

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA

**PREVALÊNCIA DE HÁBITOS DE SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA E SUA
ASSOCIAÇÃO COM ALEITAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE MALOCLUSÃO
EM ESCOLAS PARTICULARES DE EDUCAÇÃO INFANTIL DE PORTO ALEGRE**

BRUNA JESINSKA SELBACH
CAROLINA DE CASTRO MACHADO

Porto Alegre
2010

BRUNA JESINSKA SELBACH
CAROLINA DE CASTRO MACHADO

**PREVALÊNCIA DE HÁBITOS DE SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA E SUA
ASSOCIAÇÃO COM ALEITAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE MALOCLUSÃO
EM ESCOLAS PARTICULARES DE EDUCAÇÃO INFANTIL DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado como requisito obrigatório para obtenção de grau de Cirurgião-Dentista pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Eduardo Silveira Ferreira

CO-ORIENTADOR: Prof. Paulo Cauhy Petry

Porto Alegre
2010

S464 Selbach, Bruna Jesinska

Prevalência de hábitos de sucção não-nutritiva e sua associação com aleitamento e desenvolvimento de maloclusão / Bruna Jesinska Selbach, Carolina de Castro Machado – 2010.

56 fls.

Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Faculdade de Odontologia / Curso de Odontologia, Porto Alegre, 2010.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Silveira Ferreira
Co-orientador: Prof. Paulo Cauhy Petry

1. Odontologia. 2. Aleitamento 3. Maloclusão. I.Machado, Carol de Castro. II. Ferreira, Eduardo Silveira. III. Petry, Paulo Cauhy. IV. Título.

BRUNA JESINSKA SELBACH
CAROLINA DE CASTRO MACHADO

**PREVALÊNCIA DE HÁBITOS DE SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA E SUA
ASSOCIAÇÃO COM ALEITAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE MALOCLUSÃO
EM ESCOLAS PARTICULARES DE EDUCAÇÃO INFANTIL DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão do curso, apresentado como requisito obrigatório para obtenção de grau de Cirurgião-Dentista pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, submetido à Banca Examinadora e considerado aprovado em 17 de dezembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA:

Orientador – Prof. Eduardo Silveira Ferreira

Membro da banca – Prof^ª. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Membro da banca – Prof^ª. Marcia Angelica Peter Maahs

AGRADECIMENTOS

Aos nossos pais – Maria Diana e Jacó Machado, Maria Romilda e Paulo Selbach – pelo amor dedicado, incentivo e suporte, nos ajudando a superar os obstáculos. Nossa eterna gratidão pelos valores ensinados ao longo da vida.

Às nossas irmãs, Gabriela Machado, Clarissa Selbach e Amanda Selbach, pela amizade e companheirismo que nos une, pela cumplicidade e respeito.

Às nossas avós, pelo carinho e paciência, compreendendo nossas ausências.

Aos que amamos, companheiros, amigos e familiares, pelo imenso afeto e apoio em mais essa etapa de nossas vidas.

Agradecemos ao professor Eduardo Silveira Ferreira, pelo apoio e condução desse trabalho e pelo exemplo profissional, contribuindo enormemente para nossa formação acadêmica.

Aos professores Paulo Cauhy Petry e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, pelos valiosos ensinamentos, indispensáveis para a construção dessa monografia.

Aos colegas e novos amigos, por compartilhar e tornar essa jornada mais especial.

Às escolas, alunos e seus responsáveis, pela disponibilidade e colaboração, fundamentais para o nosso trabalho.

RESUMO

Introdução: Durante o exuberante crescimento na infância, toda região orofacial é altamente adaptável a quaisquer fatores etiológicos inoportunos. O papel dos hábitos orais viciosos na etiologia das maloclusões tem sido bastante estudado. A sucção não-nutritiva vem sendo mais fortemente associada ao estabelecimento de maloclusões. Dentre as possíveis causas condicionadoras do aparecimento de hábitos bucais deletérios, o tipo de amamentação e o período de aleitamento materno vêm sendo enfatizados. **Objetivo:** avaliar crianças em escolas de educação infantil particulares da cidade de Porto Alegre e verificar a prevalência de hábitos de sucção não-nutritiva, relacionando a presença dos hábitos com tipo de aleitamento e desenvolvimento de maloclusões. **Metodologia:** estudo observacional, transversal e analítico; foi realizado em escolas particulares de educação infantil. Um exame clínico em 77 crianças registrou dados da oclusão, verificando a prevalência de maloclusão, e as informações referentes à forma de aleitamento e presença ou ausência do hábito de sucção foram obtidas por meio de um questionário preenchido pelo responsável. A análise estatística dos dados colhidos foi executada através do programa SPSS Brasil. **Resultados:** foi estabelecido que a presença de hábitos de sucção não-nutritiva em algum momento da infância é elevada; existe uma associação significativa da presença de hábitos e desenvolvimento de mordida aberta anterior e “overjet” acentuado. Há uma associação entre o maior período de aleitamento e a diminuição da ocorrência de hábitos de sucção, e a orientação prévia dos responsáveis sobre aleitamento e hábitos está associada ao aumento do período de aleitamento. **Conclusão:** A diminuição da prevalência de hábitos de sucção não-nutritiva está relacionada ao aleitamento materno prolongado, e contribui para a menor ocorrência de desvios da oclusão na dentição decídua completa.

Palavras-chave: Hábitos de sucção, maloclusão, aleitamento.

ABSTRACT

Introduction: Throughout the exuberant growth in childhood, all the orofacial region is extremely adaptable to any inopportune etiological factors. The role of oral habits in the etiology of malocclusion has been well studied. Non-nutritive suction has been highly associated to establishment of malocclusion. Among the possible conditioning causes of deleterious oral habits, the type of infant feeding and period of breast-feeding have been emphasized. **Objectives:** Evaluating children from particular infant education schools in the city of Porto Alegre, checking the prevalence of non-nutritive suction habits, relating the presence of such habits with the type of infant feeding and malocclusion development. **Methods:** observational, transversal and analytical study; it was realized in particular infant education schools. A clinical exam recorded data of occlusion, and information related to type of infant feeding and either presence or absence of suction habits was obtained through a questionnaire filled by caretakers. The statistical analysis was performed through SPSS Brasil program. **Results:** It was established that the presence of habits of non-nutritive sucking at some point in childhood is high; there is a significant correlation between the presence of habits and the development of anterior open bite and increased "overjet". There is also an association between prolongation of breast-feeding and lower incidence of sucking habits, and previous information of those caretakers on breast-feeding and habits is associated with increased breast-feeding. **Conclusion:** The decrease in prevalence of habits of non-nutritive sucking is related to prolonged breast-feeding and contributes to lower occurrence of malocclusion in deciduous teeth.

Keywords: suction oral habits, malocclusion, breast-feeding.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Duração do hábito de sucção.....	29
Gráfico 2 –	Frequência do hábito de sucção.....	29
Gráfico 3 –	Local de orientação aos responsáveis.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Hábitos de sucção.....	28
Tabela 2 – Aleitamento e orientação aos responsáveis previamente ao nascimento.....	30
Tabela 3 – Relação entre forma de aleitamento e hábitos de sucção.....	31
Tabela 4 – Relação entre forma de aleitamento e orientação prévia às mães.....	32
Tabela 5 – Relação entre orientação às mães e idade em que foi oferecida a chupeta.....	32
Tabela 6 – Características da oclusão.....	33
Tabela 7 – Relação entre hábitos de sucção e mordida aberta anterior.....	34
Tabela 8 – Relação entre hábitos de sucção e “overjet” acentuado.....	34
Tabela 9 – Relação entre hábitos de sucção e mordida cruzada posterior.....	34
Tabela 10 – Relação entre hábitos de sucção e degrau distal de molar decíduo..	34
Tabela 11 – Relação entre hábitos de sucção e Classe II de caninos decíduos....	35
Tabela 12 – Relação entre forma de aleitamento e maloclusão.....	35

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	OBJETIVO GERAL.....	12
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1	HÁBITOS DE SUÇÃO NÃO-NUTRITIVA.....	14
3.1.1	Sucção digital	15
3.1.2	Sucção de chupeta	16
3.2	AMAMENTAÇÃO.....	17
3.3	DESENVOLVIMENTO DE MALOCLUSÃO.....	21
4	MATERIAIS E MÉTODOS	22
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	22
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	22
4.3	POPULAÇÃO-ALVO.....	22
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	23
4.5	COLETA DE DADOS.....	23
4.6	CALIBRAÇÃO.....	24
4.7	PROJETO PILOTO.....	25
4.8	ANÁLISE E TABULAÇÃO DOS DADOS.....	26
4.9	PUBLICAÇÃO DOS DADOS.....	26
4.10	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	26
5	RESULTADOS	28
6	DISCUSSÃO	36
7	CONCLUSÃO	41
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE A	47
	APÊNDICE B	48
	APÊNDICE C	49
	APÊNDICE D	50
	APÊNDICE E	51
	ANEXO A	52
	ANEXO B	53
	ANEXO C	54

1 INTRODUÇÃO

O quadro epidemiológico de saúde bucal no Brasil apresenta níveis de precariedade que merecem atenção. As maloclusões são desvios morfológicos de natureza biofísica do aparelho mastigatório, devido à sua alta prevalência, são consideradas um problema de saúde pública (TOMITA; BIJELLA; FRANCO, 2000 ; GIMENEZ et al., 2008).

O profundo conhecimento da etiologia das maloclusões não deveria ser exclusivamente apanágio do ortodontista, porém também dos odontopediatras, do clínico geral e até mesmo do médico pediatra, que tem oportunidade de atuar na chamada idade pré-ortodôntica (MERCADANTE, 1999).

Particularmente durante o exuberante crescimento na infância, toda região orofacial é altamente adaptável a quaisquer fatores etiológicos inoportunos. O papel dos hábitos orais viciosos na etiologia das maloclusões tem sido bastante estudado. A sucção não-nutritiva vem sendo mais fortemente associada ao estabelecimento de maloclusões (MOYERS, 1991 ; SERRA-NEGRA; PORDEUS; ROCHA JR, 1997).

O comportamento de sucção tem sido reconhecido por muito tempo como um fator que influencia a oclusão e as características da arcada dentária; tal hábito pode transformar-se em hábito nocivo, de acordo com a frequência, intensidade e duração do movimento, pré-disposição individual, idade e, também, de acordo com as condições de nutrição e, conseqüentemente, de saúde do indivíduo (SOUZA; VALLE; PACHECO, 2006 ; GÓIS et al., 2008).

Os hábitos bucais parafuncionais podem alterar o desenvolvimento normal do sistema estomatognático, devido a um desequilíbrio entre as forças musculares externas e internas, produzindo uma deformação óssea. Como a interposição de objetos ou a sucção não-nutritiva exercem pressões e forças contínuas sobre as estruturas em formação, ocorre o estabelecimento de discrepâncias ou desvios. Com a maturidade óssea, esses desvios podem tomar dimensões alarmantes (LEITE-CAVALCANTI; BEZERRA; MOURA, 2007 ; GIMENEZ et al., 2008).

