

HÁBITOS BUCAIS INDESEJÁVEIS: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

UNDESIRABLE ORAL HABITS: DIAGNOSIS AND TREATMENT

BRUNELI, B. L. * ; MELO, J. M. ** ; PACHECO, M. C. T. ***

RESUMO: O presente trabalho descreve os hábitos bucais indesejáveis que, com maior frequência acometem crianças e adolescentes, causando diversos problemas de maloclusão. São discutidas as principais causas e é enfatizada a necessidade de reeducação e conscientização do paciente frente a seus hábitos e suas conseqüências, além da necessidade de estar integrado com o tratamento. Cada um dos hábitos indesejáveis (deglutição atípica, sucção, onicofagia, respiração bucal e postura), é descrito com suas características, métodos de diagnóstico, conseqüências para oclusão e principais terapias preventivas, interceptoras e corretivas. O trabalho tem o intuito de auxiliar o cirurgião-dentista na tarefa de melhor orientar e tratar as crianças sob seus cuidados, que apresentarem tais problemas.

UFES Rev. Odontol., 1(1):18-24, 1998.

Unitermos: Hábitos bucais, cooperação do paciente, tratamento ortodôntico.

INTRODUÇÃO

Os hábitos bucais considerados nocivos constituem motivo de agitação no ambiente familiar e despertam atenção de todos aqueles que têm uma parcela de responsabilidade sobre a saúde da criança. Constituem pois, objeto de estudo de médicos, fonoaudiólogos, odontopediatras e ortodontistas.

Em termos simples, entende-se hábito como automatismo adquirido, que torna-se inconsciente e passa a ser incorporado à personalidade⁷. Os hábitos, aos quais se costuma atribuir algum significado na etiologia das maloclusões são os hábitos de sucção (polegar ou outros dedos, e chupeta), de interposição (língua, lábio superior ou inferior e bochecha), hábitos de deglutição atípica, de respiração bucal, de roer unhas (onicofagia) e de postura. A sucção de lábio ou de língua é também referida como causa de anormalidade de oclusão.

A criança ao nascer, responde positivamente a alguns impulsos. O primeiro e mais importante deles é o de sucção. O hábito de sugar existe, na verdade, para fins nutritivos e obtenção de prazer e, normalmente, é realizado no seio materno⁷. Por várias razões, algumas vezes o aleitamento natural é substituído pelo artificial através da mamadeira. A mamadeira deixa passar um fluxo bem maior de leite, fazendo com que a criança atinja, em apenas alguns minutos, a sensação de plenitude alimentar que, via amamentação natural, levaria cerca de meia hora. O bebê, no entanto, não faz sucções suficientes para obter o êxtase emocional, procurando, desta maneira, um substituto que pode ser a chupeta, o dedo, etc.^{4,6,12}. Como o volume de leite a cada sucção de mamadeira é muito maior, irá implicar no treinamento errado na deglutição (outro impulso inato da criança), podendo ocorrer desvios da posição da lín-

gua e, conseqüentemente, a instalação do hábito da deglutição atípica. Além disso, quando a sucção é feita no peito materno, a força exercida é muito maior do que a sucção na mamadeira, ocasionando um maior desenvolvimento e maturação dos músculos periorais^{6,15}. FERREIRA⁶ e FERREIRA & TOLEDO⁷ afirmam que crianças que começaram a receber aleitamento artificial mais cedo, adquiriram mais facilmente hábitos bucais nocivos que aquelas que receberam aleitamento natural por mais tempo.

A postura da criança ao alimentar-se com mamadeira deverá ser mais verticalizada, para evitar dificuldades respiratórias, o que faria com que ela passasse a respirar pela cavidade bucal. A postura no berço também é importante, devendo-se evitar que a criança fique com o pescoço fletido, tendo dificuldade de respirar normalmente, instalando-se o hábito da respiração bucal.

Com o aparecimento dos primeiros dentes, instala-se o impulso de morder. É necessário nesta época uma dieta mais sólida para suprir este impulso. Caso este impulso não seja satisfeito, a criança buscará os mais variados objetos para morder, principalmente roer as unhas, instalando-se o hábito de onicofagia.

Todas estas disfunções interferem na fonação levando a problemas de dislalias⁶.

Além da alimentação artificial através da mamadeira, admitem-se outras causas para a instalação da deglutição atípica como: hipertrofia das amígdalas, perdas precoces de dentes decíduos anteriores, diastema interincisal grande, etc. No entanto, se o aprendizado inicial for correto, retirando-se as causas secundárias, a deglutição se normalizará⁶.

Diagnosticar a presença de hábitos bucais indesejáveis é importante para todo profissional que lida com crianças.

