

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO HÁBITO DE SUCCÃO EM
ESCOLARES NA FAIXA ETÁRIA DE 5 A 11 ANOS DE
IDADE DA ZONA URBANA DE FLORIANÓPOLIS, SANTA
CATARINA.

LÊDA MARIA JOSÉ MONGUILHOTT

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA, COMO PAR-
TE DOS REQUISITOS PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIAS (PÓS-GRA
DUAÇÃO EM ODONTOLOGIA-OPÇÃO, ODONTO-
PEDIATRIA).

U. F. S. C.

FLORIANÓPOLIS - 1 9 8 6

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO HÁBITO DE SUCCÃO
EM ESCOLARES NA FAIXA ETÁRIA DE 5 A 11 ANOS
DE IDADE DA ZONA URBANA DE FLORIANÓPOLIS,
SANTA CATARINA.

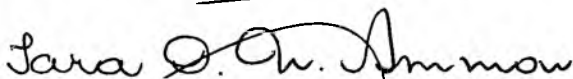
DISSERTAÇÃO APRESENTADA POR:

LÊDA MARIA JOSÉ MONGUILHOTT

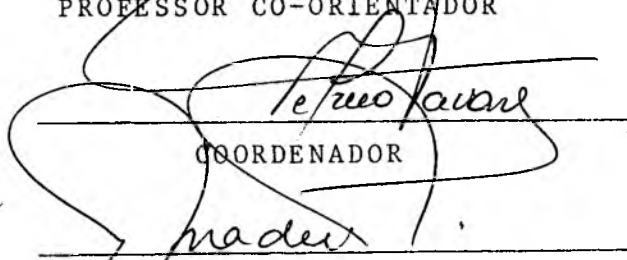
Esta dissertação foi julgada e aprovada em sua
forma final pelo Orientador e Membros da Banca Examinado
ra, composta dos Professores:



PROFESSOR ORIENTADOR



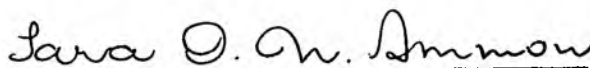
PROFESSOR CO-ORIENTADOR



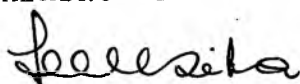
COORDENADOR



MEMBRO DA BANCA



MEMBRO DA BANCA



MEMBRO DA BANCA

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO HÁBITO DE SUCÇÃO
EM ESCOLARES NA FAIXA ETÁRIA DE 5 A 11
ANOS DE IDADE DA ZONA URBANA DE FLORIANÓPOLIS,
SANTA CATARINA.

DADOS CURRICULARES

16/10/1959 NASCIMENTO
FLORIANÓPOLIS - SC

1978-1981 Curso de Graduação em Odontologia pela
Universidade Federal de Santa Catarina.

1982-1983 Curso de Pós-Graduação em Odontologia -
Opção Odontopediatria, pela Universida-
de Federal de Santa Catarina.

1986 Atualmente freqüentando Curso de Atuali-
zação ao nível de Ortodontia Preventiva
e Interceptiva pela Sociedade de Promo-
ção Social do Fissurado Lábio Palatal em
Bauru, São Paulo (PROFIS).

"É muito melhor ousar grandes empreendimentos, para obter triunfos gloriosos, ainda que com falhas, do que alinhar-se aos pobres de espírito que não se alegram e nem sofrem muito, porque vivem em um crepúsculo que não conhece vitória ou derrota".

THEODORE ROOSEVELT

A G R A D E C I M E N T O S

À minha querida filha ANA LUIZA.

Espero que um dia possas reconhecer o motivo pelo qual, em alguns momentos, deixamos de estar juntas. Jamais te esqueças no entanto, que farei de tudo para que possas ser feliz, crescendo tanto em equilíbrio físico, moral como emocional.

Ao RICARDO, meu esposo.

Pela paciência, por ter abdicado em alguns momentos de nossa convivência e pelo seu amor e compreensão presentes em todos os momentos,

meu profundo reconhecimento.

Aos meus pais, WALTER e HELOISA,

que compreenderam meus anseios e aspirações, ensinando-me a viver com dignidade,

meu eterno agradecimento.

À Professora e amiga IARA ODILA NOCETTI AMMON, pela orientação segura e dedicada, pela paciência e carinho dispensados para que este trabalho pudesse ser concretizado,

meu sincero agradecimento.

Ao Professor TELMO TAVARES, pelo apoio constante, auxiliando a conduzir com seriedade e eficiência este trabalho,

minha admiração.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Bibliotecária e amiga **MAGDA CAMARGO LANGE RAMOS**, pelo exaustivo trabalho de correção e orientação das referências bibliográficas, bem como por seu apoio e estímulo que nunca faltaram.

À Professora **HELENITA CALDEIRA DA SILVA**, pela amizade demonstrada e auxílio na confecção deste estudo.

Ao Professor **ADEMAR AMÉRICO MADEIRA**, pelo seu estímulo e carinho sempre prestados.

Ao Professor **OMAR GABRIEL DA SILVA FILHO**, pela contribuição valiosa e atenção dispensadas.

Ao Professor **SÉRGIO FERNANDO MAYERLE** por sua solicitude e especial auxílio na execução da análise estatística.

Aos meus sogros **LIGIA** e **MILTON** como exemplo de dedicação às crianças.