Dentre as possíveis causas condicionadoras do aparecimento de hábitos bucais deletérios, o tipo de amamentação e o período de aleitamento materno vêm sendo enfatizados (HOLANDA, 2006). Além dos benefícios nutricionais, imunológicos e emocionais, o aleitamento materno promove a saúde do sistema estomatognático; o bebê terá melhores condições de estimulação de seu sistema

sensório-motor-oral, pois a extração do leite exige força muscular, aumentando assim a tonicidade muscular, importante para estimular as funções da fala, respiração e deglutição e para desenvolver as estruturas faciais e orais. Além disso, o preenchimento das necessidades psicoafetivas pelo contato próximo através do aleitamento sobrepõe a busca por objetos comumente utilizados para a satisfação oral – a chupeta e o dedo (SERRA-NEGRA; PORDEUS; ROCHA, 1997 ; TRAWIZKI et al., 2005 ; HERINGER et al., 2005).

Considerando os aspectos mencionados, esse estudo é proposto frente à importância do estabelecimento de uma relação entre os hábitos, padrão de amamentação e desenvolvimento de maloclusões, a fim de problematizar os profissionais da área da saúde, assim como a comunidade, quanto à necessidade de uma postura preventiva que vise ações interceptativas durante a infância, controlando as condições em que se processam o desenvolvimento do sistema estomatognático.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a prevalência de hábitos de sucção não-nutritiva através de avaliação de crianças em escolas de educação infantil particulares da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Relacionar a presença de hábitos de sucção não-nutritiva com o tipo de aleitamento e o desenvolvimento de maloclusões.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As estruturas do complexo crânio-facial, em seu conjunto, desempenham funções importantes para o correto funcionamento do organismo humano. Desse modo, os componentes morfológicos (estruturas do complexo) e funcionais (funções que desempenham) constituem o sistema estomatognático (SULIANO et al., 2005). Dentre suas principais funções destacam-se a mastigação, a deglutição, a sucção, a fonação e a respiração (MOLINA, 1989).

Sabe-se que, além do desenvolvimento pré-estabelecido pelo código genético, a oclusão sofre influências extrínsecas que a redirecionam ou provocam alterações indesejáveis (GIMENEZ et al., 2008). A presença de qualquer desvio morfológico da normalidade caracteriza-se como uma má-oclusão (SULIANO et al., 2005).

O estudo das maloclusões e de sua etiologia é de fundamental importância para o cirurgião-dentista que, por meio do diagnóstico precoce e de medidas preventivas, consegue impedir e/ou interceptar problemas de difícil solução a longo prazo (GIMENEZ et al., 2008).

As maloclusões constituem o grupo da terceira maior prevalência dentre as patologias bucais, sendo inferior apenas à cárie e à doença periodontal (SULIANO et al., 2005), e sua etiologia é dividida em fatores intrínsecos e extrínsecos; dentre os fatores intrínsecos encontram-se os gerais e não-controláveis pelo profissional, como hereditariedade, deformidades congênitas, meio ambiente, entre outros. Em contrapartida, os extrínsecos estão relacionados a fatores locais e controláveis pelo cirurgião-dentista como, por exemplo, anomalias dentárias, perdas dentárias prematuras, anquiloses, retenção de dentes decíduos ou erupção tardia de permanentes, cáries e restaurações inadequadas (MERCADANTE, 2001).

A prevenção da maloclusão é elevada a uma alternativa potencial do tratamento, uma vez que as maloclusões mais comuns são condições funcionais adquiridas, atribuídas a dietas pastosas, problemas respiratórios e hábitos bucais deletérios (TOMITA; BIJELLA; FRANCO, 2000). Acredita-se que os hábitos deletérios podem interferir no crescimento e desenvolvimento dos ossos da face (AMARY et al., 2002).

Os hábitos orais são classificados como normais e deletérios. Definem-se como hábitos normais aqueles que contribuem para o estabelecimento de uma

oclusão normal e favorecem a liberação do potencial de crescimento facial em toda sua plenitude, sem desvios. Quando as funções orais constituem fatores etiológicos em potencial na deterioração da oclusão e na alteração do padrão normal de crescimento facial, elas são consideradas hábitos orais deletérios (AMARY et al., 2002).

Os hábitos bucais deletérios são atitudes repetidas com finalidade determinada. A realização do ato, inicialmente é consciente, até que se automatiza e torna-se inconsciente. Como efeitos, esses hábitos são capazes de provocar desequilíbrios na musculatura facial, podendo gerar maloclusões dentárias; contudo, o grau de deformidades na oclusão dependerá, dentre outros fatores, da duração, frequência e intensidade do hábito (MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008).

A respiração nasal, a mastigação e a deglutição são considerados hábitos fisiológicos e funcionais. Os principais hábitos que suscitam deformidades na oclusão são: onicofagia, bruxismo, respiração bucal, interposição lingual, morder objetos, morder lábios, além dos mais típicos hábitos deletérios de sucção de dedo, chupeta e mamadeira, sendo considerados não fisiológicos e, portanto, deletérios ou parafuncionais (SERRA NEGRA; PORDEUS; ROCHA, 1997 ; LEITE-CAVALCANTI; BEZERRA; MOURA, 2007).

A presença de hábitos orais deletérios pode comprometer o equilíbrio da neuromusculatura facial, o crescimento craniofacial e propiciar alterações oclusais dependendo do período, da intensidade e da frequência do hábito (TRAWIZKI et al., 2005).

3.1 HÁBITOS DE SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA

O hábito de sucção deletério contribui como fator etiológico em potencial na deterioração da oclusão e na alteração do padrão normal de crescimento (SOUZA; VALLE; PACHECO, 2006 ; FURTADO; FILHO, 2007). A severidade da alteração, além de depender da intensidade, frequência e duração do ato, depende da posição do objeto na boca, número de dedos sugados e chupetas envolvidas (AMARY et al., 2002 ; MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008).

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 (SOUZA; VALLE; PACHECO, 2006). Crianças muito jovens têm um instinto biológico de sucção, e sucção não-nutritiva frequentemente promove a elas (e a seus pais) conforto. A idade ideal para abandono do hábito deve ser em torno de 24 meses. Danos relativamente pequenos ocorrem se esses hábitos continuarem até 36 meses, então visitas ao consultório dentário devem promover orientações aos pais a fim de ajudar seus filhos a cessarem os hábitos aos 36 meses de idade ou antes desse momento. Entretanto, se os hábitos de sucção persistirem no período entre 36 a 48 meses de idade, assistência profissional na descontinuação do hábito deve ser assegurada para minimizar o risco do desenvolvimento de maloclusão (WARREN, 2001).

Quando o hábito é abandonado espontaneamente na dentadura decídua, existe uma forte tendência para a autocorreção de maloclusão (se ela existir); essa tendência cai abruptamente quando o mesmo ocorre na dentadura mista e principalmente permanente (AMARY et al., 2002).

A maloclusão resultante da sucção se localiza principalmente na região anterior do arco, de canino a canino. A alteração mais comum é a mordida aberta anterior circular, que nem sempre é simétrica dependendo da posição em que o dedo ou chupeta é mantido na boca (AMARY et al., 2002).

3.1.1 Sucção digital

Segundo Tanaka e colaboradores (2004), a época do aparecimento dos hábitos de sucção digital tem alguma significância, pois aqueles que aparecem durante as primeiras semanas de vida são, geralmente, relacionados com os problemas alimentares. Entretanto, algumas crianças não começam a sugar o dedo até que este seja usado como um artifício de dentição, durante a irrupção de um molar decíduo. Mais tarde, elas utilizam a sucção digital para a liberação de tensões emocionais, as quais não são capazes de vencer, consolando-se com o regresso a um padrão de comportamento infantil.

A maioria dos hábitos são superados até os 3 ou 4 anos de vida, mas existem, ainda, algumas crianças que permanecem com o hábito. A sucção do polegar que persiste após o tempo usual para o seu desaparecimento pode ser um sintoma de distúrbio emocional, e a sua abordagem terapêutica deve ser baseada

na etiologia (TANAKA et al., 2004).

De acordo com os achados de Bishara e colaboradores (2006), crianças com hábito de sucção digital têm mais dificuldade em interromper o hábito após os quatro anos de idade em comparação com crianças que usam chupeta, podendo ser útil a tentativa de substituir a sucção digital por chupeta o mais rápido possível.

Amary e colaboradores (2002), em seu estudo, consideraram o hábito de sucção digital como sendo o mais prejudicial para a oclusão quando analisado isoladamente, tendo encontrado presença de alterações oclusais em 83,33% de crianças com esse hábito.

Se o hábito de sucção digital persistir além da época do início da irrupção dos dentes permanentes, o resultado será uma maloclusão caracterizada por incisivos superiores afastados no sentido vertical e projetados; posicionamento lingual dos incisivos inferiores; mordida aberta anterior; arcada dentária superior e assoalho bucal mais estreitos e abóbada palatina profunda, em função do transtorno no sistema de força no complexo naso-maxilar, impossibilitando ao assoalho nasal estabelecer o crescimento vertical. Podem ainda se estabelecer: relação de Classe II de canino; relação molar de degrau distal; mordida cruzada posterior; incompetência labial; força da língua aumentada e defeitos na fala (TANAKA et al., 2004).

3.1.2 Sucção de chupeta

A chupeta é universalmente conhecida, sendo um objeto altamente utilizado, talvez pelo baixo custo e fácil acesso à população. Sua utilização é estimulada pelos pais, frente ao choro infantil, desde as idades mais tenras, tendo a conotação de que seu uso deva ser indicado com os objetivos de “pacificar” ou “confortar” a criança inquieta. Entretanto, seu uso tem sido contra-indicado, considerando-se os efeitos deletérios para a saúde oral das crianças, principalmente no que se refere aos problemas odontológicos e fonoaudiológicos como alterações oclusais e das funções de respiração, mastigação, deglutição e fala (TOMITA; BIJELLA; FRANCO, 2000 ; ARAÚJO; SILVA; COUTINHO, 2007).

O uso prolongado de chupeta pode alterar a postura de lábios e língua; prejudicar a tonicidade dos músculos dos lábios, língua e face, deixando-os flácidos; induzir movimentos incorretos da língua na deglutição; prejudicar as arcadas

dentárias; alterar a mastigação; provocar a respiração oral; prejudicar a emissão correta dos sons e favorecer o descontrole da saliva (LAMOUNIER, 2003 ; HERINGER, et al., 2005). Segundo Emmerich e colaboradores (2004), esse hábito tem ação prejudicial sobre o crescimento e desenvolvimento craniofacial porque interfere nas relações posturais e dinâmicas de seus componentes, inibindo circuitos morfogenéticos.

