

# PRINCIPAIS HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS E SUAS REPERCUSSÕES NO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DO PACIENTE INFANTIL

Gleycielly Mota Oliveira Souza<sup>1</sup>

Guiherme Souza<sup>2</sup>

Thaysa Onofre de Melo<sup>3</sup>

Kátia Virginia Guerra Botelho<sup>4</sup>

Odontologia



ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

## RESUMO

Os hábitos deletérios são considerados como causa frequente de maloclusões, são padrões de contração muscular aprendidos, de natureza muito complexa, que por ser praticado com frequência, tornam-se inconscientes e passam a ser incorporados ao cotidiano do indivíduo. Existem diversos hábitos que repercutem de maneira negativa na cavidade bucal do paciente infantil. Dentre eles podemos citar: sucção do polegar ou outros dedos, sucção e mordida do lábio, sucção habitual de chupetas e outros objetos, deglutição atípica, respiração bucal e entre outros. As possíveis alterações miofuncionais que podem ocorrer numa criança diante de um ou mais hábitos orais deletérios são determinadas por vários aspectos, como a frequência, intensidade, duração, objeto e/ou órgão utilizado e a idade da mesma na época que se iniciou o hábito. A etiologia pode ser fisiológica, emocional ou de aprendizado condicionado. Dentre esse contexto, o objetivo desse trabalho é o estudo das repercussões na cavidade oral de pacientes infantis que possuem hábitos bucais deletérios. A metodologia consistiu em fazer uma revisão de literatura, descrever quais são as características clínicas resultantes desses hábitos, quais são os mais comuns e a importância da intervenção do cirurgião dentista no diagnóstico e tratamento dessas condições.

## PALAVRAS-CHAVE

Hábitos deletérios, comportamento da sucção, transtornos da deglutição respiração bucal

## ABSTRACT

The deleterious habits are considered frequent cause of malocclusions are muscular contraction patterns learned in a very complex nature, which should be practiced often become unconscious and become incorporated into the individual's daily life. There are many habits that impact negatively in the oral cavity of child patient. Among them we can mention: Thumb sucking or fingers, sucking and lip biting, habitual sucking pacifiers and other objects, atypical swallowing, mouth breathing and so on. Possible myofunctional changes that occur in a child before one or more harmful oral habits are determined by various aspects such as the frequency, intensity, duration, object and / or organ used and the age of it at the time that began the habit. The etiology may be physiological, emotional or learning conditioning. Among this context, the aim of this work is to study the repercussions in the oral cavity of pediatric patients who have oral habits. The methodology consisted in a literature review, describe what are the clinical features resulting from these habits, which are the most common and the importance of the intervention of the dentist in the diagnosis and treatment of these conditions.

## KEYWORDS

Harmful habits. Sucking habits. Atypical swallowing. Mouth breathing

## 1 INTRODUÇÃO

Sempre que se refere ao desenvolvimento anormal da oclusão utiliza-se a denominação má-oclusão; a qual, constitui um grande desafio aos profissionais da Odontologia, provocada por uma modificação no sistema de forças, suficiente para desencadear o desequilíbrio funcional do sistema estomatognático, seguido por modificações nas posições dos dentes (MOYERS, 1991).

Segundo Silva (2006), os hábitos, considerados por diversos pesquisadores como causa frequente da instalação de maloclusões, são padrões de contração muscular aprendidos, de natureza muito complexa, que, por ser tantas vezes praticado, tornam-se inconscientes e passam a ser incorporados à personalidade do indivíduo.

Existem vários hábitos deletérios que repercutem de maneira negativa na cavidade bucal do paciente infantil, dentre eles, podemos citar: sucção do polegar e outros dedos; projeção da língua; sucção e mordida do lábio; deglutição atípica; postura: má postura no sono, má postura na vigília; onicofagia; sucção habitual de lápis, chupetas e outros objetos; perturbações funcionais gnatológicas: abrasão, bruxismo diurno e noturno, deslocamento mandibular lateral por contatos prematuros e respirador bucal. Alguns desses hábitos deletérios infantis como: sucção digital, sucção de chupeta, bruxismo, onicofagia, respiração bucal e interposição lingual (ALMEIDA et al., 2002).

Em geral, a maloclusão é causada por uma interação de diversos fatores, como fatores hereditários, congênitos, adquiridos, de ordem geral ou local, assim como pela presença de hábitos bucais deletérios. No tocante ao tipo de maloclusão as mais frequentes são a sobressaliência acentuada e a mordida aberta anterior. Outras maloclusões incluem a mordida cruzada posterior e sobremordida acentuada. Dentre os principais hábitos deletérios são citados a onicofagia, o bruxismo, a respiração bucal, a interposição lingual, o ato de morder objetos e/ou lábios, além de sucção de dedo, chupeta e mamadeira (BEZERRA; CAVALCANTI, 2006).