À **ROSÉLIA ANTONIA GOUVEA**, minha secretária, pela amizade e ajuda incansável durante todo o tempo.

À todas as crianças sem as quais não seria possível a realização deste estudo.

OUTROS AGRADECIMENTOS

Ao Professor **ROGÉRIO HENRIQUE HILDEBRAND DA SILVA**

Ao Professor **ARNO LOCKS**

Ao Professor **PAULO RENATO CORRÊA GLAVAM**

Aos colegas **REJANE MARIA GOMES GONÇALVES**, **NAIRA BARATIERI**, **BEATRIZ TLACH** e **OMAR MOLINA**.

Aos funcionários, ELISETE LUZ CALDEIRA DE ANDRADA, EDSON COSTA, LEDENIR MACHADO RODRIGUES e ANA MARIA VIEIRA, pela amizade e atenção.

Aos bolsistas da Biblioteca Setorial de Odontologia.

Aos demais funcionários desta Universidade.

Aos Professores, Coordenadores e Orientadores educacionais das escolas que propiciaram a execução deste trabalho.

À TODOS MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS.

R E S U M O

O autor estudou a prevalência do hábito de sucção, em 944 crianças na faixa etária de 5 a 11 anos de idade, através de um inquérito em que os pais informavam a ocorrência atual ou passada daquele hábito. Constatou-se que (380) 40.25% das crianças, sendo 41.58% (158) do sexo masculino e 58.42% (222) do sexo feminino, era na ocasião ou tinha sido succionadora e cujo hábito havia prevalecido após os 3 anos e 6 meses de idade. Foram examinadas 334 dessas crianças, com o propósito de verificar os tipos de hábitos de sucção, a ocorrência de mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, tipo de oclusão e cronologia e seqüência de erupção, bem como diferenças relativas ao sexo.

Verificou-se que a prevalência do hábito era maior nas meninas e que a sucção de chupeta (81.13%) prevaleceu sobre outros tipos de hábitos; a ocorrência de mordida aberta anterior verificou-se em 65.25% dos meninos e 59.99% das meninas; os percentuais de mordida cruzada posterior foram de 24.11% para o sexo masculino e de 23.83% para sexo feminino; segundo a classificação de ANGLE, verificou-se que os casos de classe I foram mais prevalentes do que os de classe II e estes sobre os de classe III; os dados referentes à cronologia e seqüência de erupção dos dentes permanentes, correlacionaram-se positivamente com aqueles disponíveis na literatura. No entanto, não foi encontrada na amostra examinada, diferenças que pudessem ser imputadas aos hábitos de sucção.

A B S T R A C T

The author studied the sucking habits prevalence among 944 schoolchildren with ages ranging from 5 to 11 years old, using forms in which the parents informed the present or past occurrence of sucking habits. It was found that 40,25% of the children (41,58% of the boys and 58,42% of the girls) had the habit at that moment or had had the habit after the age of 3 and a half years. Clinical examinations were carried out in 334 of those children to verify the types of sucking habits and the occurrence of anterior open bite, posterior crossbite, type of occlusion, chronology and sequence of teeth eruption, as well as differences related with the sex factor.

It was found that the prevalence of the sucking habits was higher among the girls and the dummy sucking habit was more prevalent than other types of sucking; the anterior open bite was found in 65,25% of the boys and in 59,99% of the girls; the posterior crossbite percentages were 24,11% among the boys and 23,83% among the girls; according the Angle classification, it was found that class I cases were more prevalent than class II and class II more prevalent than class III cases; the teeth eruption chronology and sequence data shown a positive correlation with those availables in the literature. Therefore, it was not found differences that might be attributed to the sucking habits.

S U M Á R I O

	Pág.
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	2
CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA.....	6
CAPÍTULO III - PROPOSIÇÃO.....	32
CAPÍTULO IV - MATERIAL E MÉTODOS.....	35
CAPÍTULO V - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES.....	65
CAPÍTULO VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70

C A P Í T U L O I

I N T R O D U Ç Ã O

INTRODUÇÃO

Um princípio fundamental da biologia é de que a sobrevivência de qualquer ser depende da sua capacidade de interação com o meio ambiente, com o qual troca matéria e energia.

O homem, como mamífero e conseqüentemente vivíparo, tem seu desenvolvimento embrionário realizado no abrigo do corpo materno ao qual compete prover suas necessidades materiais e energéticas, dispensando-lhe o contato direto com o ambiente externo.

Ao nascer, no entanto, logo que o cordão umbilical é cortado, desaparece esta estreita relação de dependência biológica e o ser deverá obter seu oxigênio e seus alimentos através dos próprios mecanismos de respiração e alimentação.

O aprendizado dos mecanismos de alimentação já se inicia na vida intra-uterina quando o feto exercita seu reflexo de sucção (AYER & GALE⁷, 1970). Outra ação reflexa que deve estar presente no momento da alimentação é a da deglutição. Estes dois reflexos se somam no mecanismo da amamentação e garantem, por conseqüência, a nutrição dos mamíferos.

Segundo ROSA⁸⁵ (1983), o comportamento do indivíduo ao nascer é quase todo do tipo reflexo, mas ele já possui os elementos básicos que se desenvolverão na formação da capacidade perceptiva específica.