Sua utilização tem sido associada a fatores responsáveis pelo desmame precoce. Estudos referem que o uso reduz a frequência na amamentação, diminuindo a produção do leite materno, podendo ainda causar no lactente confusão de bicos (ARAUJO; SILVA; COUTINHO, 2007). As chupetas são geralmente usadas para acalmar o bebê e não fornecem alimentação. A estimulação do peito e a retirada do leite da mama podem ficar diminuídas (pela menor frequência de amamentação), causando a menor produção do leite, cuja consequência é levar ao desmame. Além disso, as chupetas, como os bicos, podem ser nocivas por transmitirem infecções, por reduzirem o tempo gasto sugando no peito e interferir na amamentação (LAMOUNIER, 2003).

Muito embora não haja comprovação, é bem possível que o argumento para o crescente hábito de sucção de chupeta esteja na correspondente produção pelo sistema nervoso central de neurotransmissores (endorfinas) ligados à sensação de prazer. A chupeta, um corpo estranho elástico, estando na boca, ativa a sucção, a salivação e a deglutição, saturando de informações aferentes o sistema funcional da alimentação. Se a causa do choro do bebê é a sede ou a fome, a chupeta consubstancia uma *fraude*, porque engana o organismo, produzindo saciedade sensorial sem proporcionar o respectivo aporte metabólico e competindo com o que seria ideal, a sucção e amamentação no seio materno (EMMERICH et al., 2004).

Diante desses fatos, é possível dizer que chupeta e mamadeira podem interferir negativamente na amamentação (ARAÚJO; SILVA; COUTINHO, 2007).

3.2 AMAMENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida para, só então, inserir a alimentação complementar. A alimentação complementar é definida como a introdução de outros

alimentos à dieta da criança, além do leite materno (ARAÚJO; SILVA; COUTINHO, 2007).

O aleitamento natural tem sido condição primordial para sobrevivência da população infantil de muitos países, sendo a maneira mais eficiente de atender as necessidades alimentares do bebê, visto que o leite materno é uma fonte significativa de energia e nutrientes, bem como de proteção contra infecções e doenças. Salienta-se ainda a importância da amamentação no preenchimento das necessidades afetivas do bebê, por meio do íntimo contato entre a mãe e a criança, logo após o nascimento. Em adição, proporciona o correto padrão respiratório e desenvolvimento do sistema estomatognático (MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008).

Estudos evidenciam que a amamentação favorece a respiração nasal pelo uso adequado da função de sucção, promovendo um adequado desenvolvimento craniofacial (por meio da ação muscular oral), assim como pelos componentes presentes no leite materno que, por sua vez, previnem infecções respiratórias (TRAWIZKI et al., 2005 ; ARAÚJO; SILVA; COUTINHO, 2007).

A evolução do sistema sensorio-motor-oral acontece desde o período embrionário, culminando com o surgimento das primeiras habilidades de deglutição e sucção; a evolução também se deve às experiências sensoriais adquiridas e/ou vivenciadas nos primeiros meses de vida. No aleitamento materno o bebê terá melhores condições de estimulação do seu sistema, pois a extração do leite exige força muscular, aumentando a tonicidade muscular, importante para estimular funções da fala, respiração e deglutição e para desenvolver as estruturas faciais e orais (HERINGER et al., 2005 ; ARAÚJO; SILVA; COUTINHO, 2007).

Existe recomendação de aleitamento materno até 6 meses de idade, pois uma vez que a criança é amamentada por um curto período ou não é amamentada, seu desenvolvimento morfo-funcional pode ficar prejudicado, tendo maior probabilidade de desenvolver deglutição atípica, distúrbios fonoarticulatórios, respiratórios, neurosensoriais e de conduta e, além disso, hábitos orais deletérios (HERINGER et al., 2005 ; TRAWIZKI et al., 2005 ; LEITE-CAVALCANTI; BEZERRA; MOURA, 2007).

A sucção é um reflexo inato que proporciona ao recém nascido a sobrevivência e estabelece vínculo afetivo com a mãe durante a amamentação (LEITE-CAVALCANTI; BEZERRA; MOURA, 2007). Com o desmame precoce, a criança não supre suas necessidades de sucção e acaba adquirindo hábitos de

sucção não-nutritiva, pois é minimizado o trabalho da musculatura perioral; com menor número de sucções e o êxtase emocional não atingido, a criança passa a buscar substitutos como o dedo e/ou a chupeta. Ocorre a tendência de sugar para exercitar a musculatura, pois sua fome vai ser saciada por meio de outros artifícios nutricionais, porém, sua necessidade de sucção não. Essa prática tem como consequência a instalação do hábito indesejável (HERINGER et al., 2005 ; TRAWIZKI et al., 2005 ; LEITE-CAVALCANTI; BEZERRA; MOURA, 2007 ; MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008 ; GIMENEZ et al., 2008 ; GÓIS et al., 2008).

A saciedade das necessidades psicoafetivas pelo contato próximo do aleitamento materno sobrepõe-se à busca de objetos comumente utilizados para satisfação oral (GIMENEZ et al., 2008). O uso de mamadeiras e chupetas na substituição do aleitamento materno não estimula devidamente a área sensório-motora do bebê, causando alteração no fechamento labial por hipotonia da musculatura perioral e postura atípica de língua (também por hipotonia da musculatura lingual) levando a uma alteração na deglutição normal e na formação da arcada dentária e do palato, com repercussão na oclusão e na articulação dos sons da fala (VIGIANO et al., 2004 ; HERINGER et al., 2005 ; ARAÚJO; SILVA; COUTINHO, 2007).

A chupeta, além de alterar o desenvolvimento orofacial, pode influenciar negativamente o aleitamento materno por causar um desinteresse na sucção do peito, confusão de bicos e, conseqüentemente, diminuição nas frequências das mamadas, ocasionando desmame precoce (COTRIM; VENANCIO; ESCUDER, 2002 ; LAMOUNIER, 2003 ; HERINGER et al., 2005).

As chupetas, com frequência, podem ser usadas como um mecanismo para diminuir e espaçar as mamadas, particularmente por mães com dificuldade de amamentar e com falta de autoconfiança. Mães que se sentem confiantes em relação à amamentação parecem ser menos afetadas pelo uso da chupeta. Os estudos também sugerem que as chupetas podem interferir na fisiologia da lactação, mas o seu uso pode ser um marcador do desejo de interromper mais cedo o aleitamento materno em vez da causa da descontinuidade. Nestes casos, as mães poderiam precisar de mais apoio e aconselhamento para ajudá-las a continuar a amamentação (LAMOUNIER, 2003).

O uso de mamadeira exerce influência no sistema sensório-motor oral, pela produção de um trabalho muscular menor, sendo por vezes até antifisiológico.

A mamadeira faz com que haja uma diminuição da ação mandibular, provocando uma sucção com movimentos de aspirar com a língua, lábios e bochechas, e isso pode levar a língua a pressionar o bico da mamadeira contra o palato, gerando conseqüentemente um palato ogival (COTRIM; VENANCIO; ESCUDER, 2002).

O efeito positivo da amamentação natural no desenvolvimento da oclusão constitui uma observação interessante. A musculatura crânio-facial e o desenvolvimento esquelético são influenciados diferentemente se a criança é amamentada de forma artificial ou exclusivamente natural. O mecanismo de sucção é diferente nas duas maneiras. A amamentação natural ordenha o leite, colocando ambos mamilo e auréola dentro da boca; o movimento dos lábios e da língua contribuem mais comprimindo do que sugando. Os lábios comprimem a auréola onde os canais lactíferos da mãe estão localizados, e a língua pressiona o mamilo contra o palato usando movimento do tipo peristáltico. Na amamentação artificial, a criança usa a língua com movimento do tipo pistão em função de comprimir o mamilo artificial contra o palato. Nesse caso, há uma atividade de sucção mais poderosa dos lábios e bochechas. Secundariamente, há um diferente impacto desta atividade no palato. A maior consistência do mamilo artificial comparado ao natural causa uma força para cima de maior intensidade, na qual a língua acrescenta um impulso com o movimento do tipo pistão visando extrair o leite (VIGGIANO et al., 2004).

No Brasil, somente após 1980, várias estratégias de incentivo ao aleitamento materno foram propostas, o que desencadeou campanhas objetivando aumentar a prevalência da prática da amamentação. Apesar disso, o desmame continua sendo razão de preocupação para a saúde coletiva. Após anos de campanhas acerca das vantagens do aleitamento natural e projetos desenvolvidos para a promoção, proteção e apoio à nutriz e ao lactente, ainda é relevante a prevalência do desmame precoce no país (ARAUJO; SILVA; COUTINHO, 2007).

Portanto, é necessário mais esclarecimento às mães e à população em geral, bem como aos profissionais da saúde sobre os efeitos prejudiciais desses hábitos sobre a amamentação e a saúde da criança. As mães precisam receber informações sobre as possíveis conseqüências a partir da introdução do hábito de oferecer bicos e chupetas às crianças, porém levando-se em consideração que essa introdução às vezes pode estar camuflando ansiedade e insegurança da mãe frente ao processo alimentar da criança (LAMOUNIER, 2003 ; FURTADO; FILHO, 2007).

3.3 DESENVOLVIMENTO DA MALOCLUSÃO

Sabe-se que o desenvolvimento do complexo crânio-facial resulta da interação entre genética e fatores ambientais. É claro que a amamentação natural ou artificial envolve diferentes músculos oro-faciais, possivelmente guiando a diferentes efeitos no crescimento harmônico da maxila e das arcadas (VIGGIANO et al., 2004).

O tratamento das maloclusões e das desarmonias oclusais deveria ser considerado dentro da área de atenção de serviços de saúde pública, em decorrência das implicações fisiológicas integradas da boca (EMMERICH et al., 2004).

Identificar fatores associados com maloclusão em crianças em idade pré-escolar pode auxiliar tanto a direcionar intervenções como no aconselhamento sobre hábitos de sucção não-nutritivos prolongados e respiração oral. Uma recomendação é que crianças visitem o dentista durante os dois primeiros anos de vida, de modo que os pais possam agir antes que os hábitos se prolonguem e afetem adversamente a oclusão das crianças (GÓIS et al., 2008).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Constituiu-se de estudo observacional, transversal e analítico.