Cooperação do paciente

Antes de qualquer intervenção clínica é necessário que haja conscientização do paciente de que ele é responsável pelo sucesso do tratamento. É importante lembrar que ne-

*Acadêmica de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo

**Acadêmica de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo

***Mestre e Doutora em Ortodontia. Professora de Ortodontia da

UFES

nhum tratamento será bem sucedido se não houver motivação do paciente para eliminar o hábito.

Deve-se evitar ameaças, imposição de medos na criança, na tentativa de retirar o hábito. Como primeiro passo deve-se dar consciência de como o hábito se instala, quais as prováveis consequências e, se já houver alguma deformação, mostrá-la⁶.

Em todos os tipos de hábitos, após este trabalho inicial, indica-se exercícios com chupeta ortodôntica. Esta chupeta deverá ser denominada de "aparelho de sucção" e nunca chupeta para não trazer constrangimentos, especialmente em "crianças" maiores. Assim, o aparelho de sucção deverá ser preparado para os exercícios passando-se um anel de elástico com 10 cm de comprimento, preso no anel ou halo. A criança coloca o aparelho de sucção na boca de forma que o aparador de lábio fique bem ajustado e faça sucções fortes tracionando suavemente o elástico que foi adaptado⁵. Este exercício deverá ser feito 5 minutos, pela manhã, tarde e noite. No período noturno, antes de deitar, pode-se deixar o aparelho de sucção até dormir e deverá ser retirado e guardado após a instalação do sono mais profundo. Quando os exercícios estiverem sendo feitos regular e corretamente, inicia-se o tratamento específico para cada tipo de hábito⁶.

Quando a decisão de abandonar o hábito parte da criança, raramente haverá recaída. Deve-se optar por aparelho ortodôntico como último recurso, pois muitas vezes ocorre imposição dos pais e não uma decisão pessoal da criança, levando ao fracasso do tratamento quando esta se nega a utilizá-lo⁶.

Hábito de deglutição atípica

A deglutição atípica não se trata de uma disfunção propriamente dita, mas sim de uma alteração das características normais. Na verdade, não é a função atípica que leva à alguma deformação, mas sim a posição incorreta de repouso da língua a partir da qual a função se realiza. Desta maneira, um paciente que só interpõe a língua durante o hábito da deglutição, não alcançará uma frequência necessária para modificar a posição dental. Já se o paciente com deglutição atípica possui uma posição de descanso da língua com pressão dos dentes anteriores, isto acarretará problemas de maloclusão. A deglutição com apenas interposição lingual, tem uma duração muito pequena para ter impacto na posição dental. A pressão feita pela língua contra os dentes durante uma deglutição típica dura cerca de 1 segundo. Um indivíduo comum engole cerca de 800 vezes por dia enquanto acordado, entretanto apresenta poucas deglutições enquanto dorme. O total por dia, desta maneira, é geralmente abaixo de 1000. Mil segundos de pressão, totalizam somente poucos segundos, insuficientes para afetar o equilíbrio^{10,12,14}.

Os padrões da deglutição adulta aparecem em algumas crianças normais logo aos três anos de idade, porém não está presente na maioria até por volta dos seis anos de idade, e nunca é alcançada em 10 ou 15%

de uma população típica¹².

Diagnóstico

Para um correto diagnóstico de deglutição atípica devemos conhecer as características de uma deglutição normal. As características descritas para a deglutição normal são¹²:

- Ponta da língua tocando a papila dental;
- Os dentes entram em oclusão;
- Há uma sucção da língua contra o palato;
- Os músculos periorais não participam ativamente;
- Vedamento labial perfeito;
- Língua perfeitamente confinada ao interior dos arcos dentais;
- Língua em repouso em contato com o palato duro.

Quanto ao diagnóstico da deglutição atípica devemos observar alguns aspectos do paciente durante o ato da deglutição tais como¹²:

- Posicionamento atípico da língua;
- Ausência de contração dos masséteres;
- Participação da musculatura perioral;
- Sopro ao invés de sucção;
- Tamanho e tonicidade da língua;
- Cuspir ou acumular saliva ao falar;
- Baba noturna;
- Dificuldade na ingestão de alimentos sólidos;
- Desvios na fonação.

A deglutição atípica caracteriza-se por uma participação ativa da musculatura perioral. Observa-se mímica com os músculos dos lábios, pressão das comissuras e participação muitas vezes dos músculos do mento. Nota-se inclusive movimentos para trás com a cabeça, principalmente na ingestão de alimentos sólidos. Algumas crianças, como não conseguem selamento anterior correto, deixa escapar saliva pelo canto dos lábios. Se colocarmos as mãos sobre os masséteres não notamos contração dos mesmos, indicando que a deglutição esta sendo feita sem a oclusão dos dentes. O cliente pode relatar baba noturna, o que indica também uma respiração bucal⁶.