O reflexo de apreensão ou impulso de morder deverá substituir progressivamente o reflexo de sucção a partir dos 6 meses de idade, quando erupcionam os primeiros dentes e à medida que uma alimentação mais sólida se incorpora à dieta da crian

ça.

Há casos, no entanto, que o reflexo gera o hábito de sucção e se prolonga por idades mais avançadas. Segundo Mc KNIGHT⁷⁰ (1965), citado em FLETCHER²⁷ (1975), a sucção de dedo é natural da infância, porque boca e lábio são zonas erógenas que, produzindo prazer, podem levar a criança à persistência do hábito.

Após a amamentação tendo saciado a demanda fisiológica e emocional a criança busca o prolongamento destes estímulos que lhe satisfazem e acalmam, succionando chupeta, vestimenta, sua própria língua, bochecha, dedos, etc...

A persistência deste comportamento provoca deformações nas estruturas bucais, o que o torna alvo do interesse da Odontologia como demonstraram estudos realizados já no século passado.

Para CHANDLER¹⁹ (1878), citado em JOHNSON⁴⁹ (1939), o hábito de sucção na infância é a mais importante causa de má formações dos ossos que circunscrevem a cavidade bucal e de irregularidades dos dentes.

Em 1938, SWINEHART⁹⁶ justificou que as deformidades causadas pela sucção bucal decorriam das pressões inadequadas sobre os ossos e se deviam a contrações anormais das bochechas contra as porções laterais dos arcos e a ação do dedo contra o palato.

SILVA Fº et alii⁹⁰, ao se reportarem à má oclusão provocada pela sucção digital, afirmam que sua gravidade depende de fatores relacionados com o hábito: duração, in

tensidade e frequência, conhecidos como a "Tríade de GRABER", GRABER^{39,40} (1958 e 1974), aos quais se somam a resistência alveolar e o padrão dentofacial inerente a cada criança.

Conhecido, portanto, como causador de deformações anatômicas e de alterações funcionais no conjunto das estruturas bucais, suspeita-se de que este hábito possa também interferir na cronologia e seqüência da erupção dos dentes, por conta dos estímulos adicionais que faz incidir anormalmente sobre algumas regiões dos maxilares, como sugere LINO⁶⁵ (1982).

A importância do hábito de sucção e seu prolongamento por idades mais avançadas nos motivou a estudar sua prevalência e a ocorrência de alterações que possam estar a ele associadas, em escolares da cidade de Florianópolis.

Para nos aclarar sobre o estado atual desta questão, procedemos a revisão da literatura pertinente e que vai ser relatada no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

REVISÃO DA LITERATURA

2.0 - Aspectos Gerais

Quando a face de uma criança começa a apresentar modificações nos seus contornos normais ou quando os lábios e dentes tomam posições anômalas, pais e professores tentam descobrir as causas de tais deformações. Os fatores etiológicos destas alterações que se destacam por serem mais evidentes, são os hábitos adquiridos pela criança como a posição da cabeça no travesseiro, a respiração bucal, ou a colocação de dedos e objetos na cavidade bucal. Porém nenhum motivo é tão citado e estudado como os hábitos de sucção.

Já no início deste século, LEVY⁶² (1928) citado em FLETCHER²⁷ (1975), relatou que a sucção insuficiente e imprópria nos primeiros 24 meses de idade, contribui para a sucção patológica.

FREUD²⁹ em 1938, afirmou que a sucção é instintual nos primeiros meses de vida, mas a sua prolongação além dos 3 ou 4 anos de idade é indicativa de problemas comportamentais e deve ser tratada como uma forma de psicopatologia. Advertiu, também, que nos casos de intervenção para cessar o hábito poderão advir sinais de substituições, como: masturbação, insegurança, mau humor e outras desordens de comportamento.

MASSLER & WOOD⁶⁸, em 1949, concluíram que a sucção não fisiológica indica algum distúrbio emocional na vida da criança.

TRAISSMAN & TRAISSMAN⁹⁹ (1958), HARYETT et alii^{42,43} (1967 e 1968) e DAVIDSON et alii²⁵ (1967), afirmaram, no entan-

to, que a sucção é um simples hábito aprendido, não apresentando ligações a distúrbios emocionais.

De acordo com AYER & GALE⁷ (1970), este hábito pode ser prevenido ou suprimido sem seqüelas indesejáveis.

"A sucção de polegar em uma criança de 5 anos ou mais velha, tem sido vista como sintoma de algum distúrbio psicológico, pois este hábito tende a desaparecer tão logo a criança amadureça psicologicamente", afirmou LEVITAS⁶⁰ (1970).

KLEIN⁵³ (1971), observou que a criança procura segurança ao succionar seu polegar, por isso aconselha tolerância quando há persistência do hábito para não gerar algum tipo de desequilíbrio emocional.

Mc DONALD⁶⁹ (1974), afirmou que a amamentação deficiente conduz a criança a uma insatisfação emocional que gera, por compensação, o hábito de sucção.

POPOVICH & THOMPSON⁸² (1974), realizaram um trabalho no Burlington Growth Center, no Canadá, em grupos de crianças de 3 a 4 anos de idade que foram acompanhadas anualmente de 3 até 21 anos, sendo relatada a situação do hábito e da oclusão nas idades de 3, 6, 9 e 12 anos. Demonstraram que a sucção tem uma associação com a época do desmame, uso da chupeta, ocupação dos pais, mas não com o tipo de alimentação, grau de apetite, tamanho da família, idade, ordem de nascimento da criança ou raça dos pais.