Classifica-se desse modo pelas seguintes características: os dados foram colhidos em um determinado momento sem acompanhamento da amostra (FRAZÃO, 2003); a descrição da população foi complementada pelo estudo de associações entre variáveis e, além disso, não foi introduzido nenhum fator de exposição artificialmente, havendo apenas sistematização dos dados passíveis de aferição através da observação (PERES; ANTUNES, 2006).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em escolas particulares de educação infantil – Escola de Educação Infantil Giordano Bruno, Escola de Educação Infantil Garoto Sapeca, Centro educacional Balão Azul, Creche Sapequinha, Escola de Educação Infantil Curumim, Escola de Educação Infantil Aquarela – no ano de 2010. A amostra foi intencional e as instituições foram selecionadas com base nas suas localizações, sendo situadas em bairros próximos à Faculdade de Odontologia, e mediante a aceitação por parte das escolas de participarem do estudo; foram utilizadas apenas escolas particulares a fim de se estabelecer um padrão da população-alvo. A maior parte das crianças permanece nas escolas em turno integral.

4.3 POPULAÇÃO-ALVO

A população do trabalho foram crianças com dentição decídua completa, frequentadoras das escolas.

A amostra inicial foi composta de alunos das escolas citadas acima, totalizando 225 crianças. Durante a execução do estudo foram excluídos 148 alunos,

pois não obtiveram consentimento dos responsáveis; sendo assim, 77 indivíduos participaram da pesquisa.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram considerados critérios de inclusão a presença de dentição decídua completa e o consentimento dos responsáveis. Os critérios de exclusão compreenderam presença de dentes permanentes, lesões de cárie ou restaurações inadequadas (comprometendo o perímetro do arco) e assimetrias faciais significativas. Além disso, os pacientes não poderiam ter feito tratamento prévio para correção da maloclusão ou estar usando algum aparelho ortodôntico.

Frente à identificação de lesões de cárie ou restaurações inadequadas e assimetrias significativas, os pesquisadores levaram a condição ao conhecimento dos responsáveis pelos alunos acometidos através de uma notificação escrita, que pode ser visualizada no Apêndice E, orientando-os à busca por tratamento odontológico. O diagnóstico de maloclusões significativas (“overjet” maior que quatro milímetros, sobremordida maior que quatro milímetros, mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior) foi notificado através do mesmo documento.

4.5 COLETA DE DADOS

Um exame clínico foi utilizado para registrar os dados relacionados à oclusão dos pacientes; o instrumento utilizado para esse registro foi uma ficha clínica baseada nos critérios preconizados por Vellini-Ferreira (2001), Martins, Cotrim-Ferreira (2001) e Vellini-Ferreira, Mercadante (2001), podendo ser observado no Apêndice A.

O exame extra-bucal analisou características da face e de relação dos lábios em repouso (selamento labial) e o intra-bucal avaliou as variações nos sentidos ântero-posterior (“overjet” acentuado – maior do que um milímetro –, mordida cruzada anterior, relação terminal dos segundos molares decíduos e relação de caninos decíduos), transversal (relação maxilo-mandibular, sendo consideradas atrésicas as maxilas com mordida cruzada posterior uni ou bilateral,

ântero-posterior ou total) e vertical (sobremordida – “overbite” maior do que um milímetro – e mordida aberta anterior).

Os dados foram coletados por dois pesquisadores; em um primeiro momento foi realizado o exame clínico por um deles enquanto o outro registrava os achados na ficha clínica. Esse ato realizou-se sob iluminação de lanterna, com o paciente sentado em uma cadeira da sala de aula tendo a sua frente o examinador, que afastou os tecidos moles com palitos de madeira, a fim de obter visão adequada para o exame. Utilizou-se Equipamento de Proteção Individual (EPI) por parte do examinador, além de gaze para promover a secagem da região a ser observada.

As informações referentes à forma de aleitamento e à presença ou ausência do hábito de sucção foram obtidas por meio de um questionário estruturado com questões fechadas preenchido pelo responsável; o tipo de aleitamento foi definido como aleitamento artificial desde o nascimento, natural misto antes dos três meses, natural exclusivo até três meses e natural exclusivo até seis meses e, além disso, havia um questionamento sobre a existência ou não de alguma orientação das mães quanto à amamentação. Quanto aos hábitos, havia perguntas a cerca da presença e ausência dos mesmos, o tipo (sendo considerada sucção de chupeta, de lábio e digital, de forma combinada ou isolada), o período em que teve início, a duração, a intensidade e a frequência do hábito. O questionário (Apêndice B) foi elaborado pelos pesquisadores com base em artigos analisados durante a revisão de literatura (SERRA-NEGRA; PORDEUS; ROCHA JR, 1997 ; SOUZA; VALLE; PACHECO).

A coleta de dados foi realizada entre setembro e novembro de 2010, compreendendo um período de dois meses e quinze dias.

4.6 CALIBRAÇÃO

Os dados foram coletados por dois pesquisadores devidamente treinados por um professor do Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para a calibração, ocorreram duas avaliações com um mesmo grupo de pacientes; a calibração intraexaminador se baseou na observação inicial de sete crianças de uma das escolas feita por cada um dos examinadores de forma separada. No mesmo dia,

cada examinador reexaminou as mesmas sete crianças, a fim de comprovar-se a eficiência da avaliação.

Com relação à calibração interexaminadores, no mesmo dia em que foram analisadas as sete crianças por cada examinador, houve uma troca, de modo que os dois examinadores pudessem observar as mesmas crianças.

Esse procedimento é realizado com o objetivo de assegurar que cada pesquisador possa examinar dentro de um padrão consistente e minimizar variações entre os examinadores. O percentual de concordância e o valor kappa devem estar dentro do considerado aceitável.

O valor da estatística kappa informa a proporção de concordâncias além da esperada pelo acaso, e varia de “menos 1” a “mais 1”, ou seja, completo desacordo a concordância perfeita. Valores de kappa considerados indicativos de boa concordância situam-se entre 0,61 a 0,80, e os valores superiores a 0,80 são indicativos de ótima concordância (PERES ; PERES, 2006).

Os valores Kappa calculados para esse estudo foram de 0,86 (86%) para concordância interexaminador e 1 (100%) para intraexaminador, para ambos os pesquisadores.

4.7 PROJETO PILOTO

O projeto piloto foi executado com crianças de uma das escolas onde se realizou o estudo. Os dados do exame clínico foram obtidos por dois pesquisadores, de forma que um foi responsável pelo exame propriamente dito e o outro pela anotação dos dados coletados. As crianças foram acomodadas em cadeiras da sala de aula, sob incidência de luz de lanterna. O examinador era o responsável pelo exame propriamente dito em frente à criança. O número de crianças avaliadas representou 10% da amostra total, isto é, 22 crianças.

Após a coleta dos dados, foram analisados os resultados com a finalidade de prever possíveis erros na execução desse estudo e promover uma melhoria no tempo e na forma como seriam coletados os dados, com objetivo de aprimorar o presente projeto de pesquisa, facilitando sua execução. A partir do projeto piloto, constatou-se que o questionário era de fácil compreensão para os responsáveis, sem dificuldades no preenchimento e a ficha clínica estava corretamente elaborada,

possibilitando a obtenção dos dados desejados. A execução ocorreu de forma tranquila, com a colaboração dos educadores e das crianças examinadas.

4.8 ANÁLISE E TABULAÇÃO DOS DADOS

A análise estatística dos dados foi executada através do programa SPSS Brasil. Foram calculadas as taxas de frequência e realizado o cruzamento das variáveis (hábitos de sucção, tipo de aleitamento, maloclusões, orientação prévia sobre amamentação e hábitos de sucção). O teste estatístico qui-quadrado foi utilizado, considerando o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

4.9 PUBLICAÇÃO DOS DADOS

Após apresentação do relatório final do estudo, será redigido um artigo com o objetivo de publicação dos achados em um periódico da área de Ortodontia e Ortopedia Facial.

4.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A coleta das informações foi realizada somente após a assinatura da autorização para a realização do estudo nos locais pela direção das escolas de educação infantil, visualizada no apêndice C, e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável, mediante avaliação e aprovação do documento pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul posteriormente à aprovação pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), obedecendo às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). As folhas de rosto para pesquisas em seres humanos preconizadas pelo Ministério da Saúde foram assinadas pelos responsáveis das escolas de educação infantil previamente ao envio do projeto ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

5 RESULTADOS

O estudo foi desenvolvido com 77 crianças, sendo 41 (53,2%) do sexo masculino e 36 (46,8%) do feminino. As idades variaram entre 2 a 5 anos.

As informações referentes aos hábitos de sucção estão demonstradas na Tabela 1 e nos Gráficos 1 e 2. A presença de hábitos de sucção ocorreu em 31,2% das crianças; 37,7% já apresentaram algum hábito, porém havia cessado e, 31,2% nunca apresentaram hábitos de sucção. O tipo de hábito mais prevalente foi o da chupeta (74,1%), seguido do digital (13,2%) e de lábio (3,7%).

A maior parte das crianças iniciou o hábito desde o nascimento (43,4%); antes dos três meses foram 15%, antes dos seis meses foram 17%, após os 6 meses foram 11,3% e 9,4% iniciaram com mais de um ano de idade.

Tabela 1 – Distribuição da população estudada segundo hábitos de sucção.

	n	%
- presença de hábitos de sucção		
*sim	24	31,2
*não	24	31,2
*tinha, mas parou	29	37,7
*total	77	100
- tipo de hábito		
*digital	7	13,2
*lábio	2	3,7
*chupeta	40	74,1
*não informou	6	11,3
*total	53	100
- início do hábito		
*desde o nascimento	23	43,4
*antes dos 3 meses	8	15
*antes dos 6 meses	9	17
*após os 6 meses	6	11,3
*mais de um ano	5	9,4
*não informou	2	3,8
*total	53	100

Em relação à duração do hábito, 83% mantiveram o hábito por mais de um ano, enquanto apenas 3,8% o mantiveram de seis meses a um ano, 1,9% de três a seis meses e 9,4% de zero a três meses.

