e falta de desgaste das cúspides dos molares e caninos decíduos, prolongando o uso pode-se apresentar mordida bilateral. Portanto esses hábitos deletérios são considerados importantes fatores contribuintes de alterações neuromusculares e da articulação (CERVERA, 1996).

4. DISCUSSÃO

De acordo com a literatura revisada fica evidente que os maus hábitos por si só nem sempre são os principais responsáveis pelos problemas de má oclusão, mas devem estar intimamente relacionados à idade, frequência e fatores socioeconômicos. A sucção de dedo ou chupeta, por exemplo, podem estar relacionados a uma amamentação deficiente já que na maioria das vezes estes hábitos são um reflexo compensatório, os quais devem ser removidos o quanto antes para não exercerem força resultante no crescimento anormal dos maxilares. Talvez o mais difícil no tratamento de uma má oclusão seja a exclusão dos hábitos deletérios, pois essa terapia é complexa já que envolve apoio psicológico, emocional e familiar. Faz-se necessário que o cirurgião-dentista faça o diagnóstico individualizado e precoce no intuito de obter melhores resultados no tratamento e diminuir as recidivas.

Sabidamente a má oclusão é um problema de Saúde Pública que deve ser encarado como tal, fazendo-se necessário desenvolver medidas precoces na estratégia de saúde da família para que as crianças tenham acompanhamento regular de um cirurgião- dentista e demais membros de uma equipe multidisciplinares diretamente ligados ao desenvolvimento saudável dos mesmos.

5. CONCLUSÃO

A literatura evidencia de forma relevante a associação que existe entre a instalação de maus hábitos de sucção como amamentação deficiente, uso de mamadeiras, uso de chupetas e sucção de dedo, e o desenvolvimento de problemas na arcada dentária. Portanto, apesar de sabermos que além dos maus hábitos outros fatores também interferem na evolução da oclusão, cabe ao profissional de saúde, principalmente ao ortodontista, ter conhecimento desta associação e informar de forma precoce aos cuidadores da criança o quanto é importante a interceptação mais precoce possível desses fatores extrínsecos para a prevenção de más oclusões. Mais do que afirmar que estes hábitos podem acarretar alterações oclusais e faciais a partir de uma determinada idade, propomos que o diagnóstico e o tratamento sejam fechados rapidamente, pois o tecido ósseo é plástico e influenciado.

REFERÊNCIAS

CARMINATTI Katia; **Hábitos deletérios x maloclusão (Nos limites da Tipologia Facial, RJ 2000).**

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB BRASIL. **Condições de saúde bucal da população brasileira, 2010. Disponível em <http://WWW.sbbrazil20101.org>.**

TOMIDA, N.E, *et al* **The relationship between oral habits and malocclusion in preschool children.** ver saúde pública, 2000; 34(3:299-303).

ALMEIDA, R.R et al. **Anquilose de dentes decíduos.** Ver.Fac.Odont.Lins, v.3 , n.2, p.6-12.1990.

GRABER, T.M. **Ortodoncia. Teoria y practica.**3 ed.Mexico: interamericana,1980.

LUDSTROM,A. **Introducion a La ortodoncia.** Buenos Aires: Ed Mundi, 1971.

ALMEIDA R. R; PEDRIN R.R.A; ALMEIDA M.R; GARIB D.G; ALMEIDA P.C; PINZAN A; **Etiologia das más oclusões. Causa Hereditárias e Congênitas, Adquiridas Gerais, Locais e Proximais/Hábitos Bucais;** Rev.Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá v.5,n.6, p.107-129,Nov/dez.2000.

MORESCA, C A; FERES M A. **Hábitos Viciosos Bucais.** In Petralli, E. Ortodontia para Fonoaudiologia. São Paulo, Ed ,Lovise p76-165,1995.

MODESTO E AZEVEDO,G.T.**Hábito de sucção do polegar: como descontinualo.** Rev.Odontopediatri,s:n.2,41-7,abr/mai/jun.,1996-1997.