RAVN⁸⁴ (1974), analisando crianças de 3 anos a 3 anos e 1 mês em Copenhague, sugeriu que é essencial conhecer-se o fator causal do hábito de sucção de dedo e chupeta. Lembra, também, que a intervenção em um estágio muito precoce, seria capaz de levar a certos efeitos indesejáveis de comportamento, os quais

poderiam ser piores do que a sucção em si.

KAWATA et alii⁵⁰ (1974), afirmaram, também, que a sucção prolongada significa uma psicopatologia e que a pressão dos pais para que o hábito seja interrompido abruptamente, poderá induzir o seu prolongamento por idades mais avançadas.

SZPICZAK⁹⁷ (1975), concluiu que a parada da sucção está condicionada à maturidade psicológica da criança, enquanto LEVY⁶¹ (1937) citado em KAWATA et alii⁵⁰ (1974), observou períodos de reativação do hábito, relacionado às situações de tensão no ambiente familiar.

FLETCHER²⁷ (1975), enfatizou que pelo fato de o hábito de sucção ser natural da infância, impedir a sucção de de do pode ser uma violação ao desenvolvimento psicológico da criança.

MOYERS⁷⁶ (1979), afirmou que o hábito de sucção é uma necessidade psico-emocional, pelo menos inicialmente, e que, geralmente, a criança o executa em momentos de angústia ou ansiedade, não sendo recomendável agir de maneira agressiva para eliminá-lo.

MORBAN⁷² (1982), também considerou um estado patológico, a persistência do hábito após os 4 anos de idade.

Diante do exposto, nota-se o particular interesse de vários autores em estudar os aspectos psicológicos, sejam como causa ou como efeito do hábito de sucção.

A literatura consultada nos contempla, ainda, com trabalhos sobre outros aspectos relacionados com este hábito; para facilitar sua compreensão, serão transcritos os dados na forma dos ítems que se seguem.

2.1 - Prevalência do Hábito de Sucção

Já em 1930, LEWIS⁶³, observando 170 crianças por um período de 1 a 5 anos, encontrou 41,18% com uma história de hábito indesejável. Destas, 17,65% apresentava uma história de sucção de polegar.

JOHNSON⁴⁹ (1939), estudando 989 casos de má oclusão, verificou que 17,49% estava associado a um hábito de sucção de polegar. Em 24,28%, o hábito havia persistido por 1 ano ou menos, 60% tinha interrompido no fim do 3º ano e 10% succionou por 10 anos ou mais.

TRAISMAN & TRAISMAN⁹⁹ (1958), examinando 2650 crianças com menos de 4 anos de idade, observaram que 45,6% (1208) succionava seus dedos.

BERENDT et alii¹⁰ (1960), avaliando os aspectos somáticos e psicológicos do sugador de dedo em dois grupos, sendo 350 crianças da cidade de Jerusalém e 350 de áreas rurais (kibbutz), não notaram diferença significativa na incidência do hábito de sucção entre os sexos, em ambos os grupos.

Uma amostra de 945 crianças caucasianas, de 6 a 14 anos, pertencentes a três escolas de níveis sócio-econômico diferentes foi examinada por PORTER⁸³ (1964). Com base nas informações dadas pelos pais, o autor concluiu que 41,0% das crianças tinha tido história de sucção digital.

Em uma amostra de 8158 crianças suecas de, predominantemente, 12 anos de idade, BAALACK & FRISK⁸ (1971), verificaram que 30,70% foi ou ainda é succionadora de dedo ao atingir a idade escolar. A prevalência era maior nas meninas (51,5%) do que nos meninos (42,2%). O hábito diminuiu com o aumento da idade, mas,

em algumas, atingiu a adolescência.

NANDA et alii⁷⁸ (1972), ao estudarem 2500 crianças de 2 a 6 anos de idade, de Lucknow (Índia), constataram que 432 (17,28%) tinham um hábito de sucção oral. O hábito de sucção de polegar foi mais prevalente (48,4%), seguindo-se então os outros tipos de hábito. Não houve diferença significativa na prevalência do hábito entre os sexos.

POPOVICH & THOMPSON⁸² (1974), examinando 1258 crianças entre 3 e 4 anos de idade, de Ontário, Canadá e que foram acompanhadas até 21 anos de idade, concluíram que as crianças que tinham inicialmente hábito de sucção de chupeta apresentavam uma percentagem mais baixa de sucção de dedo ou polegar.

KOHLER & HOLST⁵⁴ (1973), estudando 1567 crianças de 4 anos de idade, notificaram que 40% apresentava hábito de sucção de chupeta.

De acordo com ANDERSON et alii⁴ (1974), das 227 crianças (121 meninos e 106 meninas) do Burlington Growth Center e que apresentavam hábito de sucção de dedo e polegar desde o nascimento, a prevalência e a persistência do hábito eram similares em ambos os sexos (50% para meninos e 47% para meninas) e em 9% de ambos, meninos e meninas, o hábito persistiu até 12 anos.

Em 1974, através de uma ampla revisão de literatura, HITCHCOCK⁵⁶ concluiu que a sucção de polegar parece ser mais prevalente do que a de outros dedos.