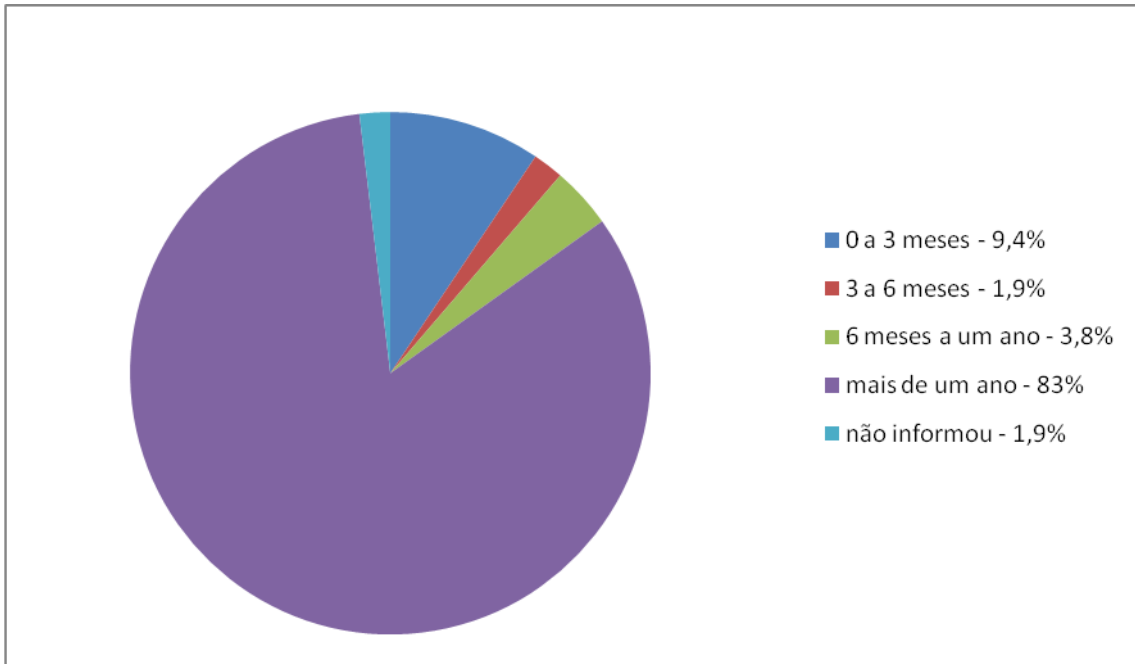


Gráfico 1 – Distribuição da população estudada segundo duração dos hábitos de sucção.

A realização do hábito de sucção para dormir foi de 79,2%, de 43,4% às vezes para acalmar e 3,2% relataram uso constante durante o dia.

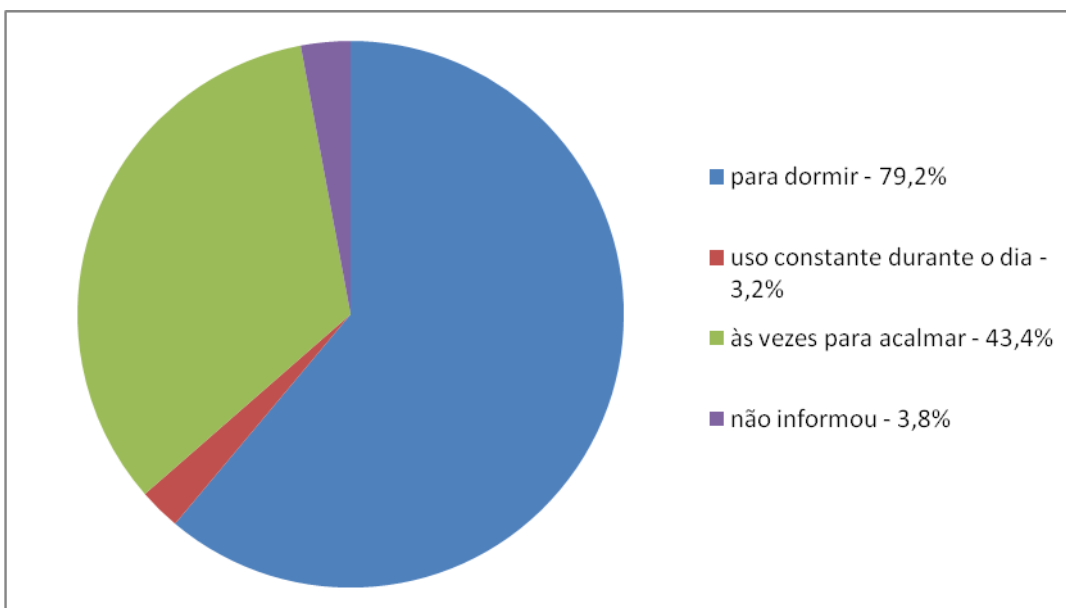


Gráfico 2 – Distribuição da população estudada segundo frequência dos hábitos de sucção.

Os dados coletados sobre o aleitamento estão contidos na Tabela 2. O aleitamento exclusivo até seis meses foi observado em 46,8% dos casos; 16,9% tiveram aleitamento natural exclusivo até três meses, 26% misto antes dos três meses e 9,1% artificial desde o nascimento.

Quando questionados em relação à orientação sobre amamentação e hábitos de sucção previamente ao nascimento das crianças, 83,1% dos responsáveis afirmaram ter recebido orientação, enquanto 16,9% negaram. Dentre as orientações recebidas, 57,8% se referiam à amamentação e aos hábitos de sucção e 42,2% somente amamentação; não foi observada no presente estudo orientação apenas sobre hábitos de sucção.

Tabela 2 – Distribuição da população estudada segundo orientação aos responsáveis previamente ao nascimento sobre amamentação e hábitos de sucção.

	n	%
- forma de aleitamento		
*artificial desde o nascimento	7	9,1
*misto antes dos três meses	20	26
*natural exclusivo até três meses	13	16,9
*natural exclusivo até seis meses	36	46,8
*não informou	1	1,3
*total	77	100
- responsável recebeu orientação prévia		
*sim	64	83,1
*não	13	16,9
*total	77	100
- tipo de orientação		
*amamentação	27	42,2
*hábitos de sucção	0	0
*ambos	37	57,8
*total	64	100

O Gráfico 3 expõe os locais em que os responsáveis receberam orientação; 57,8% foram orientadas no hospital maternidade, 9,3% no posto de saúde e 32,8% em consultório médico e 29,6% através de outras fontes (livros, revistas, cursos, internet, consultório odontológico, curso de graduação, familiares e amigos).

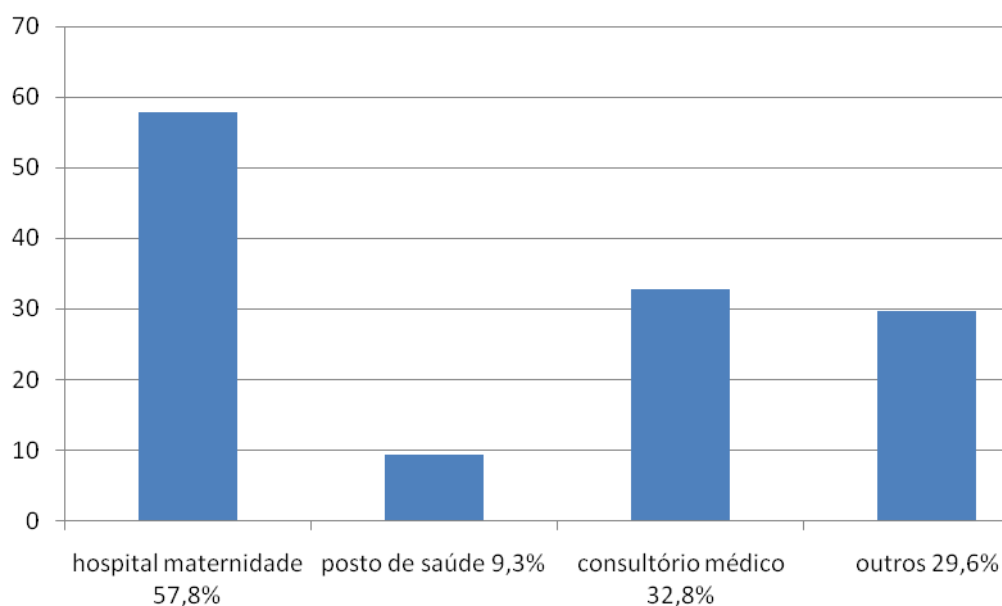


Gráfico 3 – Distribuição da população estudada segundo local de orientação aos responsáveis.

Foi constatada uma relação estatisticamente significativa entre a forma de aleitamento e a presença de hábitos de sucção, havendo uma diminuição da presença de hábito quando houve um maior período de aleitamento materno, conforme observado na Tabela 3.

Tabela 3 – Relação entre forma de aleitamento e hábitos de sucção.

Aleitamento	com hábitos de sucção		sem hábitos de sucção		p valor
	n	%	n	%	
*artificial desde o nascimento	3	42,9	4	57,1	p<0,05
*natural misto antes 3 meses	12	60	8	40	
*natural exclusivo até 3 meses	2	15,4	11	84,6	
*natural exclusivo até 6 meses	6	16,7	30	83,3	
*não informou	1	100	0	0	

Houve uma relação estatisticamente significativa entre orientação prévia às mães e prolongamento do tempo de aleitamento materno (Tabela 4), porém a presença de orientação não apresentou relação estatisticamente significativa com a oferta mais tardia da chupeta às crianças (Tabela 5).

Tabela 4 – Relação entre forma de aleitamento e orientação prévia aos responsáveis sobre amamentação e hábitos de sucção.

Aleitamento	com orientação		sem orientação		p valor
	n	%	n	%	
*artificial desde o nascimento	2	28,5	5	71,5	p<0,01
*natural misto antes 3 meses	16	80	4	20	
*natural exclusivo até 3 meses	11	84,6	2	15,4	
*natural exclusivo até 6 meses	35	97,2	1	2,8	
*não informou	0	0	1	100	

Tabela 5 – Relação entre orientação aos responsáveis sobre amamentação e hábitos de sucção e idade em que foi oferecida a chupeta.

Idade	com orientação		sem orientação		p valor
	n	%	n	%	
*ao nascer e primeiro mês	33	84,6	6	15,4	n.s.
*até o 6º mês	15	75	5	25	
*após 6º mês	2	66,7	1	33,3	
*não informou	0	0	1	100	

A Tabela 6 refere-se às características da oclusão; a presença de maloclusão foi observada em 90,9% das crianças. O tipo de maloclusão mais prevalente foi “overjet” acentuado (72,7%), seguido de sobremordida (58,4%); a mordida aberta anterior esteve presente em 20,8% dos casos e a mordida cruzada posterior em 14,3%.

Quanto ao plano terminal dos molares decíduos, 80,5% apresentou degrau mesial, 16,9% plano reto e 2,6% degrau distal. Os caninos decíduos tiveram relação de Classe I em 61% dos casos, 36,4% Classe II e 2,3% Classe III.

A forma do arco mais comum foi a semicircular para ambos superior (81,8%) e inferior (90%); 14,3% das arcadas superiores eram atrésicas e 7,8% das inferiores eram elípticas.

Tabela 6- Distribuição da população estudada segundo características da oclusão.