Um meio de sabermos se o paciente tem deglutição atípica é colocá-lo sentado em uma cadeira, oferecer-lhe uma pequena quantidade de água e convidá-lo a deglutir. Se um ou mais sinais de anormalidade for observado poderá ser a indicação de deglutição atípica¹¹.

Tipos de deglutição atípica

A - Com pressão atípica de lábio (interposição labial)

Durante a deglutição, o selamento da parte anterior da cavidade bucal é feita através de uma forte contração do lábio inferior, interpondo-se entre os incisivos superiores e inferiores. Nestes pacientes, quando em re-

pouso, normalmente os lábios não entram em contato. Os incisivos inferiores, vão se inclinando para lingual e apinhando, enquanto os incisivos superiores vão vestibularizando-se. O lábio superior se torna hipotônico, e o lábio inferior cada vez mais hipertônico, da mesma forma que os músculos do mento. A perda do contato funcional anterior, favorece a extrusão dental, aumentando a sobressaliência e a sobremordida. O deslocamento vestibular dos incisivos superiores, rompe o ponto de contato entre os incisivos laterais e caninos, favorecendo a migração dos seguimentos posteriores para anterior⁶.

O quadro final é uma maloclusão de classe II, divisão 1, com sobremordida profunda⁶.

B - Com pressão atípica de língua

Esta deglutição se caracteriza pelos dentes não entram em contato, a língua se aloja entre os incisivos, podendo às vezes se interpor entre pré molares e molares. Nota-se também contração dos lábios e das comissuras, o que acarreta um estreitamento do arco, ao nível dos caninos e músculo mentoniano. Os músculos elevadores da mandíbula não mostram nenhuma contração⁶.

As deglutições com pressão atípica de língua, podem ser:

a) Com pressão lingual anterior.

A língua, durante a deglutição e repouso, exerce pressão nos dentes anteriores por lingual ou entre eles. As deformidades são: mordida aberta anterior, vestibulo versão de incisivos e mordida cruzada posterior.

b) Com pressão lingual lateral.

A pressão lateral é realizada na região do arco, ao nível de pré molares, sendo o apoio obtido entre esses dentes do arco superior e inferior. As deformidades resultantes são mordida aberta lateral e mordida cruzada posterior⁶.

Tratamento

O tratamento inicial é sempre de orientação e reeducação⁶.

A deglutição correta deve ser ensinada e estimulada repetidamente. A criança deve, não só aprendê-la, como repetir tantas vezes quanto necessário para automatizar.

Para a correção da hipotonicidade do lábio superior é preconizado que o paciente faça alguns exercícios no sentido de aumentar o tônus muscular. O aparelho utilizado como auxiliar nos exercícios para a tonificação labial é a placa ou escudo vestibular.

O escudo vestibular, dentre outras funções, é usado para exercício da musculatura labial e jugal. Durante a sua confecção coloca-se um gancho de metal na parte anterior, no qual se prende um elástico¹.

O paciente, ou os pais, devem puxar este elástico, e a criança tenta segurar o escudo com os lábios, em movimentos repetitivos feitos no mínimo 20 a 30 vezes por dia. O escudo vestibular, pode ser substituído por uma chupeta com bico cortado. Quando não estiver fazendo exercícios,

a criança deve ser orientada para manter os lábios em contato. FERREIRA⁶ recomenda segurar com os lábios uma folha de papel enquanto estiver estudando ou assistindo televisão.

A placa preconizada pelo professor Alael de Paiva Lino¹⁰ é um aparelho reeducador do posicionamento lingual, que através de um anel metálico à altura da papila palatina, estimula o correto posicionamento lingual. Este anel metálico pode ser substituído por apenas um orifício no acrílico. O paciente deve ser orientado pelo profissional para que a cada deglutição, coloque a ponta da língua no lugar demarcado.

Para a deglutição com pressão atípica de língua, a conduta seguinte é a colocação de um aparelho removível impedidor. Este aparelho é uma placa de Hawley superior com grade anterior, que vai impedir que a língua continue a se interpor entre os dentes. A "grade" acrílica é outro impedidor de língua, onde a grade impedidora é substituída por uma barreira de acrílico atrás dos incisivos superiores, cuja altura preenche todo espaço da mordida aberta anterior, indo até incisal dos incisivos inferiores. Em casos especiais, a grade impedidora pode ser fixa, soldada a bandas ou coroas metálicas. Quando a deglutição atípica for com pressão lateral da língua, o aparelho utilizado é a grade impedidora, com a grade na colocada na lateral⁶. Todos esses aparelhos só impedem e não corrigem o hábito.