POPOVICH & THOMPSON⁸² (1984), encontraram uma percentagem de 36,70% das crianças com hábito de sucção. Nas idades de 3 e 4 anos, somente 9,1% das crianças tinha perdido o hábito,

mas aos 12 anos este percentual de perda era de 78,8%.

LARSSON⁵⁷ (1975), estudando 4050 crianças em County of Skaraborg na Suécia verificou que 21,6% tinha sido succionador de dedo; aos 4 anos, 18,2% ainda possuía este hábito; 54,5% havia succionado chupeta em alguma ocasião, sendo que 20,0% ainda succionava. Observou, também, ser o hábito de sucção prolongado, consideravelmente mais comum em meninas do que em meninos.

De BOER²⁶ (1976), ao fazer um estudo com crianças de 5 a 9 anos de idade, portadoras de hábito de sucção, concluiu que 57% dos meninos e 66% das meninas succionavam até a idade de 5 anos; aos 9 anos de idade os percentuais eram de 29% para meninos e 38% para meninas. Para o autor, se uma criança possuísse o hábito até 5 anos, haveria cerca de 50% de probabilidade de que ela o tivesse ainda aos 9 anos de idade.

De acordo com INFANTE⁴⁸ (1976), em um estudo em 680 crianças brancas e 141 pretas de 2 anos e meio a 6 anos de idade, com dentição primária completa, o hábito de sucção varia segundo a idade, sexo, nível sócio econômico e comunidades diferentes. A prevalência de sucção diminuiu com o aumento da idade e se mostrou maior no sexo feminino e em crianças brancas.

LESTER et alii⁵⁹ (1976), através de um estudo em 95 meninos e 89 meninas entre 1 e 5 anos de idade, concluíram que 108, ou seja, 85,69% tinha em alguma época succionado o dedo, polegar ou chupeta. Destas, 35,18% cessou antes de 1 ano de idade e 64,81% continuou; 27,78% apresentava os três tipos de sucção; 41,67% succionava o polegar ou outro dedo e 43,30% succionava chupeta. Em relação ao sexo, não encontraram diferença significativa.

ZADIK et alii¹⁰¹ (1977), estudaram 333 crianças entre zero e 7 anos de idade, divididas em grupos, sendo 166 crian-

ças da cidade de Jerusalém, 74 e 93, respectivamente, de dois "Kibbutz". Das crianças da cidade de Jerusalém, 23% tinha hábito de sucção do polegar, 70% apresentava sucção de chupeta e 2% chupeta e polegar. Do total de 74 crianças do "kibbutz" A, 58% succionava polegar e 11% succionava chupeta. Das 93 crianças do "kibbutz" B, 4% tinha hábito de sucção de polegar e chupeta, 72% chupeta e 13% polegar. Verificaram, também, que a prevalência diminuiu com a idade e não observaram diferenças entre os sexos.

GOLDEN³⁸ (1978), investigando 612 crianças de 7 a 12 anos de idade, de 14 "kibbutz" diferentes, chegaram a conclusão de que 345 (56%) eram succionadoras de seus polegares na época do exame, ou tinham succionado anteriormente.

COHEN²³ (1979), relatou que estudos epidemiológicos de vários países têm mostrado que cerca de 20% das crianças apresenta hábitos de sucção de polegar e outros dedos.

SHOAF⁸⁹ em 1979, coletando dados através de questionários respondidos pelos pais das crianças pertencentes à clínica do "Medical College of Georgia", concluiu que, de um total de 486 crianças, 160 (24%) tinham uma história positiva de sucção de polegar. Das 248 meninas, 29% tinha o hábito de sucção de polegar e de 238 meninos 18% reportou uma história similar.

Em uma amostra de 226 meninos e 236 meninas de 1 a 10 anos de idade, em sua maioria de 3 a 5 anos de idade SVEDMYR⁹⁵ (1979), encontrou 62% de succionador de chupeta. Verificou, também, que não havia diferença significativa entre sexos no que diz respeito à sucção de chupeta. A sucção de polegar era mais comum em meninas.

GARCIA-GODOY³¹ (1982), estudando a prevalência do hábito de sucção de dedo e chupeta verificou que 417 crian-

ças da sua amostra, equivalentes a 33,3%, apresentava algum tipo de hábito de sucção. Destas, 63 (45,3%) correspondiam aos meninos e 76 (54,7%), às meninas. Esta diferença não foi estatisticamente significativa. Das crianças com o hábito de sucção, 46,7% succionava o dedo, 31,0% a chupeta e 22,3% ambos. No sexo masculino, 50,8% succionava o dedo, 28,6% a chupeta e 20,6% ambos. Nas meninas, 43,4% das crianças succionava o dedo, 32,9% chupeta e 23,7% tinha ambos os hábitos. À medida em que aumentava a idade, diminuía o hábito de sucção.

MORBÁN⁷² (1982), avaliando 1258 crianças de Burlington Growth Center, no Canadá, afirmou que, das 462 crianças com hábito de sucção, 19,9% succionava os dedos, 70,6% sugava o polegar e 9,5% a ponta de uma fralda. Entre as crianças que haviam usado chupetas, era bem menor o índice de succionadores de dedo.

SILVA F⁹ et alii⁹⁰, constataram ser o hábito de sucção digital mais prevalente do que sucção de chupeta, não relacionando sexo.

2.2 - Relação do hábito de sucção com má oclusão

De acordo com SILVA F⁹ et alii⁹⁰, oclusão é a relação estática e funcional que os dentes guardam entre si, com os maxilares, com a musculatura peribucal, bem como o complexo crânio-facial como um todo.

Verifica-se, portanto, que a má oclusão é um desvio morfológico da oclusão normal, interferindo nas estruturas de suporte ou na auto-imagem do paciente.

Entre vários fatores etiológicos da má oclusão, têm-se os hábitos bucais indesejáveis, que causam um desvio mor-

fológico na oclusão normal, podendo ser eles hábitos de sucção de chupeta, dedo, língua, lábio e até mesmo a ponta de um tecido.

Muitos estudos têm reportado os efeitos do hábito de sucção nas dentaduras decídua, mista e permanente.

Já em 1878, CHANDLER¹⁹, citado em JOHNSON⁴⁹ (1939), afirmava: "não há causa tão produtiva de má formação de ossos maxilares e irregularidades dos dentes como o hábito de sucção na infância; as diferentes posições do polegar dão surgimento a diferentes tipos de deformidades".

LEWIS⁶³ (1930), examinando 30 crianças com sucção de polegar, constatou que 24 apresentavam problemas de má oclusão, em dentes decíduos, com o deslocamento para diante do incisivo superior e do osso pré-maxilar. Normalmente o deslocamento ocorria no lado da sucção. Afirmou, também, que geralmente, as má^s formações não se corrigem se o hábito persistir, a não ser que tenha sido interrompido antes do quinto ano. Algumas vezes, porém, o hábito estava presente, mas sem consequências evidentes.

Para JOHNSON⁴⁹ (1939), a má oclusão decorrente do hábito de sucção de polegar ou outro dedo pode se corrigir espontaneamente depois que o hábito tiver sido interrompido e se a função dos lábios estiver presente. Caso contrário, provavelmente, a má oclusão persistirá.

De acordo com MASSLER & WOOD⁶⁸ (1949), a auto-correção de uma má oclusão, induzida pelo hábito de sucção de dedo, presumivelmente depende de muitos fatores, além da interrupção do hábito: gravidade da má oclusão, variação anatômica do tecido peribucal, desenvolvimento de outros hábitos bucais.

LITTLEFIELD⁶⁶ (1952), em uma revisão da literatura, concluiu que a maioria dos succionadores de polegar tem um ti-

po de má oclusão causada ou agravada pelo hábito.

KLEIN⁵², ainda em 1952, afirmou que hábitos anormais mantêm formas estruturais anormais. O osso está sempre sendo remodelado até a idade adulta. É extremamente suscetível às influências de pressões e estímulos. Os hábitos de pressão anormal modificam o osso, pois as células de edificação óssea, reagem igualmente à pressão ou estímulo intencionais ou não. É durante a transição da dentição decídua para a permanente que muitos danos ocorrem. As deformidades dentais e faciais podem, também, ser resultados de fatores nutricionais, hereditários, ambientais, endócrinos.

LERNER⁵⁸ (1955), analisou modelos de estudo de 64 crianças, para determinar o efeito da sucção de polegar e outros dedos no desenvolvimento da oclusão dental; concluiu que a sucção do polegar pode causar um tipo de deformidade, usualmente envolvendo o componente anterior do arco dental maxilar.

O tipo e a gravidade da má oclusão induzida pela sucção digital também dependem da intensidade, frequência e duração do hábito, segundo GRABER³⁹ (1958).

A relação entre incidência de hábitos e má oclusão foi estatisticamente significante, nos resultados obtidos por CALISTI et alii¹⁵ (1960), em 491 crianças pré escolares que foram examinadas desde 3 anos e 11 meses de idade até 5 anos e 4 meses.

NANDA et alii⁷⁸ (1972), encontraram efeitos adversos significantes na oclusão dental somente em crianças com hábito de sucção de polegar, onde a relação molar tipo classe II era a mais comum.

POPOVICH & THOMPSON⁸² (1974), concluíram que havia uma definida associação entre duração do hábito e tipo de oclusão. Se o hábito era cessado antes dos 6

anos, os efeitos na oclusão eram frequentemente transitórios. Em várias amostras nenhuma das crianças que parou o hábito depois dos 6 anos, tinham uma oclusão normal aos 12 anos.

CARREL¹⁸ (1974), afirmou que os efeitos da sucção vão desde uma dependência psicológica a uma distorção de ossos faciais para uma variedade de má oclusão.

Quando o hábito de sucção for prolongado além da infância, estará levando a deformidades dentais e estruturais relacionadas segundo CURZON²⁴ (1974).

HITCHCOCK⁴⁶ (1974), relata que tanto o hábito de sucção quanto a má oclusão associada a ele, diminuem em incidência com a idade.

KAWATA et alii⁵⁰, neste mesmo ano (1974), a fim de relacionarem os hábitos periorais anormais com má oclusão em 3 macacos no Department of General Psychology, Osaka University, Dental School, constataram o fato de o hábito de sucção de polegar e dedo provocarem má oclusão de vários tipos, como mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, estreitamento do arco superior, abóboda palatina alta.

LARSSON⁵⁷ (1975), concluiu que o efeito no crescimento facial e oclusão, era consideravelmente mais comum aos 4 anos em succionadores de chupeta do que de dedo.

A relação causa-efeito do hábito de sucção na má oclusão, no setor anterior, foi evidente para LEYT⁶⁴ (1975), ao estudar crianças de 6 anos com dentadura mista.