Características da oclusão	n	%
- presença de maloclusão:		
*sim	70	90,9
*não	7	9,1
*total	77	100
- relação ântero-posterior:		
<u>plano terminal dos molares decíduos</u>		
*reto	13	16,9
*degrau mesial	62	80,5
*degrau distal	2	2,6
<u>relação dos caninos decíduos</u>		
*classe I	47	61
*classell	28	36,4
*classelll	2	2,6
<u>“overjet” acentuado</u>	56	72,7
<u>MC anterior</u>	1	1,3
*total	77	100
- relação transversal:		
*normal	66	85,7
*MCP unilateral	4	5,2
*MCP bilateral	1	1,3
*MC total	0	0
*MC ântero-posterior	6	7,8
*total	77	100
- forma do arco superior		
*semicircular	63	81,8
*elíptica	3	3,9
*atrésica	11	14,3
*total	77	100
- forma do arco inferior		
*semicircular	70	90,0
*elíptica	6	7,8
*atrésica	1	1,3
*total	77	100
-relação vertical		
*normal	15	19,5
*sobremordida	45	58,4
*mordida aberta anterior	16	20,8
*mordida aberta posterior	1	1,3
*total	77	100

Ao relacionar a presença de hábitos de sucção com diferentes tipos de maloclusão, observou-se uma relação estatisticamente significativa com maior ocorrência de mordida aberta anterior e “overjet” acentuado igual ou maior do que

quatro milímetros (observado nas Tabelas 7 e 8). Entretanto, essa associação não foi estatisticamente significativa, com maior ocorrência de mordida cruzada posterior, degrau distal de molares decíduos e de Classe II de caninos decíduos (Tabelas 9, 10 e 11).

Tabela 7 – Relação entre hábitos de sucção e mordida aberta anterior.

MA anterior	com hábitos de sucção		sem hábitos de sucção		p valor
	n	%	n	%	
*sim (n=16)	15	93,7	1	6,3	p<0,01
*não (n=61)	9	14,7	52	85,2	

Tabela 8 – Relação entre hábitos de sucção e “overjet” acentuado.

Hábitos de sucção	“overjet” < 4mm		“overjet” ≥ 4mm		p valor
	n	%	n	%	
*sim (n=24)	12	50	12	50	p< 0,05
*não (n= 53)	44	83	9	17	

Tabela 9 – Relação entre hábitos de sucção e mordida cruzada posterior.

MC posterior	com hábitos de sucção		sem hábitos de sucção		p valor
	n	%	n	%	
*sim(n=11)	5	45,	6	54,5	p>0,05
*não(n=66)	19	28,7	47	71,3	

Tabela 10 – Relação entre hábitos de sucção e degrau distal de molar decíduo.

Relação terminal	com hábitos de sucção		sem hábitos de sucção		p valor
	n	%	n	%	
*degrau distal	2	100	0	0	p>0,05
*normal(retro e d. mesial)	22	29,3	53	70,7	

Tabela 11 – Relação entre hábitos de sucção e Classe II de caninos decíduos.

Relação de canino	com hábitos de sucção		sem hábitos de sucção		p valor
	n	%	n	%	
* Classe I e III	12	33,3	27	66,7	p>0,05
* Classe II	12	42,8	16	57,2	

A relação entre a forma de aleitamento materno prolongado com menor ocorrência de maloclusão não foi estabelecida (Tabela 12).

Tabela 12 – Relação entre forma de aleitamento e maloclusão.

Aleitamento	com maloclusão		sem maloclusão		p valor
	n	%	n	%	
*artificial desde o nascimento	5	71,4	2	28,6	p>0,05
*natural misto antes 3 meses	19	95	1	5	
*natural exclusivo até 3 meses	13	100	0	0	
*natural exclusivo até 6 meses	32	88,8	4	11,2	
*não informou	1	100	0	0	

6 DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi constituída de 77 alunos de escolas particulares de educação infantil da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

A prevalência de hábitos de sucção não-nutritiva foi de 31,2%; além disso, constatou-se que 68,9% das crianças já tiveram atividade de sucção ao longo da infância. Esse achado se assemelha ao encontrado em Furtado e Filho (2007), que relatam 69,8% de hábitos; Leite-Cavalcanti, Bezerra e Moura (2007) descreveram 73,4% de prevalência de hábitos de sucção e Serra-Negra, Pordeus e Rocha Jr. (1997) encontraram 75% de hábitos deletérios na população estudada.

No presente estudo, o tipo de hábito predominante foi a chupeta com 74,1%, concordando com evidências relatadas na literatura (SERRA-NEGRA; PORDEUS; ROCHA JR, 1997 ; COTRIM; VENANCIO; ESCUDER, 2002 ; SOUZA; VALLE; PACHECO, 2006 ; LEITE-CAVALCANTI; BEZERRA; MOURA, 2007).

Os hábitos de sucção iniciaram desde o nascimento em 43,4% dos casos, se assemelhando a Souza, Valle e Pacheco (2006), que relatam 49% de hábitos ao nascimento, e Cotrim, Venancio e Escuder (2002), que apresentam uma grande prevalência do uso de chupeta nos primeiros meses de vida. Um elevado percentual de crianças (83%) apresentou hábito de sucção por mais de um ano, enquanto apenas 11,3% permaneceram com o hábito até os seis meses e 3,8% de seis meses a um ano. Oliveira, Souza e Chiappetta (2006) encontraram em sua amostra 50% de indivíduos que utilizaram chupeta por mais de três anos, 34,6% de um a três anos e 15,4% por menos de um ano.

Quanto à frequência do hábito, foi verificado que 79,2% das crianças realizavam a sucção para dormir e 43,4% às vezes para acalmar; esse achado pode ser explicado pela ampla difusão do uso da chupeta nas diversas sociedades, assumindo a função de acalmar ou confortar a criança por meio da sucção não-nutritiva. Na literatura, as razões que levam a nutriz a oferecer chupetas ainda não são conclusivas. Existem dúvidas se a chupeta é introduzida por uma “norma” cultural, se é apresentada à criança após dificuldades no aleitamento materno, ou quando falta confiança na capacidade de amamentar de forma exclusiva (ARAÚJO; SILVA; COUTINHO, 2007). Além disso, à medida que a deficiência no aleitamento natural não supre as necessidades neurais de sucção, ocorre a introdução da sucção não-nutritiva para atingir o êxtase emocional, se tornando parte do

desenvolvimento psicológico da criança (HERINGER et al., 2005 ; TRAWIZKI et al., 2005 ; LEITE-CAVALCANTI; BEZERRA; MOURA, 2007 ; MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008 ; GIMENEZ et al., 2008 ; GÓIS et al., 2008).

A forma de aleitamento natural exclusivo até seis meses esteve presente em 46,8% dos casos, sendo predominante na população estudada. Quando questionados em relação à orientação referente à amamentação e hábitos de sucção, 83,1% dos responsáveis afirmaram tê-la recebido previamente ao nascimento das crianças. No presente estudo, foi estabelecida uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de aleitamento e a presença de orientação, tendo os responsáveis orientados ofertado aleitamento natural por um período mais longo do que os não orientados. Esse achado está de acordo com Souza, Valle e Pacheco (2006). Venâncio, Escuder e Pereira (2003) afirmaram que programas de promoção do aleitamento em maternidades têm demonstrado que o tempo de amamentação aumenta expressivamente com essa iniciativa.

No entanto, a relação entre a idade tardia de oferta da chupeta com a presença de orientação prévia não foi estabelecida no presente estudo; os responsáveis orientados não ofertaram a chupeta mais tardiamente às crianças. Todavia, Souza, Valle e Pacheco (2006) apresentaram resultados diferentes, relacionando o início tardio do hábito de chupeta com a orientação das mães.

Nessa pesquisa 84,3% dos responsáveis que receberam orientação ofereceram a chupeta ao nascer e no primeiro mês de vida; um elevado percentual (42,2%) dos responsáveis recebeu orientação exclusivamente sobre amamentação, enquanto nenhum reportou aconselhamento sobre hábitos de sucção somente.

Esse achado sugere que as orientações recebidas foram deficientes em relação a hábitos de sucção. Os locais de orientação mais prevalentes foram o hospital maternidade (57,8%) e consultório médico (32,8%); os autores acreditam que esse dado demonstra que a escassez de informações sobre hábitos de sucção possa advir desses ambientes. Frente a essas considerações, deve-se ressaltar a importância da orientação sobre os hábitos deletérios durante a infância aos responsáveis; a utilização da chupeta deve ser racional, consistindo em verificação da sua real necessidade. É essencial esclarecer que o uso de forma incorreta e por tempo prolongado de chupetas (mesmo as ortodônticas) pode provocar distúrbios no sistema estomatognático (CIAMPONI; RODRIGUES; ZARDETTO, 2009).

Foi estabelecida uma relação estatisticamente significativa entre um

maior período de aleitamento natural com a frequência de hábitos de sucção não-nutritiva, corroborando com os achados de Serra-Negra, Pordeus e Rocha Jr. (1997), Leite-Cavalcanti, Bezerra e Moura (2007) e Furtado e Filho (2007). Esse achado sugere que seria fundamental o incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

A prevalência de maloclusão das crianças examinadas foi de 90,9%; outros trabalhos encontraram altos percentuais de maloclusão nas populações estudadas. Mendes, Valença e Lima (2008) encontraram 92,6% de anormalidades na oclusão. Suliano e colaboradores (2005) relataram 77,3% de presença de maloclusão e Suliano e colaboradores (2007) descreveram tal problema em 82,1% dos casos estudados.

O tipo de maloclusão mais prevalente foi o “overjet” acentuado, presente em 72,7% das crianças, seguido da sobremordida (58,4%), mordida aberta anterior (20,8%) e mordida cruzada posterior (14,3%). Esses achados se assemelham aos do estudo de Emmerich e colaboradores (2004) e Mendes, Valença e Lima (2008); Pereira e colaboradores (2003) também relatam o “overjet” acentuado como o tipo mais frequente em seu estudo – em 47,1% das crianças.

Analisando a relação terminal de segundos molares decíduos, foi verificado que 80,5% dos casos eram em degrau mesial, enquanto o plano reto e degrau distal se apresentaram em 16,9% e 2,6% dos casos, respectivamente. Esses dados concordam com Ferreira e colaboradores (2001) e Souza, Valle e Pacheco (2006). Entretanto, há dados controversos na literatura, afirmando que cerca de 76% dos casos apresentam plano terminal reto, 14% degrau mesial e 10% degrau distal (CIAMPONI; SUGA; NASSIF, 2009).

Quanto à relação ântero-posterior dos caninos decíduos, constatou-se que a Classe I é predominante – 61% – seguido de Classe II (36,4%) e Classe III (2,6%), corroborando achados existentes na literatura (SOUZA; VALLE; PACHECO, 2006 ; GÓIS, et al., 2008 ; SADAKYIO, et al., 2004).

A forma do arco mais prevalente foi a semicircular para ambos superior (81,8%) e inferior (90%), estando de acordo com Vellini-Ferreira (2008).