GUEDES, Z.C.F. **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS SOBRE DEGLUTIÇÃO 2010.**

SILVA FILHO, O.G – **Oclusão**. In **Cabrera, C & Cabrera, M.**- Ortodontia Clínica. Curitiba. Produções Interativas 1997,p.43-71.

SABBATINI IF. **Avaliação dos componentes anatômicos de sistema estomatognático de crianças com bruxismo, por meio de imagens obtidas por tomografia computadorizada cone beam**. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria)- Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. Universidade do Estado de São Paulo, São Paulo 2012.

ANGLE EH. **Classification of malocclusion**. Dental cosmos Philadelphia. 1899;41(2);248-264.

SILVA FILHO, O.G; FREITAS, S.F.;CAVASSAN, A.O. **Hábitos de Sucção elementos passíveis de intervenção**. Estomatologia e Cultura. V.16, n.4;p.61-71,1986.

SOLIGO, M.O. **Hábitos de sucção e suas correlações com oclusão, respiração e ceceio em uma população de pré-escolares**. Dissertação de mestrado em Distúrbios de Comunicação. PUC.SP 1996.

LINO, A.P. **Diagnóstico em Ortodontia**. In: PETRELLI E. Ortodontia Contemporânea. São Paulo, Sarvier, 1993.

MORESCA,C.A e Feres, N.A. **Hábitos viciosos bucais**. In: PETRELLI, E. Ortodontia para Fonoaudiologia. Curitiba, PR.1994, Lavise Editora.

UMBERGER, F.G; VAN, I.S. **Thums Sucking Management: A review**. The International journal of orofacial Myology. V,11.p,41-7,1995.

MARCHESAN, I.Q. **O trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades.** In.MARCHESAN, I.Q e col. Tópicos em fonoaudiologia SP 1993, Lovise Editora.

LINO,A.P.**Ortodontia preventiva básica.** SP 1992.Editora Artes Médicas.

MOYERS,R.E. **Etiologia da má oclusão.**In: Moyers.R.E. Ortodontia, 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1991.p 212-37.

LAREDO Filho, J *et al.* **Disostose Cleidocraniana Hereditária. Aspectos Clínicos, Radiológicos e Genéticos.** A folha médica, v 95,n 3, p 161-168,1987.

BALDRIGUI S.E.Z.M; PINZAN A; ZWICKER C.V; MICHELINI C.R.S; BARROS D.R; ELIAS F. **A importância do aleitamento natural na prevenção de alterações miofaciais e ortodônticas.** Ver Dent Press Ortod Ortop Facial 2001;6:111-21.

NEIVA F.C.B; CATTONI D.M; RAMOS J.L.A; ISSLER H. **Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral.** J Pediatr 2003;79(1);7-12.

DEGAN V.V; PUPPIN-RONTANI R.M. **Prevalence of pacifer-sucking habits and sucessful methods to eliminate them-a preliminary study.** J Dent Child (Chic).2004;71(2): 148-51.

CAVALCANTI A.L; MEDEIROS-BEZERRA P.K; MOURA C. **Breast-feeding, sucking habits and malocclusion in brazilian preschool children.** Revista de Salud Pública. 2007;9(2):194.

ARTESE A; DRUMMOND S; NASCIMENTO J.M; ARTESE F. **Crítérios para o diagnóstico e tratamento estável da mordida aberta anterior.**

SUBTELNY H.D; SAKUDA M. **Open bite: diagnosis and treatment.** Am I Orthod. 1964 May; 50(5):337-58.

MILER H. **The early treatment of anterior apace bite.** Int J Orthod. 1969, Mor; 7(1):5-14.

ESTRIPEAUT L.E;HENRIQUES J.F.C; ALMEIDA P.R. **Hábitos de sucção do polegar e má oclusão-apresentação de um caso clínico.** rev Fac Odontol Univ. São Paulo, v.3,n.2,p.371-76,abr/jun 1989.

CERVERA, DA., CERVERA, AS., CERVERA SE.-**Apostila do Curso LEDOSA.** Espanha, ciclo 1995-6.