Hábito de sucção

A boca e as pontas dos dedos das mãos são estruturas sensorialmente mais desenvolvidas no corpo humano. É através da boca que a criança toma contato com o mundo físico e estabelece um conhecimento dos seus mais variados elementos que, mais tarde irão ser explorados pelas mãos, através de uma coordenação mais aprimorada.

Quando uma criança tem amamentação natural ela suga o alimento o que lhe traz prazer oral e satisfaz sua fome, além de outras vantagens, fazendo um esforço para tal obtenção e exercitando a região oral (peri e intra orais). Todavia, a criança que não é amamentada no peito, mas sim com mamadeira convencional, tem tendência a introduzir o dedo na boca como uma necessidade de exercitar a musculatura. Com a mamadeira, a satisfação da fome é mais imediata, visto não ter tido necessidade de fazer esforço ao sugar o bico da mamadeira, cujo orifício já proporciona um gotejamento rápido e, conseqüentemente, uma plenitude alimentar. É neste momento que sugar se torna um hábito; no início servindo de pacificador de uma necessidade sensorio-motora não conquistada e, futuramente, pelo seu uso prolongado, trazendo danos na área fonoarticulatória.

Não devemos confundir hábito de sucção anormal com uma fase normal do desenvolvimento da criança, que é a fase bucal, onde sua maior percepção e tato estão na boca^{13,5}.

Os sinais clássicos de um hábito ativo são os seguintes: Mordida aberta anterior; movimento vestibular de incisivos superiores e lingual de inferiores^{6,12}; constrição maxilar¹¹.

Quando uma criança coloca o polegar ou outros dedos entre os dentes, estes são geralmente posicionados num ângulo de tal modo que fará pressão lingualmente contra os incisivos inferiores e labialmente contra os superiores. Esta pressão direta é provavelmente responsável pelo deslocamento dos incisivos. Pode existir uma variação considerável de quais e de quantos dentes são afetados, dependendo dos dentes contactados^{11,14}. As evidências clínicas e experimentais sugerem que se requer de 4 a 6 horas de força diária para provocar um movimento dentário. Sendo assim, a criança que chupa o dedo com intensidade alta e de maneira intermitente pode não causar muito movimento dental, enquanto outra que chupa de modo persistente (durante mais de 6 horas), como aquelas que dormem com o dedo entre os dentes durante a noite, provocará uma mudança dental significativa^{6,11}.

A mordida aberta anterior associada com uma sucção do polegar aumenta pela combinação da interferência com a erupção normal dos incisivos e erupção excessiva dos dentes posteriores. Quando o polegar ou qualquer outro dedo é posicionado entre os dentes anteriores, a interposição direta do polegar impede a erupção dos incisivos. Ao mesmo tempo, a separação dos maxilares altera o equilíbrio vertical dos dentes posteriores, e, como resultado, há uma sobre erupção dos dentes posteriores que não teria ocorrido normalmente. Devido a geometria dos maxilares, 1 mm de alongamento posteriormente abre a mordida cerca de 2 mm anteriormente. Portanto, isso pode ser uma contribuição poderosa ao desenvolvimento da mordida aberta anterior com crescimento predominantemente anterior (mordida aberta esquelética)^{12,14}.

Apesar da pressão negativa ser criada dentro da boca durante a sucção, não há razão para se acreditar que isto seja responsável pela constrição do arco maxilar que geralmente acompanha os hábitos de sucção. Ao contrário, parece bastante claro que o arco maxilar fracassa em se desenvolver em largura devido a uma alteração no equilíbrio entre as pressões da língua e das bochechas. Se o polegar é colocado entre os dentes, a língua se abaixa, o que diminui a pressão pela língua contra a superfície lingual dos dentes posteriores. Ao mesmo tempo, a pressão das bochechas contra esses dentes aumenta à medida que o bucinador se contrai durante a sucção. A pressão das bochechas é maior nos cantos da boca, e isso provavelmente explica porque o arco maxilar tende a obter a forma de "V", com maior constrição nos caninos que nos molares¹⁴.

Diagnóstico

Geralmente, sob questionamento, a criança omite o hábito de sucção. Dessa forma, devem ser visadas fontes alternativas de informação para avaliar se a criança é ou não portadora deste hábito. Assim, pode-se perguntar: "Você pode mostrar o dedo que é mais gostoso quando você vai dormir?"

O exame das mãos, especialmente dos dedos, pode revelar alterações na pele, aparência avermelhada, presença de calosidades ou modificação na forma dos dedos. Em al-

guns casos, na presença de 9 dedos com unhas sujas, um dedo limpo revela ser o mais freqüentemente sugado.

Deve-se analisar a pele abaixo do lábio inferior, que pode mostrar alguma alteração devido ao excessivo umedecimento.

Tratamento

A criança deve ter a oportunidade de suspender espontaneamente o hábito antes que seus dentes permanentes irrompam e quase sempre tais hábitos de sucção são superados até os quatro anos de vida. Portanto, o tratamento é realizado geralmente entre os 4 e 6 anos de idade^{12,13}.

Três métodos têm sido sugeridos para suspender o hábito. A primeira é a "terapia da lembrança", onde uma fita à prova d'água (Band-Aid) pregada ao redor do dedo pode servir de lembrete para que não seja colocado na boca. A fita permanece na mesma posição até que o hábito desapareça.

Esse tipo de tratamento só é válido para aqueles que desejam suspender o hábito.

Segundo MILORI et alii.¹¹, crianças até 4 anos de idade, que abandonaram o hábito nesta fase, tenderão a uma auto-correção da maloclusão. Já na dentição mista e permanente, esta tendência a auto correção diminui intensamente. Um segundo recurso de influência sobre os hábitos bucais é o sistema de recompensa. Um contrato feito entre a criança e seus pais e entre o dentista e a criança, onde fica estabelecido que a criança irá desistir do hábito durante um período específico de tempo e por isso receberá uma recompensa; que não precisa ser extravagante, mas especial o bastante para estimular a criança.

Se o hábito ainda persistir, e a criança desejar realmente suspendê-lo, é necessário iniciar o tratamento com aparelhos. Esse tipo de terapia compreende a colocação de um dispositivo colocado na boca que fisicamente desestimula o hábito ou dificulta a sucção digital¹².

Um dos aparelhos usados para este fim é a grade palatina. A grade palatina é projetada para interromper um hábito digital ao interferir na colocação do dedo e a satisfação proveniente da sucção⁶.

Os aparelhos usados para desestimular hábitos devem permanecer 6 meses na boca, para extinguir completamente este costume¹³.

Onicofagia

O hábito de roer as unhas geralmente é uma substituição ao hábito da sucção do dedo ou da chupeta. Não se deve repreendê-lo, pois normalmente está relacionado a graves distúrbios emocionais, e não causa problemas de oclusão, uma vez que produz alterações só no longo eixo dos dentes⁶.

Alguns autores, no entanto, acreditam que a onicofagia interfere no desenvolvimento normal da face, muitas vezes tendo como conseqüência, dependendo da freqüência e intensidade, a predominância da componente vertical do crescimento da face, dando como resultado, a instalação da mordida aberta anterior⁶.

Diagnóstico

Basta examinar as unhas do paciente. Se forem curtas e irregulares, indicam o hábito.

Tratamento

Para a correção da onicofagia é necessária a conscientização do paciente. O terapeuta deve levar em consideração se a criança se dispõe a abandonar o hábito. É a manifestação da necessidade insatisfeita de morder, também ligada a um estado psico-emocional de ansiedade¹⁰.

É necessário que a consistência dos alimentos seja aumentada para que o hábito de morder seja exercitado. Associamos exercícios com chupeta ortodôntica e mordedor de borracha. Os exercícios são de 4 min. com aparelho de sucção (chupeta) e 1 minuto com mordedor. Os exercícios de mordidas devem ser realizados ao longo de todas as posições dos arcos dentários, ou seja: apreensão (caninos), corte (incisivos), trituração (pré-molares), e moagem (molares), sempre bilateralmente.

Deve-se orientar ao portador do hábito que não deixe as unhas crescerem, mantendo-as menor possível durante um longo período.

Uma outra tentativa para remoção do hábito é pedir ao paciente que vá elegendo um dedo por semana para deixar que a unha cresça. Os outros dedos podem ser roídos quando tiver vontade⁶.

Respiração Bucal

O padrão correto de respiração é nasal, e quando por algum motivo este padrão é substituído por um padrão de suplência bucal ou misto, temos um paciente chamado respirador bucal³.

Aceita-se com freqüência que a respiração bucal possa ser a etiologia de muitas maloclusões, portanto o tratamento ortodôntico sem o cuidado necessário com a reeducação da criança para voltar a respirar pelo nariz e sua conscientização do problema corre risco de recidiva.

A respiração bucal pode ser de causa orgânica ou ser apenas um hábito vicioso. O diagnóstico do otorrinolaringologista é essencial pois ele dirá se existe uma obstrução real ou não. A respiração bucal por hábito é aquela em que não existe obstrução das vias aéreas superiores e sim má posição dos lábios, língua e mandíbula. O indivíduo respira pela boca, embora tenha capacidade anátomo-fisiológica de respirar pelo nariz. Ela pode ser iniciada pelo aleitamento artificial que por razões já citadas, desenvolvem um padrão de sucção e deglutição não adequados, e isto pode estar relacionado a um padrão de respiração bucal, formando assim, um ciclo de ações inadequadas, exercidas de modo repetitivo (feed-back), que pode estar ligado à etiologia de futuros distúrbios funcionais da face.