Diversos estudos estabelecem uma associação estatisticamente significativa entre o desenvolvimento de maloclusões e a presença de hábitos de sucção (SERRA-NEGRA; PORDEUS; ROCHA JR, 1997 ; TOMITA; BIJELLA; FRANCO, 2000 ; WARREN, 2001 ; AMARY et al., 2002 ; PEREIRA et al., 2003 ;

EMMERICH et al., 2004 ; VIGIANO et al., 2004 ; BISHARA et al., 2006 ; SOUZA; VALLE; PACHECO, 2006 ; FURTADO; FILHO, 2007 ; LEITE-CAVALCANTI; BEZERRA; MOURA, 2007 ; GIMENEZ et al., 2008 ; GÓIS et al., 2008 ; MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008). A atual pesquisa constatou que a presença de hábitos apresenta relações estatisticamente significativas com mordida aberta anterior e “overjet” acentuado igual ou maior que quatro milímetros; porém, essa associação não foi mostrada com o desenvolvimento de mordida cruzada posterior, degrau distal de molares decíduos e Classe II de caninos decíduos. Bishara e colaboradores (2006) relatam que crianças com presença de hábitos de sucção com duração prolongada (maior que 48 meses) tiveram desenvolvimento significativamente maior de mordida aberta anterior, “overjet” excessivo e mordida cruzada posterior, mas tiveram a mesma incidência de Classe II de canino que as crianças que tiveram hábitos por pouco tempo.

Para Serra-Negra, Pordeus e Rocha Jr. (1997) e Furtado e Filho (2007), a mordida cruzada posterior, a mordida aberta e a sobressaliência mostraram-se também mais presentes em crianças com hábito de sucção.

Souza, Valle e Pacheco (2006) relatam que na presença de hábitos deletérios há um deslocamento do canino superior para uma posição mais mesial; todavia, esse deslocamento é visto em menor quantidade para os molares. Além disso, possuir tais hábitos representa quatro vezes mais chance de ter atresia maxilar, onze vezes mais chance de mordida aberta anterior e doze vezes mais chance de não ter selamento labial.

No presente estudo, não houve associação significativa entre maior tempo de aleitamento e menor desenvolvimento de maloclusões. Porém, existem evidências controversas sobre o assunto; Furtado e Filho (2007) relataram que a duração do aleitamento materno influenciou a presença de maloclusão, sendo que as crianças que foram amamentadas por um período de seis meses ou mais apresentaram menos desvios oclusais. Todavia, os achados de Pereira et al. (2003) mostram que a frequência de maloclusão não diminuiu significativamente com o aumento do período de amamentação, se assemelhando aos do atual estudo.

Frente a este resultado encontrado, os pesquisadores acreditam que não há associação direta entre o período de aleitamento e a maior frequência de maloclusões; porém, o menor período de aleitamento promoveria o desenvolvimento

de hábitos de sucção e estes hábitos seriam responsáveis pelo surgimento de desvios oclusais na dentição decídua completa.

A ficha clínica utilizada permitiu coletar informações além das discutidas nesse trabalho; os autores consideraram que tais dados não correspondiam aos objetivos da pesquisa; porém, esses ficarão armazenados, podendo ser utilizados como banco de dados para futuros estudos.

A amostra inicial era de 225 alunos. Entretanto, um grande número foi excluído, totalizando 77 participantes; isso poderia refletir a deficiência de colaboração dos responsáveis (havendo grande dificuldade com o retorno dos consentimentos assinados e questionários preenchidos), assim como uma falha na formação do vínculo entre os pesquisadores e as escolas/responsáveis, prejudicando a participação dos mesmos. Os autores sugerem que próximos estudos sejam executados nessa linha de pesquisa, sendo realizados com uma amostra de maior número, expressando melhor o perfil da população estudada.

7 CONCLUSÃO

A prevalência de hábitos de sucção não-nutritiva ocorridos em algum momento da infância da população estudada é elevada, existindo em 68,9% dos casos.

A frequência de maloclusão encontrada foi de 90,9% e o desvio mais prevalente foi o “overjet” acentuado, presente em 72,7% dos indivíduos, seguido de sobremordida, mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior. A presença de hábitos de sucção foi associada ao desenvolvimento de desvios da oclusão – mordida aberta anterior e “overjet” acentuado igual ou maior a quatro milímetros.

O tipo de aleitamento mais frequente das mães das crianças examinadas foi o natural exclusivo até os seis meses (46,8%); o prolongamento do período de amamentação está relacionado à menor ocorrência de hábitos de sucção.

REFERÊNCIAS

AMARY, I. C. M. et al. Hábitos deletérios: alterações de oclusão. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.4, p.123-126, 2002.

ARAÚJO, C. M. T.; SILVA, G. A. T.; COUTINHO, S. B. Aleitamento materno e uso de chupeta: repercussões na alimentação e no desenvolvimento do sistema sensório motor oral. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.25, n.1, p.59-65, 2007.

BISHARA, S. E. et al. Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, Iowa, v.130, n.1, p.31-36, 2006.

CIAMPONI, A. L.; SUGA, S. S.; NASSIF, A. C. Desenvolvimento das dentaduras decíduas, mista e permanente: características clínicas. In: GUEDES-PINTO, A. C.; BÖNECKER, M.; RODRIGUES, C. R. M. D. **Fundamentos de odontologia: odontopediatria**. São Paulo: Editora Santos, 2009. p.1-30.

CIAMPONI, A. L.; RODRIGUES C. R. M. D. ; ZARDETTO, C. G. Hábitos Parafuncionais. In: GUEDES-PINTO, A. C.; BÖNECKER, M.; RODRIGUES, C. R. M. D. **Fundamentos de odontologia: odontopediatria**. São Paulo: Editora Santos, 2009. p.357-379.

COTRIM, L. C.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Uso de chupeta e amamentação em crianças Menores de quatro meses no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.2, n.3, p.245-252, set./dez., 2002.

EMMERICH, A. et al. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaríngeas e mal-oclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.689-687, mai./jun., 2004.

FRAZÃO, F. Epidemiologia em saúde bucal. In: PEREIRA et al. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.64-82.

FERREIRA, R. I. et al. Prevalência de características da oclusão normal na dentição decídua. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.15, n.1, p.23-28, jan./mar. 2001.

FURTADO, A. N. M.; FILHO, M. V. A influência do período de aleitamento materno na instalação dos hábitos de sucção não nutritivos e na ocorrência de maloclusão na dentição decídua. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.55, n.4, p.335-341, out./dez., 2007.

GIMENEZ, C. M. M. et al. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v.13, n.2, p.70-83, mar./abr., 2008.

GÓIS, E. G. O. et al. Influence of nonnutritive habits, breathing pattern and adenoid size on the development of malocclusion. **The Angle Orthodontist**, Minas Gerais, v.78, n.4, p.647- 654, 2008.

HERINGER, M. R. C. et al. A influência da amamentação natural no desenvolvimento dos hábitos orais. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.7, n.3, p.307-310, jul./set., 2005.

HOLANDA, A. L. F.. Influência da amamentação natural e artificial no desenvolvimento de hábitos bucais e maloclusões: revisão sistemática. **Ortodontia Gaúcha**, Porto Alegre, v.10, n.2, p.129-135, jul./dez., 2006.

LAMOUNIER, J. A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Minas Gerais, v.79, n.4, p.284-286, 2003.

LEITE- CAVALCANTI, A.; BEZERRA, P. K. M.; MOURA, C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares Brasileiros. **Revista de Salud Pública**, Paraíba, v.9, n.2, p.194-204, jun., 2007.

MARTINS, A. S.; COTRIM-FERREIRA, F. A. Classificação das más oclusões. In: VELLINI-FERREIRA, F. **Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico**. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

MENDES, A. C. R.; VALENÇA, A. M. G.; LIMA C. C. M. Associação entre aleitamento, hábitos de sucção não-nutritivos e maloclusões em crianças de 3 a 5 anos. **Ciência Odontológica Brasileira**, Paraíba, v.11, n.1, p.67-75, jan./mar., 2008.

MERCADANTE, M. M. Etiologia das más oclusões dentais. In: VELLINI-FERREIRA, F. **Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.

MERCADANTE, M. M. Etiologia das más oclusões dentais. In: VELLINI-FERREIRA, F. **Ortodontia**: diagnóstico e planejamento clínico. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**. Brasília, Brasil, 1996.

MOLINA, O. F. Aparelho estomatognático. In: MOLINA, O. F. **Fisiopatologia craniomandibular**. São Paulo: Ed. Pancost, 1989. p.19- 64.

MOYERS, R. E. Etiologia da maloclusão. In: MOYERS, R. E. **Ortodontia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p.127-140.

OLIVEIRA, A. B.; SOUZA, F. P.; CHIAPPETTA, A. L. M. L. Relação entre hábitos de sucção não-nutritiva, tipo de aleitamento e má oclusões em crianças com dentição decídua. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.8, n.3, p.352-359, jul./set., 2006.

PEREIRA, L. T. et al. Avaliação da associação do período de amamentação e hábitos bucais com a instalação de más oclusões. **Revista gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.51, n.4, p.203-209, out., 2003.

PERES, M. A.; ANTUNES, J. L. F. O método epidemiológico de investigação e sua contribuição para a saúde bucal. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Fundamentos de Odontologia**: epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.3-18.

PERES, M. A.; PERES, K. G.. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: um guia para os serviços de saúde. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Fundamentos de Odontologia**: epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.19-31.

SADAKYIO, C. A. et al. Prevalência de má oclusão em pré-escolares de Piracicaba – SP. **Ciência Odontológica Brasileira**, São Paulo, v.7, n.2, p.92-99, abr./jun., 2004.

SERRA-NEGRA, J. M. C.; PORDEUS, I. A.; ROCHA JR, J. F. Estudo da Associação Entre Aleitamento, Hábitos Bucais e Maloclusões. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.11, n.2, p.79-86, abr./jun., 1997.

SOUZA, D. F. R. K.; VALLE, M. A. S.; PACHECO, M. C. T. Relação clínica entre

hábitos de sucção, má oclusão, aleitamento e grau de informação prévia das mães. **Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v.11, n.6, p.81-90, nov./dez., 2006.

SULIANO, A. A. et al. Prevalência de más oclusões e alterações funcionais entre escolares assistidos pelo Programa Saúde da Família em Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. **Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v.10, n.6, p.103-110, nov./dez., 2005.

SULIANO, A. A. et al. Prevalência de maloclusão e sua associação com alterações funcionais do sistema estomatognático entre escolares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1913-1923, ago., 2007.

TANAKA, O. et al. A maloclusão e o hábito de sucção de diferentes dedos. **Jornal Brasileiro de Ortodontia & Ortopedia Facial**, v.9, p.276-283, 2004.

TOMITA, N. E.; BIJELLA, V. T.; FRANCO, L. J. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, p.299-303, jun., 2000.

TRAWIZKI, L. V. V. et al. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.71, n.6, p.747-751, nov./dez., 2005.

VELLINI-FERREIRA, F.; MERCADANTE, M. M. N. Ficha clínica. In: VELLINI-FERREIRA, F. **Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico**. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

VELLINI-FERREIRA, F. Oclusão e equilíbrio dos dentes. In: VELLINI-FERREIRA, F. **Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico**. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

VELLINI-FERREIRA, F. Oclusão e equilíbrio dos dentes. In: VELLINI-FERREIRA, F. **Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico**. 7. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.3, p.319-325, 2003.