As modificações iniciais na fonação, deglutição, respiração bucal, além da sucção de dedo e de chupeta podem ser considerados como sinais clínicos iniciais de futuras más oclusões. Além do mais, essas alterações têm ação prejudicial sobre o crescimento e desenvolvimento craniofacial, porque intervêm nas relações posturais e dinâmicas de seus componentes, inibindo circuitos morfogenéticos (EMMERICH et al., 2004).

As prováveis alterações miofuncionais que ocorrem numa criança diante de um ou mais hábitos orais deletérios são determinadas por vários aspectos, tais como, a frequência, intensidade, duração, objeto e/ou órgão utilizado e a idade dela na época na qual se iniciou o (s) hábito (s). As suas principais causas podem ser fisiológicas, emocionais ou de aprendizado condicionado, devendo ser buscada na latência ou na primeira infância (GALVÃO et al., 2006).

O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura sobre a relação dos hábitos deletérios e suas repercussões na cavidade bucal do paciente infantil. Descrever quais são as características clínicas e o papel do cirurgião dentista no diagnóstico e tratamento mediante esta condição.

## **2 METODOLOGIA**

A metodologia do presente trabalho consistiu, em primeiro lugar, em fazer uma revisão bibliográfica referente ao tema proposto. No qual se realizou uma consulta em bancos de dados do Medline, Lilacs, Scielo e Bireme (em que foram empregados os seguintes descritores: hábitos deletérios, deglutição atípica, hábitos de sucção, respiradores bucais, más oclusões em crianças etc.). Os artigos pesquisados eram de revisão de literatura, relato de caso, série de casos ou pesquisa clínica. Diante desses artigos foram excluídos aqueles que não discorreram nem citaram pelo menos sobre os hábitos deletérios ou sobre as suas repercussões bucais.

## **3 RESPIRAÇÃO BUCAL**

O respirador bucal é o indivíduo que respira frequentemente pela boca, sendo comum uma respiração mista (bucal e nasal). Os respiradores bucais são classificados em três categorias: por obstrução, por hábito e pela anatomia e afirma que as alterações causadas pelo hábito da respiração bucal dependem do tempo, da intensidade, da frequência e da predisposição do indivíduo. Além disso, várias alterações que po-

dem levar à respiração bucal, como: alergias, hipertrofias de amígdalas e adenoides e desvio de septo, infecções crônicas das vias aéreas superiores, asma, pólipos, corpos estranhos e fratura (COSTA, 2000).

Os distúrbios respiratórios, como a respiração bucal, estão diretamente relacionados às alterações craniofaciais e oclusais, podendo ser decorrentes da presença de hábitos orais deletérios, ou mesmo serem considerados como um deles. Esses podem ter origem fisiológica; emocional ou aprendida e seus prejuízos serão determinados, em especial, pela frequência, intensidade, duração e o objeto utilizado, bem como, a idade do sujeito na época de instalação dos hábitos. A ocorrência de hábitos orais, independentemente do tipo, é um fator prejudicial para o adequado desenvolvimento da oclusão e das funções do Sistema Estomatognático, contribuindo, inclusive, para o desenvolvimento da respiração bucal (LEMOS et al., 2006).

Os respiradores bucais têm um perfil diferenciado, cujas principais características são: apresentam a boca entreaberta, face alongada, protrusão de dentes anteriores superiores, linguoversão de dentes anteriores inferiores, disto-relação, ou seja, classe II de Angle, olhar distraído, narinas estreitas, face longa e falta de tônus na musculatura facial (QUELUZ; GIMENEZ, 2000).

A obstrução das vias aéreas superiores obriga os indivíduos a respirarem pela boca, buscando suprir a exigência pulmonar. O respirador bucal, geralmente, apresenta os lábios entreabertos, o palato mole se levanta e a língua mantém-se inteiramente apoiada na mandíbula, para baixo e para frente, sem contato com a abóbada palatina. Em decorrência destas posturas neuromusculares e conseqüentes funções inadequadas, podem ocorrer efeitos secundários nocivos, promovendo a rotação da mandíbula no sentido horário (CARMINATTI, 2000).

A respiração bucal é o principal e mais frequente fator responsável pelo aparecimento de más oclusões. As principais alterações de oclusão provocadas pela respiração bucal consistiam em atresia maxilar, palato ogival, retrusão mandibular (classe II de Angle), mordida cruzada posterior, mordida aberta, sobremordida acentuada e lábio-versão dos incisivos inferiores (SOARES; TOTTI, 1996).

No trabalho realizado por Trawitzki e outros autores (2005), verificou-se uma associação entre o padrão respiratório e o histórico de aleitamento materno. As crianças consideradas respiradoras nasais, sem problemas respiratórios, foram amamentadas preferencialmente pelo seio materno nos seis primeiros meses de vida. Em contrapartida, as crianças que não foram amamentadas ou foram, por um período restrito de até três meses de idade, desenvolveram problemas respiratórios, tomando-se respiradoras orais.

Um paciente respirador bucal é considerado, para Queluz & Gimenez (2000), quando o seu padrão de respiração nasal é insuficiente. Por conseguinte, passa a ser substituído pela suplência bucal ou mista. Dentre as principais causas da respiração bucal, distinguem-se: obstrução nasal (instala-se devido a vários motivos, como iatrogenias, predisposições anatômicas, edema da mucosa nasal, traumas faciais, pólipos nasais, hipertrofia de cornetos, abscessos, tumores, corpos estranhos, hipertrofia adenoideana (principal causa), infecções das vias aéreas, postura incorreta; aumento das amígdalas; desvios de septo; rinites alérgicas e palato ogival).

## 4 HÁBITOS DE SUCÇÃO

Quando a criança tem amamentação natural ela suga o alimento o que lhe traz prazer oral e satisfaz sua fome, além de exercitar sua musculatura. Já uma criança que recebe o alimento por mamadeiras apresenta tendência para colocar o dedo na boca e, como o bico da mamadeira permite um maior fluxo de saída de leite, é nesse momento que sugar se torna um hábito (BRUNELI et al., 1998).

Com relação ao período em que os hábitos podem permanecer sem que resultem em problemas de ordem geral para o sistema estomatognático, é afirmado que, quando o hábito de sucção persiste até os quatro anos de idade, há uma prevalência maior de mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e sobressaliência excessiva. Inclusive a probabilidade da reversão da maloclusão é considerada satisfatória quando o hábito é removido. Se a criança abandonar o hábito durante a 1ª dentição, entre 3 e 4 anos de idade, existe a possibilidade da mordida aberta anterior se autocorrigir (ADAIR; STEVEN, 1997).

A forma de aleitamento infantil tem uma forte influência na instalação de hábitos orais deletérios. Crianças que não foram aleitadas ao seio das mães têm maiores probabilidade de desenvolverem hábitos orais deletérios em relação àquelas que foram aleitadas, mesmo que por um período menor. Embora transmitam a sensação de segurança e conforto, os hábitos orais deletérios devem ser abandonados o mais precocemente possível, para evitar alterações estruturais e funcionais graves (GALVÃO et al., 2006). A posição do lábio inferior e língua durante a amamentação auxiliam no desenvolvimento da deglutição fisiológica, propiciando assim, o desenvolvimento de um padrão de deglutição adulta, o que não ocorre quando se faz o uso de mamadeiras (PERES et al., 2007).

Sousa e outros autores (2004), descrevem que o aleitamento materno exclusivo é considerado indispensável nos seis primeiros meses de vida da criança, visto que previne a instalação de hábitos viciosos e promove o crescimento e desenvolvimento normal das estruturas da face. Os autores afirmam que os hábitos se instalam com maior frequência em crianças que não tiveram amamentação natural (SOUSA et al., 2004).

Conforme Galvão e outros autores (2006), a persistência dos hábitos de sucção após os três anos de idade é considerada como um comportamento infantil de regressão, sendo que nessa fase se observa grande chance de ocorrer anomalias na oclusão. No que se refere ao uso da chupeta, esta é prejudicial à articulação temporomandibular, se for usada por tempo prolongado, com consequentes danos à qualidade de vida da criança e a eliminação do hábito é referida como favorável ao desenvolvimento físico e emocional da criança.

A chupeta age na boca como uma força não intencional que pode produzir e/ou acentuar a má oclusão dentária por alterar o tônus muscular peri e intraoral. Assim, pode postergar a total erupção dos incisivos (mordida aberta), forçando também sua protrusão e estreitar o arco superior, aumentando a atividade muscular sobre os caninos e a diminuindo sobre os molares, o que determina a mordida cruzada posterior (LARSSON, 2003; ADAIR, 2003).

Ramos e outros autores (2000) avaliaram uma amostra de 20 crianças na faixa etária de cinco anos atendidas em um consultório particular e que tinham hábitos de sucção não nutritiva, constataram que as más oclusões decorrentes de hábitos de sucção são frequentemente encontradas na clínica ortodôntica, demonstrando que quando o hábito é interrompido em idade precoce, ainda na fase de dentição decídua, não é necessária a utilização de dispositivos ortodônticos. No entanto, se o hábito persistir, o tratamento deverá constar de remoção do mesmo, associada ao uso de aparelhos ortodônticos.

Warren e outros autores (2001) relataram em seu estudo que as alterações foram evidentes até em crianças que pararam de usar chupeta ou de sugar os dedos, até os dois ou três anos. O ideal é que as crianças deixem o hábito de sugar até os 24 meses de idade. Como o costume de sugar o dedo é mais difícil de ser deixado, ressalta que é melhor nem deixar que se inicie. Constatou também que a amamentação durante o primeiro ano de vida não parece ter nenhum efeito sobre a dentição infantil.

## 5 DEGLUTIÇÃO ATÍPICA

De acordo com Nogueira, 1979, a prevalência de deglutição atípica em crianças na fase de dentição decídua é alta e pode se justificar pelo crescimento diferencial entre a língua e a cavidade bucal, em consequência a língua segue a curva de crescimento dos tecidos de origem neural do corpo, crescendo de forma estável, atingindo o tamanho máximo aos oito anos de idade. Já a mandíbula tem um crescimento mais lento. A língua e ossos maxilares só terão uma relação de tamanho equilibrado quando se completar o crescimento ósseo-muscular, esse diferencial é uma tendência natural da língua ser posicionada mais à frente na cavidade oral nos primeiros anos de crescimento.

A projeção da língua é uma modificação que pode transformar o espaço orofaríngeo. A língua está envolvida em diversos movimentos, nomeadamente a mastigação, deglutição, fala e dentre outros. A deglutição é uma ação que apresenta diversas atribuições no crescimento e desenvolvimento dos maxilares, da dentadura e manutenção da oclusão. Por consequência, a posição da língua no interior da cavidade bucal é de extrema importância para o equilíbrio da musculatura orofacial, e sua posição mais anterior pode propiciar diversos problemas, sendo o mais comum a mordida aberta anterior, devido à pressão lingual anormal na região posterior dos dentes anteriores (VIEIRA; VILELLA, 2008).

A mordida aberta na região anterior pode ser causada pelo posicionamento contínuo da parte anterior da língua entre as bordas incisais dos incisivos inferiores e da superfície lingual dos incisivos superiores. Quando a língua fica situada entre as bordas incisais dos incisivos inferiores e superiores, a mordida aberta pode ser tão grande que os incisivos não apresentam trespasse vertical quando os dentes posteriores são levados em oclusão. As mordidas abertas anteriores ocasionadas excepcionalmente por uma protrusão habitual da língua são geralmente simétricas, em contraste àquelas causadas, principalmente, por um hábito nocivo (MACIEL; LEITE, 2005).

Embora não seja possível unificar um padrão de deglutição da infância até a maturidade, as atipicidades funcionais são notadamente reconhecidas pela interposição da língua entre os arcos dentários, com o propósito de se obter um vedamento para a realização da deglutição (CARMINATTI, 2000).

Maciel & Leite, 2005, afirmam que quando a protrusão anterior da língua desaparecer, a mordida aberta corrigir-se-á espontaneamente. A alteração da deglutição, associada às mordidas abertas, pode vir de duas situações: como hábito para reduzir as aberturas funcionais na região anterior do alvéolo ou como resultado das acomodações esqueléticas, no caso das mordidas abertas esqueléticas. De outro modo, a maloclusão, vinda ou não de um hábito nocivo, embora seja fortemente a ele correlacionado, é que irá indicar como será o padrão de posicionamento da língua.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados descritos foi possível concluir que os hábitos bucais deletérios, como a deglutição atípica, hábitos de sucção e respiração bucal são comuns e são condições que proporcionam o desenvolvimento de más oclusões. Então, torna-se indispensável o diagnóstico precoce, para interceptar precocemente das más oclusões e conseqüentemente remoção do hábito. Sendo necessário que o Cirurgião-Dentista oriente os pais a respeito dos hábitos bucais, para que sejam removidos mais cedo e para que fisiologicamente as más oclusões voltem ao normal.

## REFERÊNCIAS

ADAIR, O.; STEVEN, M. Non-nutritive sucking. **Annual Session American Academy of Pediatric Dentistry**, 50.Philadelphia, maio, 1997.

ADAIR, S.M. Pacifier use in children: a review of recent literature. **Pediatr Dent.**, v.25, n.4, p.49-58, 2003.

ALMEIDA, R.V.D; NOGUEIRA FILHO, J.J; JARDIM, M.C.A.M. Prevalência de Maloclusão e Sua Relação com Hábitos Bucais Deletérios em Escolares. **Rev Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, 2002.

BEZERRA, P.K.M.; CAVACALNTI, A.L. Características e distribuição das maloclusões em pré-escolares. **R. Ci. Méd. Biol.**, Salvador, 2006.

BRUNELI, B.L; MELO, J.M.; PACHECO, M.C.T. Hábitos Bucais Indesejáveis: diagnóstico e tratamento. **Rev. Odontol**, UFES, 1998.

CARMINATTI, K. **Hábitos deletérios x maloclusão nos limites da tipologia facial**. 2000. 43p. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) – CEFAC - Centro de especialização em fonoaudiologia clínica, Rio de Janeiro, 2000.

COSTA, T.C. **Alterações crânio faciais e posturais causadas por hábitos orais.** 2000. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) – CEFAC - Centro de especialização em fonoaudiologia clínica, Londrina, 2000.

GALVÃO, A.C.U.R.; MENEZES, S.F.L.; NEMR, K. Correlação de hábitos orais deletérios entre crianças de 4 a 6 anos de escola pública e escola particular da cidade de Manaus – AM. **Rev CEFAC**, São Paulo, 2006.

EMMERICH A.; FONSECA, L.; ELIAS, A.M.; MEDEIROS, U.V. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaríngicas e maloclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004.

LARSSON, E. **The influence of oral habits on the developing dentition and their treatment: clinical and historical perspectives.** 2nd ed. S. Bishara. [n.p.] Sweden: CELA Grafiska 2003.

LEMOS, C.M. **et al.** Estudo da Relação entre a Oclusão Dentária e a Deglutição no Respirador bucal. **Arq Int Otorrinolaringol**, São Paulo, 2006.

MACIEL, C. T. V.; LEITE, I. C. G. Aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, 2005.

MOYERS, R.E. Etiologia da maloclusão. In: MOYERS, R.E. **Ortodontia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

NOGUEIRA, L. L. **Avaliação cefalométrica dos casos de mordida aberta anterior.** 1979. 57p. Dissertação (Mestrado em Ciências - Ortodontia) – Faculdade de Odontologia, UFRJ, Rio de Janeiro, 1979.

PERES, K.G. **et al.** Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 2007.

QUELUZ, D.P.; GIMENEZ, C.M.M. A síndrome do respirador bucal. **Revista do CROMG**, Belo Horizonte, 2000.

RAMOS, J.M.L.; REIS, M.C.S.; SERRA, M.J.M.C. Como Eliminar os Hábitos de Sucção Não-nutritiva. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, v.3, n.11, p.49-54, 2000.

SILVA, E.L. Hábitos bucais deletérios. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, 2006.



SOARES, C.A.S.; TOTTI, J.I.S. Hábitos deletérios e suas consequências. **Revista do CROMG**, Belo Horizonte, jan-jun. 1996.

SOUSA, F.R.N. **et al.** O Aleitamento Materno e sua Relação com Hábitos Deletérios e Maloclusão Dentária. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.**, João Pessoa, 2004.

TRAWITZKI, L. V. V. **et al.** Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.71, n.6, nov-dez. 2005.

VIEIRA, M.D.; VILELLA O.V. Avaliação cefalométrica do espaço orofaríngeo em pacientes com deglutição atípica. **Rev. Odonto Ciênc.**, Rio Grande do Sul, 2008.

WARREN, J.J. **et al.** Effects of oral habit's duration on dental characteristics in the primary dentition. **J Am Dent Assoc.**, Chicago, v.132, p.1685-1693, 2001.

---

**Data do recebimento:** 14 de Junho de 2017

**Data da avaliação:** 10 de Julho 2017

**Data de aceite:** 24 de Agosto de 2017

---

---

1 Graduanda do Curso de Odontologia, Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE.

E-mail: gleycimota\_5@hotmail.com

2 Graduando do Curso de Odontologia, Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE.

E-mail: guilhermessouza84@gmail.com

3 Graduanda do Curso de Odontologia, Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE.

E-mail: thaysamello@hotmail.com

4 Cirurgiã Dentista, Doutora Nutrição, Docente do Curso de Odontologia, Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE. E-mail: kguerrabotelho@yahoo.com.br