A respiração bucal orgânica é aquela em que há problemas reais obstruindo a passagem de ar pelo nariz. Todo

paciente com obstrução nasal crônica pode tornar-se um respirador bucal, o que normalmente leva a alterações na face, principalmente durante a fase de crescimento. As causas deste tipo de respiração podem ser: obstrução das vias aéreas superiores por desvios de septo, inflamação da membrana basal, cornetos inflamados, hipertrofia das amígdalas e adenóides, rinites alérgicas, pólipos, tumores, etc.^{3,6,14}.

O que ocorre na respiração bucal é que durante a inspiração e expiração o ar, em sua maioria, passa pela cavidade bucal, dando como conseqüência um aumento da pressão intrabucal. O palato com isto vai se modelando e aprofundando e ao mesmo tempo, o ar deixa de penetrar com intensidade nos seios maxilares, que ficam atrésicos, dando um aspecto característico ao paciente⁶. Devido a uma descompensação entre as forças exercidas pela língua e pelos músculos periorais devido a abertura constante da boca e posição baixa da língua, nota-se também uma atresia transversa do maxilar superior com conseqüente mordida cruzada posterior bilateral óssea¹². O paciente possui a chamada "face adenoideana", ou seja, rosto alongado e estreito, olhos caídos, olheiras profundas, sulcos genianos marcados, lábios hipotônicos e ressecados e sulco nasolabial profundo. Esses pacientes possuem geralmente deglutição atípica e postura incorreta de língua e lábios⁶.

Diagnóstico

Pode-se testar se o paciente tem obstrução nasal parcial ou não. Para isto, senta-se o paciente confortavelmente na cadeira odontológica e com a seringa coloca-se água suficiente para preencher toda a capacidade bucal. Pedese para que feche, retendo o máximo possível de água. Se conseguir manter a boca fechada por 5 minutos, entende-se que a respiração bucal é por hábito, e que não existe obstrução das vias aéreas superiores³. Deve-se então encaminhar o paciente para o médico otorrinolaringologista para diagnóstico diferencial mais seguro.

Além do mais, se o paciente apresentar as características descritas da "face adenoideana", é sinal de que este merece maior atenção no diagnóstico diferencial de respiração bucal.

Tratamento

O diagnóstico e tratamento da respiração bucal deve ser feito precocemente, já que a respiração pela boca leva a alterações e adaptações funcionais por todo o corpo, prejudicando seu crescimento e desempenho.⁷

Nos pacientes operados sem obstruções ou aqueles portadores de respiração bucal por hábito em que não há impedimentos deve-se incentivar o selamento labial; pode ser empregada a fita durex ou a mentoneira sem compressão. Este recurso age apenas pela presença, mantendo a boca fechada, o que irá favorecer o vedamento labial. Primeiramente, deve-se conscientizar o paciente do problema. Em seguida, exercícios com chupeta por 3 minutos pela manhã, tarde e noite, ajudam a fortalecer a musculatura

labial e servem como reeducador da respiração nasal normal. Depois disto, usa-se o guia de vedamento labial ou escudo vestibular, continuando o uso noturno da mentoneira.

No caso de pacientes com obstrução das vias aéreas superiores reais, pode-se imaginar que apenas se removendo a causa direta da respiração bucal (adenóide, amígdalas hipertróficas, etc), o problema estaria resolvido. Realmente a parte principal do problema foi resolvida, mas o hábito persiste. Há necessidade de reeducação da respiração e exercícios que fortalecerão os músculos periorais (com chupeta ortodôntica e placa vestibular). Para reeducar a respiração, usa-se o escudo vestibular inicialmente com orifícios que devem ser gradativamente diminuídos e fechados. Sendo a respiração nasal mais difícil que a bucal, o escudo induz, portanto a um exercício intenso dos músculos da respiração, e com a atividade aérea nasal aumentada, o tecido nasal é estimulado, assim como os seios maxilares e a circulação paranasal, que podem ter uma influência favorável no crescimento normal das estruturas ósseas contíguas.

Hábitos de Postura

As deformidades dos arcos podem ser causadas também pelas pressões anormais de postura ao dormir ou sentar-se. As posturas indesejáveis devem ser impedidas nas primeiras fases da vida. Desde o aleitamento deve-se ter noção para que a criança seja amamentada segura de maneira correta. A criança deve ser segura de um lado depois do outro, tanto no aleitamento natural como no artificial, favorecendo a polarização do amadurecimento. A posição da criança também deve ser vigiada no berço durante o sono. Sua cabeça deve ficar afastada da cabeceira, em posição confortável, evitando que fique dobrada.