VIGIANO, D. et al. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects

on occlusion in deciduous dentition. **Archives of Diseases in Childhood**, Itália, v.89, p.1121-1123, 2004.

WARREN, J. J. Effects of oral habit's duration on dental characteristics in the primary dentition. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v.132, p.1685-1693, dez., 2001.

APÊNDICE A - Ficha clínica

- Instruções para preenchimento da ficha clínica:
 - a) Nas questões número 2 e 14, pode-se marcar mais de uma alternativa
 - b) Para as demais questões, deve-se marcar somente uma alternativa

Nome:

Endereço:

Telefone:

Idade: _____ano(s) _____ mês(es)

Gênero: F() M()

Nome do responsável:

1. Face: () simétrica () assimétrica
2. Equilíbrio dos terços da face:
 - () 1/3 inf. Aumentado () 1/3 inf diminuído () 1/3 médio aumentado
 - () 1/3 médio diminuído () 1/3 sup. Aumentado () 1/3 sup. diminuído
 - () Equilíbrio normal dos terços da face
3. Selamento labial: () sim () não
4. Perfil do 1/3 inferior da face: () côncavo () convexo () reto
5. Respiração: () nasal () oronasal
6. Forma do arco superior: () semielíptica () quadrada
() semicircular () atrésica
7. Forma do arco inferior: () semielíptica () quadrada
() semicircular () atrésica
8. Relação terminal dos molares decíduos:
 - () reto () degrau mesial () degrau distal
9. Relação entre os caninos decíduos: () I () II () III
10. "Overjet": _____ mm
12. "Overbite": _____ mm
11. Oclusão: () normal () maloclusão
12. Tipo de maloclusão:
 - () mordida cruzada anterior () mordida aberta anterior
 - () mordida cruzada posterior unilateral () mordida aberta posterior unilateral
 - () mordida cruzada posterior bilateral () mordida aberta posterior bilateral
 - () mordida cruzada Antero-posterior () "overjet" acentuado
 - () mordida cruzada total () sobremordida

APÊNDICE B – Questionário

- Instruções para preenchimento o questionário:
 - a) Na questão número 4 e 9 pode-se marcar mais de uma alternativa
 - b) Para as demais questões, deve-se marcar somente uma alternativa

Nome da criança:

Nome do responsável:

<p>1. Grau de instrução do responsável:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto</td> <td><input type="checkbox"/> Ensino médio completo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto</td> <td><input type="checkbox"/> Ensino superior completo</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo					
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo					
<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo					
<p>2. Tipo de amamentação que a criança recebeu:</p> <p><input type="checkbox"/> Aleitamento artificial desde o nascimento (leite não proveniente da mãe)</p> <p><input type="checkbox"/> Aleitamento natural misto antes dos três meses (leite materno+mamadeira)</p> <p><input type="checkbox"/> Aleitamento natural exclusivo até três meses (somente leite materno)</p> <p><input type="checkbox"/> Aleitamento natural exclusivo até seis meses (somente leite materno)</p>						
<p>3. A criança tem hábitos de sucção? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> tinha, mas parou. Há quanto tempo? _____</p>						
<p>4. Tipo de hábitos de sucção: <input type="checkbox"/> sucção digital (chupar dedo)</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> sucção de lábio (chupar lábio)</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> sucção de chupeta (chupar chupeta)</p>						
<p>5. Foi oferecida a chupeta à criança? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>						
<p>6. Idade em que a chupeta foi oferecida?</p> <p><input type="checkbox"/> ao nascer e 1º mês <input type="checkbox"/> até o 3º mês <input type="checkbox"/> até o 6º mês</p>						
<p>7. Início do hábito: <input type="checkbox"/> desde o nascimento <input type="checkbox"/> antes dos três meses</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> antes dos seis meses <input type="checkbox"/> após os seis meses</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> após um ano <input type="checkbox"/> outro _____</p>						
<p>8. Duração do hábito: <input type="checkbox"/> 0- 3 meses <input type="checkbox"/> 3- 6 meses</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> mais de um ano</p>						
<p>9. Frequência do hábito: <input type="checkbox"/> para dormir</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> uso constante durante o dia</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> às vezes para acalmar</p>						
<p>10. Intensidade do hábito: <input type="checkbox"/> sucção forte <input type="checkbox"/> mordiscadas</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> sucção leve <input type="checkbox"/> posicionado na boca em repouso</p>						
<p>11. Você recebeu orientação sobre amamentação e hábitos de sucção antes do nascimento de seu filho? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>						
<p>12. Qual tipo de orientação? <input type="checkbox"/> amamentação <input type="checkbox"/> hábitos de sucção</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ambos</p>						
<p>13. Local onde foi orientada? <input type="checkbox"/> hospital maternidade <input type="checkbox"/> posto de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> outro _____</p>						

APÊNDICE C – Carta de consentimento



Consentimos a realização da pesquisa “Prevalência de hábitos de sucção não-nutritiva e sua associação com aleitamento e desenvolvimento de maloclusão” pelas estudantes Bruna Jesinska Selbach e Carolina de Castro Machado - acadêmicas do 9º semestre da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - com alunos do(a)_____

_____ localizado(a) na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2010.

Assinatura e carimbo da direção da escola

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, residente no endereço _____, de documento de identidade nº _____, nascido(a) em ____/____/_____, responsável por _____, grau de parentesco _____ concordo de livre e espontânea vontade em permitir que o menor participe de uma pesquisa realizada por alunos de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, objetivando observar a presença de dentes mal posicionados e relacionar com o tipo de amamentação e hábitos de sucção (chupar dedo, chupeta ou lábio).

Será feito um exame clínico em crianças com dentição decídua e um questionário com seus responsáveis. Os pesquisadores asseguram a privacidade dos sujeitos quanto a dados confidenciais presentes na pesquisa. Entretanto, as informações obtidas poderão ser publicadas com finalidade científica, sem divulgação dos nomes das pessoas envolvidas. Os resultados serão utilizados a fim de fornecer um maior conhecimento aos cirurgiões dentistas, em relação à influência da amamentação e sucção na má posição dentária.

Ao assinar este documento, o paciente consente em participar, estando ciente dos termos e tendo liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. A autorização dos responsáveis será necessária para a participação de indivíduos menores de idade.

Esse estudo está vinculado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cujo contato se dá pelo telefone (51) 3308-3629.

Declaro ter lido e compreendido integralmente as informações acima antes de assinar este documento, não restando dúvidas quanto ao conteúdo do mesmo, estando ciente e concordando com os presentes termos.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2010.

(assinatura paciente / responsável)

(assinatura do pesquisador responsável)

Eduardo Silveira Ferreira
contato: 51-3308 5201)

Este documento será impresso em duas cópias, sendo uma de propriedade do participante da pesquisa, e outra de propriedade dos pesquisadores responsáveis.

APÊNDICE E – Notificação dos resultados dos exames clínicos

Prevalência de lesões de cárie ou restaurações inadequadas, maloclusões e assimetrias significativas e necessidades de tratamento odontológico em alunos de Escolas de Educação Infantil no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010.

O aluno _____ foi examinado clinicamente e apresenta as necessidades de tratamento odontológico a seguir: _____

_____, sendo recomendada a procura pelo atendimento odontológico.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do examinador

Eduardo Silveira Ferreira
Assinatura do pesquisador responsável
Contato: (51) 3308 - 5201

ANEXO A

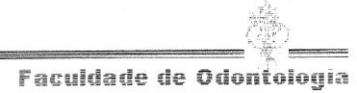
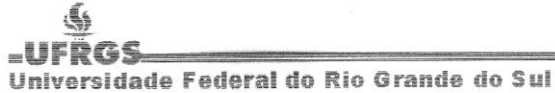


MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99)

1. Projeto de Pesquisa:				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)		3. Código:		4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4)
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):		7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Umitermos: (3 opções)				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro : Total:		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica ()		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome:				
12. Identidade:		13. CPF.:		19. Endereço (Rua, n.º):
14. Nacionalidade:		15. Profissão:		20. CEP:
16. Maior Titulação:		17. Cargo		21. Cidade:
18. Instituição a que pertence:		23. Fone:		22. U.F.
18. Instituição a que pertence:		24. Fax		25. Email:
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura _____</p>				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome:		29. Endereço (Rua, nº):		
27. Unidade/Orgão:		30. CEP:		31. Cidade:
28. Participação Estrangeira: Sim () Não ()		33. Fone:		32. U.F.
28. Participação Estrangeira: Sim () Não ()		34. Fax:		35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não () Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução</p> <p>Nome: _____ Cargo: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura _____</p>				
PATROCINADOR Não se aplica ()				
36. Nome:		39. Endereço		
37. Responsável:		40. CEP:		41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:		42. UF
38. Cargo/Função:		44. Fax:		
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP				
45. Data de Entrada: ____/____/____		46. Registro no CEP:		47. Conclusão: Aprovado () Data: ____/____/____
45. Data de Entrada: ____/____/____		46. Registro no CEP:		48. Não Aprovado () Data: ____/____/____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____ Data: ____/____/____				
Encaminhamento a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: ____/____/____		53. Coordenador/Nome _____ Assinatura		Anexar o parecer substanciado
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP				
54. Nº Expediente :		56. Data Recebimento :		57. Registro na CONEP:
55. Processo :				
58. Observações:				

ANEXO B – Documento de aprovação do projeto pelo Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ)



PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA

Parecer aprovado em reunião do dia 9 de julho de 2010 ATA 06/10.

A Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, após análise aprovou por estar adequado e metodologicamente de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o seguinte Projeto:

PROJETO: Nº 19.020 - PREVALÊNCIA DE HÁBITOS DE SUÇÃO NÃO NUTRITIVA E SUA ASSOCIAÇÃO COM ALEITAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE MALOCCLUSÃO.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. EDUARDO SILVEIRA FERREIRA

OUTROS PESQUISADORES: Paulo Cauhy Petry, Bruna Jesinska Selbach e Carolina de Castro Machado.

Porto Alegre, 14 de julho de 2010.

Prof. Alex Nogueira Haas
Coordenador Substituto
da COMPESQ/ODO

Prof. Dr. Alex Nogueira Haas
Coordenador Substituto da
Comissão de Pesquisa

ANEXO C – Documento de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 19020

Título: Prevalência de hábitos de sucção não nutritiva e sua associação com aleitamento e desenvolvimento de maloclusão.

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

EDUARDO SILVEIRA FERREIRA - coordenador desde 15/08/2010

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 28/10/2010 - Sala de Reuniões do Gabinete do Reitor (Ex Salão Vermelho) - Prédio Reitoria, 6º andar, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quinta-Feira, 28 de Outubro de 2010



JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética