

23. HÁBITOS BUCAIS DELETÉREIS

Elaborado por:

Júnia Maria Cheib Serra-Negra (coordenadora)

Eláine Cristina Vargas Dadalto

Objetivo

A Associação Brasileira de Odontopediatria (abo-odontopediatria) tem neste capítulo o objetivo de contribuir para a prática clínica do cirurgião-dentista quanto às questões relevantes relacionadas aos hábitos bucais deletéreos, bem como quanto às abordagens individuais no manejo de pacientes que os manifestam

Método

Esta investigação foi baseada nos arquivos da base de dados MEDLINE, utilizando as palavras-chave: hábitos bucais, bruxismo, mal posicionamento lingual e hábitos de auto-injúria.

Questões relevantes

Não é raro que profissionais de saúde se deparem com crianças portadoras de hábitos bucais em sua prática diária. A persistência de hábitos bucais indesejáveis pode interferir no crescimento e desenvolvimento crânio-facial (ver capítulo 5), além de poder alterar o bem-estar emocional ou social de crianças e adolescentes, em maior ou menor grau, de forma que uma abordagem individualizada deve ser adotada pelos profissionais da área de saúde¹. Entre os hábitos bucais estão incluídos: a sucção digital, a sucção de chupeta, hábitos de sugar e morder os lábios, onicofagia, bruxismo, hábitos de auto-injúria, respiração bucal e interposição lingual².

Sucção não nutritiva

Os hábitos de sucção não nutritiva (sucção de dedo e chupeta) são considerados normais em bebês e crianças de tenra idade^{3,4}. Usualmente estão associados com a necessidade de satisfação afetiva e de segurança^{2,5}. Esta necessidade de gratificação oral pode ser preenchida com a prática do aleitamento materno^{2,4,6,7}. Crianças amamentadas no peito por pelo menos seis meses estão menos propensas a desenvolverem hábitos de sucção não nutritiva². A chupeta é o tipo de hábito de sucção mais prevalente entre as crianças⁵. É

aconselhável evitar a oferta da chupeta nos primeiros dias de vida, para que a amamentação natural possa ser bem estabelecida ^{6,10,11}. Alguns autores relacionam a chupeta como a causa do desmame precoce do peito, enquanto vários estudos têm concluído que não há interferência se a mãe está motivada para amamentar, mas o uso intenso da chupeta pode ser um indicador de dificuldades na amamentação, para quem as ações de apoio profissional devem ser direcionadas ^{7,8,9}.

A prática de hábitos de sucção não nutritiva pode trazer problemas a longo prazo, o que leva alguns profissionais a recomendarem que a idade de 3 anos seja considerada a época limite para sua eliminação na vida da criança ^{2,5,12}. Trabalhos recentes demonstram que se os hábitos de sucção não nutritiva forem removidos até a idade de 2 anos existe a chance de auto-correção de possíveis desarmonias nas arcadas dentárias conseqüentes dos mesmos ^{13,14}.

Bruxismo

Bruxismo é uma parafunção relacionada à distribuição desarmonica de forças, levando ao atrito de contato das superfícies oclusais dos dentes, podendo ocorrer o ranger ou o apertamento dos dentes, em vigília ou durante o sono ^{15,16,17}. Sua etiologia é multifatorial, estando relacionada a alguns fatores neuropsicológicos (estresse emocional, traços de personalidade, injúrias cerebrais por traumatismo, alterações neurológicas)^{15,1}, a fatores morfológicos (maloclusões, forças musculares) ^{19,20} e a fatores culturais (acúmulo de tarefas desenvolvidas pela criança, estímulos luminosos e sonoros no quarto de dormir)^{21,22}. O hábito de bruxismo pode estar associado a algumas complicações: desgastes dentais, cefaléias, alterações temporomandibulares e dores nos músculos mastigatórios ^{17,23,24,25,26}. Evidências preliminares sugerem que o bruxismo na infância é uma condição auto-limitante que não progride para o bruxismo no adulto. Entretanto, traços de personalidade na criança podem persistir no indivíduo adulto, o que poderia favorecer a manutenção do hábito de bruxismo da infância à vida adulta ^{18,27}. O bruxômano tende a um perfil, associado a traços de personalidade relacionados à alta responsabilidade, ansiedade e dificuldade de lidar com a agressividade (neuroticismo) e estresse ^{18,28}. O uso de placas mio-relaxantes em crianças deve ser avaliado caso a caso, considerando que o profissional está lidando com um ser em crescimento e este tratamento poderia causar iatrogenias ²⁹. Acompanhamento psicológico é recomendado para o portador de bruxismo ¹⁸.

Interposição lingual

A interposição lingual, o desvio do padrão normal da deglutição e a respiração bucal podem estar associadas à presença de mordida aberta anterior, alterações na fala e protrusão dos incisivos superiores^{30,31,32}. O manejo destes hábitos consiste em terapias miofuncionais, aparelhos ortodônticos e por vezes intervenções cirúrgicas¹². A respiração bucal requer uma avaliação prévia da criança pelo pediatra, otorrinolaringologista ou alergologista e uma abordagem multiprofissional na sua reabilitação¹³.