As alterações de posição podem trazer como consequência atípicas nas funções da deglutição e respiração normais, com prováveis alterações morfológicas.

As más posturas em idades mais avançadas são as de apoio do rosto sobre a mão ou descansar o rosto sobre o antebraço durante o sono. O tipo de maloclusão causada por este hábito geralmente é unilateral e localizada no arco superior. O resultado é uma mordida cruzada posterior unilateral, sem desvio da linha média.

O que ocorre é que o peso da cabeça passa aos tecidos da região maxilar e se localiza ali por ação da mão ou do braço. As estruturas da mandíbula não são afetadas, pois ela é móvel e escapa das pressões deslizando. Os dentes da maxila, portanto, sofrem uma inclinação para palatino, ocasionando a mordida cruzada posterior.

Tratamento

Uma placa de Hawley com uma grade vestibular acoplada é usada para corrigir o hábito de postura. Este aparelho funciona como um lembrete para o paciente. Desse modo toda vez que ele apoiar a cabeça sobre a mão ou braço, pressionará a bochecha contra a grade⁶.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Dentre os diversos hábitos bucais indesejáveis apresentados, alguns contribuem mais diretamente que outros para a instalação e manutenção das maloclusões, principalmente os hábitos de sucção e de respiração. Quase todos os demais podem ser considerados resquícios destes.

Nos primeiros tempos de atuação de um hábito pernicioso as consequências serão em nível dentário. Persistindo o problema e, diretamente proporcional a sua frequência, intensidade de pressão desenvolvida e duração do hábito, as consequências incidirão ao nível esquelético, modificando a forma das arcadas e a direção do crescimento dos ossos da face. Desta maneira, as alterações de crescimento facial poderão atuar ao mesmo tempo nos três planos espaciais: antero-posterior, vertical e transversal, levando a instalação de maloclusões combinadas, como por exemplo a classe II com mordida aberta e mordida cruzada posterior.

O hábito bucal mais deletério é, sem dúvida, a respiração bucal, a qual pode ser tanto causa como consequência de obstruções das vias aéreas superiores, como adenóides e amígdalas hipertrofiadas. Nestes casos o profissional da odontologia responsável pela criança deve contar com o auxílio de outras especialidades, tais como a Otorrinolaringologia, a Pediatria e Fonoaudiologia^{3,5,11,15}. É impossível que apenas um profissional tenha uma amplitude de conhecimento necessários para tratar todas as diferentes alterações funcionais, estruturais, patológicas, posturais e emocionais relacionadas a um hábito bucal³. O profissional responsável pelo tratamento de um hábito deve estar consciente de suas limitações e dividir as responsabilidades com o paciente, seus pais e demais profissionais das especialidades afins.

Não se consegue atuar preventivamente num hábito sem eliminar ou pelo menos minorar suas causas mais aparentes, principalmente com relação ao hábito de respiração bucal que tem como uma das suas principais causas alterações das vias aéreas superiores². Alguns autores concordam que a obstrução respiratória nasal altera o crescimento da face^{9,16}. YAMADA et alii.¹⁶, concluem que problemas respiratórios nasais existentes antes e após o crescimento puberal, podem alterar o padrão normal de crescimento do complexo craniofacial, principalmente acentuando o crescimento vertical da face.

Diagnosticar a existência ou não de obstrução e trabalhar a musculatura perioral durante as funções normais de respiração, mastigação, deglutição e fonação, são procedimentos indispensáveis para o êxito de qualquer terapia ortodôntica preventiva, interceptora ou corretiva.

A deglutição atípica está intimamente relacionada ao hábito de sucção digital quando existe uma mordida aberta anterior ou uma protrusão dos incisivos superiores. O ato de levar os lábios, um de encontro ao outro e colocar a língua entre os dentes anteriores, é um bom meio de promover o selamento anterior fechando a frente da boca. Isto não implica em dizer que se um indivíduo tem deglutição atípica necessariamente terá sucção digital, o primeiro pode

surgir de um não amadurecimento da deglutição infantil. Além disto, a deglutição com interposição lingual está geralmente presente em crianças com boa oclusão anterior. Se a sucção desaparece, a mordida aberta anterior tende a fechar espontaneamente, porém a interposição permanece até que esta se feche por completo. O selamento anterior pela ponta da língua é necessário enquanto houver mordida aberta¹⁴.

Vários autores afirmam que o hábito de sucção de chupeta é menos nocivo em comparação ao hábito de sucção do polegar^{11,15}. Isto porque o polegar faz parte do corpo da criança e está sempre a sua disposição sendo assim muito mais fácil controlar o uso da chupeta que do dedo. MILORI et alii.¹¹ concluíram que o aconselhamento psicológico e a terapia ortodôntica são mais eficientes na remoção dos hábitos de sucção de chupeta e polegar quando estão associados do que quando usados separadamente¹¹. DADALTO⁵, aconselha o uso de chupeta como forma de prevenir a sucção do dedo. O uso da chupeta deve ser disciplinado e restrito a apenas situações de cansaço ou sono, limitado a idade de 2 anos e meio. Devem ser usadas chupetas com bico ortodôntico e lembrar que o objetivo desta intervenção não é instalar o hábito de sucção de chupeta e sim usá-la de maneira positiva na prevenção do hábito de sucção digital.

Com relação aos hábitos de postura, existe uma controvérsia quanto ao seu papel na etiologia de maloclusões. De acordo com FERREIRA⁶, o hábito de postura resulta em mordida cruzada posterior unilateral sem desvio da linha média. Já BECKER & MARTINS² afirmam que os hábitos de postura anormais não são causas de maloclusão, mas servem para agravá-las.

É importante que todo cirurgião dentista saiba diagnosticar precocemente os hábitos bucais indesejáveis e prevenir suas conseqüências mais severas. O ideal é que um hábito, quando presente seja corrigido antes que ocorra alguma interferência no crescimento craniofacial, levando a uma maloclusão. Se a maloclusão esquelética já estiver instalada, o ortodontista muitas vezes necessita de lançar mão de aparelhos ortodônticos corretivos, pois nem sempre a simples remoção do hábito leva a auto-correção da deformidade facial ou dentária

Deve ser salientado, que sem a conscientização do paciente, sua colaboração irrestrita para o abandono do hábito, aprendizado e automatização, isto é, transformar o processo normal em hábito, nenhum tratamento ortodôntico alcançará seu objetivo.

ABSTRACT

The present issue describes the undesirable oral habits that assail children and teenagers more frequently, provoking several malocclusion problems.

The main habits' causes are discussed and it is emphasized the necessity of patient reeducation. They must be aware about their habits and its consequences, and also be integrated with the treatment.

Each undesirable habit is described with its characteristic, diagnostic methods, consequences to occlusion and preventive, interceptive and corrective main therapies.

This study has the aim to aid clinicians to better orient and treat children which present such problems.

Key Words: *Oral habits / patient cooperation / orthodontic treatment.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, M. G. M. Ortodontia para clínicos. 4ª ed., Ed. Livraria Santos, São Paulo, 1988.
2. BECKER, A. L.; MARTINS, R. B. Interação médico-odontologia-fisioterapeuta no tratamento de alterações cranio-mandibulares: apresentação de um caso clínico. *J. Bras. de Ortod. e Ortop. Max.*, 2(7):41-44, 1997.
3. CARVALHO, G. D. Síndrome do respirador bucal ou insuficiente respirador nasal. *Revista Secretários da Saúde*. Ano II, 18:22-24, 1996.
4. CORRÊA, M. S. P. Odontopediatria na primeira infância. 1ª ed. Ed. Santos, São Paulo, 1998.
5. DADALTO, E. C. V. Odontologia no primeiro ano de vida: a sucção nutritiva e não nutritiva. *Jornal da ABO-ES*, Vitória, 1997.
6. FERREIRA, F. V. Ortodontia – diagnóstico e planejamento clínico. 1ª ed., Ed. Artes médicas, São Paulo, 1996.
7. FERREIRA, M. I. D. T.; TOLEDO, O. A. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. *Revista ABO Nacional*. 5(6):317-320, São Paulo, 1997.
8. GUEDES, A. C. Odontopediatria 6ª ed., Ed. Santos, São Paulo, 1997.
9. HARVOLD, E. P.; TOMER, B. S.; CHIERICI, G. Primate experiments on oral respiration. *Am. J. Orthods.*, St. Louis, 79(4):359-372, 1981.
10. LINO, A. P. Ortodontia preventiva básica. 1ª edição. Ed. Artes Médicas, São Paulo, 1990.
11. MILORI, S. A.; NORDI, P. P.; SAKIMA, M.; PINTO, A. S.; SAKIMO, T.; Remoção dos hábitos bucais: sucção de polegar e chupeta – avaliação da efetividade de diferentes métodos terapêuticos. *RGO*, Porto Alegre, 43(5):284-288, 1995.
12. MOYERS, R. E. Ortodontia. 4ª ed., Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1991.
13. PINKHAM, J. R.. Odontopediatria da infância à adolescência. 2ª edição. Ed. Artes Médicas, São Paulo, 1996.
14. PROFFIT, W. R. Ortodontia Contemporânea. 2ª ed., Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995.

Correspondência / Reprint requests to:

Brunela L. Bruneli

R. Genserico Encarnação, 112,

Ed. Filadelfia, Bloco D, Aptº 303, Jardim da Penha - ES

BRASIL