Hábitos de auto-injúria

Hábitos de auto-injúria ou de auto-mutilação podem resultar em danos físicos, encontrados raramente em crianças normais³³. Entretanto, este comportamento pode estar associado a quadros de deficiência mental, desordens psiquiátricas, distúrbios de desenvolvimento e algumas síndromes^{33,34,35}. O tratamento para esta alteração inclui uso de medicamentos que atuam na modificação do comportamento e contenções físicas³⁵. Protetores bucais de borracha, aparelhos intrabucais, protetores labiais, monitoramento das lesões, odontoplastia e até mesmo extrações são algumas medidas adotadas por profissionais para proteger o paciente³⁶. Alguns hábitos como lamber ou descamar os lábios são costumes relativamente benignos quando relacionados aos efeitos que afetam a dentição³⁶. Hábitos severos de morder lábios e língua estão associados a profundas desordens neurológicas e graves alterações cerebrais^{33,36}.

A presença de hábitos bucais pode desencadear deformações dentoalveolares ou esqueléticas em alguns pacientes³⁷. Esta alteração está relacionada à frequência, duração, direção e intensidade do hábito, que deve ser avaliada pelo dentista^{12,32}. Dentre as mudanças dentoalveolares ocorridas por consequência de hábitos bucais, destaca-se: mordida aberta anterior e posterior, interferência no posicionamento normal dos dentes e na erupção dos mesmos, alterações no crescimento ósseo e mordidas cruzadas^{37,38,39}. O dentista deve conscientizar o paciente e sua família prestando informações sobre as consequências de um hábito^{5,12,40,41}. Pesquisas revelam que quando a família busca ajuda do dentista para tratar de crianças com hábitos bucais, ela já tentou outras estratégias de remoção de hábitos, incluindo punições e castigos⁴¹. Crianças que foram forçadas ou punidas para retirada de hábitos de sucção tendem a apresentar hábitos de morder (onicofagia, morder cabelo, objetos, roupas, lábios e bochechas)⁴¹. Para o tratamento de controle dos hábitos bucais propõe-se: aconselhamento do paciente e de seus pais, técnicas de modificação de comportamento, acompanhamento psicológico, terapia miofuncional e terapia com aparelhos¹².

Referências Bibliográficas

1. Marques LS, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Paiva SM. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian school children. *Am J Orthod and Dentof Orthopedics*. 2006; 129:424-427.
2. Serra-Negra JMC, Pordeus IA, Rocha Jr J. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. *Rev Odonto USP*. 1997; 11(2):79-86
3. Tonkin SL, Lui D, McIntosh CG, Rowley S, Knight DB, Gunn AJ. Effect of pacifier use on mandibular position in preterm infants. *Acta Paediatr*. 2007; 96(10):1433-1436.
4. Leite-Cavalcanti A, Medeiros-Bezerra PK, Moura C. Breast-feeding, bottle-feeding, sucking habits and malocclusion in Brazilian preschool children. *Rev Salud Publica*. 2007; 9(2): 194-204.
5. Serra-Negra JMC, Pordeus IA, Horta P, Okano S, Ferreira SCV. O uso de chupeta por crianças – relato de mães. *JBP*. 1999; 2(7):211-217.
6. Benevuto OOM, Thomson Z, Vannuchi MT, Matsuo T. Feeding patterns of Brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. *J Hum Lact*. 2007; 55(4):331-334.
7. Bunik M, Clark L, Zimmer LM, Jimenez LM, O'Connor ME, Cranc LA, Kempe A. Early infant feeding decisions in low-income Latinas. *Breastfeed Med*. 2006; 1(4):225-235.
8. Howard, CR , Howard FM, Lamphear B, DeBliek EA, Eberly S. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics*. 1999; 103 (3): 33.
9. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001; 286 (3):322-326.
10. Howard CR, Howard FM, Lamphear B, Eberly S, DeBliek EA. Randomized clinical trial of pacifier use and bottlefeeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*. 2003; 111(3):511-518.
11. Cinar DN. The advantages and disadvantages of pacifier use. *Contemp Nurse*. 2004; 17(1-2): 109-112
12. Ramos-Jorge ML, Silva MC, Serra-Negra JMC. Como eliminar os hábitos de sucção não nutritiva? *JBP*. 2000; 3(7):94-101
13. Gois EG. A influência dos hábitos de sucção não nutritiva, do padrão respiratório e do tamanho da adenóide no desenvolvimento das más oclusões na dentição decídua: estudo tipo caso-controle em pré-escolares de Juiz de Fora-MG. Belo Horizonte, MG. 2005. 170 p. Universidade Federal de Minas Gerais (Dissertação de Mestrado em Odontopediatria)

14. Ribeiro-Jr HC. A influência do aleitamento materno e dos hábitos de sucção não nutritiva no desenvolvimento das más oclusões na dentição decídua: estudo tipo caso-controle. Belo Horizonte-MG. 2005. 140 p. Universidade Federal de Minas Gerais (Dissertação de Mestrado em Odontopediatria)
15. Antonio AG, Pierrô VS, Maia LC. Bruxism in children: a warning sign for psychological problems. *J Can Dent Assoc.* 2006; 72(2):155-160.
16. Vanderas AP, Menenakou M, Papagiannolis L. Emotional stress and craniomandibular dysfunction in children. *Crânio.* 2001; 19(2):123-129.
17. Cheifetz AT, Osganian SK, Alfred EM, Needlerman HL. Prevalence of bruxism and associated correlates in children as reported by parents. *J Dent Child.* 2005; 72(2):67-73.
18. Serra-Negra JMC. Bruxismo em crianças: realidade interna e externa dos sujeitos. Belo Horizonte-MG. 2006. 61 p. Universidade Federal de Minas Gerais (Tese de Doutorado em Odontopediatria).
19. Christensen GJ. Treating bruxism and clenching. *J Am Dent Assoc.* 2000; 131:233-235.
20. Ruth H, Graham R, Crispam S. Dental damage sequelae and prevention. *BMJ.* 2001; 320(174):1717-1719.
21. Bruni O, Russo PM, Feri R, Novelli L, Galli F, Guidetti V. Relationships between headache and sleep in a non-clinical population of children and adolescents. *Sleep Med.* 2007; 5:5
22. Takemura T, Takahashi T, Fukuda M et al. A psychological study on patients with masticatory muscle disorder and sleep bruxism. *Cranio.* 2006; 24 (3): 191-196.
23. Camparis CM, Siqueira JTT. Sleep bruxism: clinical aspects and characteristics in patients with and without chronic orofacial pain. *Oral Surg Oral Méd Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006; 101(2):188-193.
24. Oksenberg A, Arons E. Sleep bruxism related to obstructive sleep apnea: the effect of continuous positive airway pressure. *Sleep Medicine.* 2002;3:513-515.
25. Lavigne GJ, Huynh N, Kato T, Okura K, Adachi K, Yao D, Sessle B. Genesis of sleep bruxism: motor and autonomic-cardiac interactions. *Arch Oral Biol.* 2007; 52(4):381-384.
26. Kato T. The sounds of sleep bruxism. *Sleep Medicine.* 2007;8(supl.1):S26.
27. Barbaranelli C, Carpara G, Rabasca A, Pastorelli C. A questionnaire for measuring the Big Five in late Childhood. *Personality and Individual Differences.* 2003; 34: 645-664.
28. Lucarelli MDM, Lipp ME. Validity of the child stress symptoms inventory–ISS-I. *Psicol. Reflex. Crit.*, 1999; 12(1):71-88.

29. Pergamalian A, Rudy TE, Zaki HS, Greco CM. The association between wear facets, bruxism and severity of facial pain in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent.* 2003;90(2):194-200.
30. Ovsenik M, Farcnik FM, Korpar M, Verdenik I. Follow-up study of functional and morphological malocclusion trait changes from 3 to 12 years of age. *Eur J Orthod.* 2007; 29(5):523-529
31. Vásquez-Nava F, Quezada-Castillo JÁ, Oviedo-Treviño S, et al. Association between allergic rhinitis, bottle-feeding, non-nutritive sucking habits and malocclusion in the primary dentition. *Arch Dis Child.* 2006; 9(10):836-840
32. Marques LS, Ramos-Jorge ML, Generoso R, Paiva SM. Crossbite associated with open bite in primary dentition: case report. *Gen Dent.* 2007;55(4):331-334
33. Yates TM. The developmental psychopathology of self-injurious behavior. *Clin Psychol Rev.* 2004; 24(1):35-74
34. Odlang BL, Grant JE. Childhood-onset pathologic skin picking clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry.* 2007; 48(4):388-393
35. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. Self-injurious behavior in a community of young women: relationship with childhood abuse and other types of self damaging behavior. *J Clin Psychiatry.* 2007; 68(1): 122-131
36. Millwood J, Kiske J. Lip biting in patients with profound neurodesability. *Dent Update* 2001; 28:105-108
37. Aznar T, Galan AF, Marin I, Domínguez A. Dental arch diameters and relationships to oral habits. *Angle Orthod.* 2006; 76(3):441-445
38. Cal-Neto JP, Quintão CC, deMenezes LM, Almeida MA. Severe anterior open-bite malocclusion. *Angle Orthod.* 2006; 76(4):728-733
39. Carrascoza KC, Possobon RF, Tomita LM, Moraes AB. Consequences of bottle-feeding to the oral facial development of initially breastfed children. *J Pediatr.* 2006; 82(5):395-397
40. Serra-Negra JMC, Vilela LC, Rosa AR, Andrade ELSP, Paiva SM, Pordeus IA. Hábitos bucais: os filhos imitam as mães na adoção destes hábitos? *Revista Odonto Ciência.* 2006; 21: 146-152
41. Tartaglia S, Sousa RG, Santos SR, Serra-Negra JMC. Hábitos orais deletérios: avaliação do comportamento de crianças e suas famílias. *JBP.* 2001;4(19):203-209