Para SZPICZAK⁹⁷ (1975), a sucção é responsável por perturbações neuromusculares e origem de numerosas má oclusões. O comportamento muscular obedece a um padrão morfológico e a correção da forma da arcada e suas bases têm frequentemente por

resultado uma adaptação da língua e dos lábios.

De BOER²⁶ (1976), estudando crianças de 5 a 9 anos de idade com hábito de sucção, concluiu que este tem influência na má oclusão. Se o hábito cessar entre 5 e 9 anos, algumas correções espontâneas ocorrem. Conseqüências notáveis podiam ser observadas se as crianças ainda succionavam aos 9 anos.

Em 1979, SHOAF⁸⁹ observou que o hábito prolongado de "sucção não alimentar" provavelmente leva a implicações dentais maiores do que o hábito exercido por pouco tempo.

Em 1982, SCHNEIDER & PETERSON⁸⁷, afirmaram que o desequilíbrio muscular provocado por estes hábitos durante o período de crescimento facial e erupção, tanto dos dentes decíduos como permanentes, podem provocar má formação faciais, má oclusão dental e problemas foniátricos.

Dividindo-se este ítem (2.2) em sub-ítems, serão a seguir abordadas as má oclusões tais como: mordida aberta anterior; mordida cruzada posterior e tipos de oclusão, segundo ANGLE⁵ (1907).

2.2.1 - Mordida Aberta Anterior

RUTTLE et alii⁸⁶ (1953), observando 1700 crianças através de modelos de estudo e exames bucais, com a finalidade de verificar os efeitos da sucção digital, afirmaram que a forma do arco é modificada nos succionadores. Ocorre, assim, prolongamento do segmento anterior, produzindo espaço entre os dentes, inclinação labial e protrusão dos incisivos superiores. Há uma definida abertura na região anterior.

GARDINER³³ (1956), examinando 1000 crianças de 5 a 11 anos de idade, também relacionou o hábito de sucção como fator etiológico de má oclusão, determinando uma mordida aberta an-

terior.

Para GRABER³⁹ (1958), a experiência tem mostrado que o hábito de sucção de polegar ou dedo, além dos 3 anos de idade, leva a um dano na oclusão no segmento anterior, caracterizando-se por mordida aberta anterior, que pode ser temporária.

BERENDT et alii¹⁰ (1960) constataram que a mordida aberta estava associada ao hábito de sucção nas 350 crianças da cidade de Jerusalém e nas 350 de áreas rurais (kibbutz), por eles estudadas.

BOWDEN¹² (1966) a fim de verificar os efeitos da sucção de dedo e chupeta na oclusão dental, fez um estudo multidisciplinar em 58 meninos e 58 meninas, na Universidade de Malbourne Child Growth Study. Estas crianças foram examinadas entre 2 e 4 anos de idade e no final do estudo, quando então possuíam 8 anos de idade. Pôde concluir que os succionadores de chupeta e dedo apresentavam um aumento na incidência de mordida aberta anterior, particularmente nas crianças onde a sucção digital persistiu.

GELLIN³⁶, em 1966, observando 37 crianças de 2 anos e 7 meses a 11 anos e 4 meses de idade, pôde constatar que o hábito de sucção digital está associado à mordida aberta anterior. Porém, concluiu que este tipo de má oclusão pode também ocorrer em crianças sem história de sucção.

BAALACK & FRISK⁸ (1971), ao analisarem 4093 meninos e 4065 meninas de 12 anos de idade, concluíram que a mordida aberta anterior era mais prevalente no grupo de crianças que ainda apresentavam nesta idade o hábito de sucção digital. Crianças com este tipo de hábito após os 7 anos de idade, mostraram um

aumento de "overjet" e uma diminuição da mordida aberta, comparado com crianças que o tinham abandonado entre 2 e 6 anos, ou que nunca haviam tido este hábito.

MOORE et alii⁷¹ (1972), analisando as estruturas dento-faciais de macacos com hábito de sucção, através de radiografias cefalométricas e estudos histológicos, concluíram que a interrupção do hábito de sucção digital determinava um fechamento da mordida aberta anterior.

Em seu estudo, MYLLARNIEMI⁷⁷ (1973), determinou o relacionamento entre hábito de sucção e má oclusão, em seu estudo com 558 crianças de 1 a 6 anos de idade, na cidade de Helsinkí. Das crianças succionadoras de chupeta (115) 67,8% possuía mordida aberta anterior, e no caso de sucção digital (41) 53,6% das crianças apresentava esta característica de má oclusão. A mordida aberta anterior mostrou ter sido completamente corrigida, após o hábito ter cessado, porém, em crianças de mais idade, esta correção foi mais demorada. Os hábitos de sucção de chupeta e dedo foram, numericamente, o maior fator etiológico de mordida aberta anterior, porém, outros fatores em relação à oclusão também estavam presentes.

Também em 1973, POPOVICH & THOMPSON⁸¹, baseados em suas investigações, concluíram estar o hábito de sucção diretamente associado à mordida aberta anterior.

De BOER²⁶ (1976), verificando a influência do hábito de sucção de dedo e polegar na oclusão, notificou que este hábito influi no desenvolvimento de mordida aberta anterior, podendo ser a mesma detectada aos 5 anos. Se o hábito for cessado entre 5 e 9 anos, algumas correções espontâneas ocorrem.

Para verificar o desenvolvimento da oclusão infan

til, relacionado a métodos alimentares e hábitos orais, SIMPSON & CHEUNG^{91,92} (1976), examinaram crianças que foram acompanhadas desde o nascimento determinando a característica do relacionamento gengival aos 4 e 8 meses de idade. Os achados indicaram que hábitos orais exerciam uma influência definida na gengiva infantil, resultando em um aumento significativo de mordida aberta anterior.

Em 1978, GELLIN³⁷ relatou que o efeito predominante do hábito de sucção digital é uma mordida aberta anterior, levando os incisivos superiores mais à frente e labialmente posicionados.

Segundo COHEN²² (1979), quando o hábito bucal persiste além da infância, pode causar protrusão dos incisivos superiores com uma mordida aberta anterior.

MOYERS⁷⁵, no mesmo ano (1979), chama atenção para o fato de que "se durante a erupção, os dentes encontrarem repetidamente o polegar, outros dedos ou a língua entre eles, a erupção será impedida e resultará uma mordida aberta".

Em 1982, LINO⁶⁵ relatou que os hábitos bucais levam a uma mordida aberta anterior, pelo fato de a persistência do hábito não permitir que os incisivos atinjam a altura clínica normal.

O trabalho de SILVA Fº et alii⁹⁰, revelou que quase sempre acompanhando a mordida aberta anterior, causada pela sucção digital possui um aspecto circular característico, encontra-se associado o hábito de interposição lingual durante a fala e deglutição, ou ainda na própria posição postural de repouso.

2.2.2 - Mordida Cruzada Posterior

SWINEHART⁹⁶ (1938), analisando 38 crianças de 2

anos e meio a 15 anos de idade, portadoras do hábito de sucção, concluiu que a pressão anormal do hábito estava associada com a alta percentagem (82%) de estreitamento dos arcos, especialmente nas regiões cuspídicais.

BERENDT et alii¹⁰ (1960), em seu trabalho já citado anteriormente, observaram que a mordida cruzada é freqüente entre os succionadores, mas comparativamente rara entre as crianças livres desse hábito.

PORTER⁸³ (1964), observou as características oclusais das crianças com hábito de sucção digital, concluindo que em crianças com história de sucção é mais comum haver cruzamento no segmento posterior-canino a molar- do que naquelas sem este hábito. A probabilidade da presença desta característica aumenta com a duração da história de sucção.

De acordo com BOWDEN¹² (1966), a incidência de mordida cruzada difere, significativamente, nas crianças que succionam em relação às que não possuem este hábito.

O relacionamento do hábito de sucção com mordida cruzada é enfatizada, também, por PARKER⁷⁹ (1971), fato este observado em seu trabalho sobre interceptação da mordida aberta em crianças, num período precoce de crescimento.

Para GRABER⁴⁰ (1974), o hábito de sucção de polegar é fator etiológico de mordida cruzada, devido à compressão bilateral provocada pela força muscular de sucção, acarretando estreitamento do arco dental maxilar, que pode ser bilateral. Poderá, também, haver criação de contatos prematuros dos dentes da maxila atresuada com os da mandíbula normal, provocando deslocamento lateral da mandíbula, levando-os, assim, a ocluir em mordida cruzada unilateral.

KELLY et alii⁵¹ (1973), citado em INFANTE⁴⁸ (1976), indicaram que 8% das crianças com hábito de sucção de 6 a 11 anos de idade tinha no mínimo 1 pré-molar superior ou molar em mordida cruzada.

POPOVICH & THOMPSON⁸¹ (1973), analisando crianças succionadoras, constataram mordida cruzada com muita frequência, pelo fato de o dedo, localizando-se na cavidade bucal, fazer com que a língua se situe no assoalho da boca, faltando o suporte lingual no segmento posterior superior. Isto implica em uma força resultante sendo aplicada pelas bochechas contra as superfícies daqueles dentes, levando-os a uma mordida cruzada posterior.

INFANTE⁴⁸ (1976), coletando dados de 680 crianças brancas e 141 crianças negras de 2 anos e meio de idade durante um ano, concluiu que a sucção digital estava significativamente relacionada com mordida cruzada posterior lingual e que a prevalência deste cruzamento permaneceu a mesma com o aumento da idade. Ainda analisou o fato de que esta má oclusão não poderia ser corrigida por si só.

De acordo com De BOER²⁶ (1976), a influência do hábito de sucção na mordida cruzada já pode ser detectada aos 5 anos.

COHEN²² (1979), afirmou ser a mordida cruzada posterior, nos succionadores, a desarmonia oclusal mais frequente na dentição decídua, seja ela de origem ambiental, funcional (na maioria dos casos) ou esquelética.

Baseado nos seus estudos, CAMPBELL¹⁶ (1984), observou que embora nem todos os pacientes com hábito de sucção digital tenham mordida cruzada posterior e nem todos os pacientes com mordida cruzada posterior têm ou tiveram hábito de sucção digital, os

dois fenômenos estão freqüentemente relacionados.

Ao estudar a prevalência de mordidas cruzadas na dentadura decídua, em relação ao hábito de sucção, em 795 crianças de 3 a 6 anos de idade, PETERS et alii⁸⁰(1986), concluíram que a prevalência de mordida cruzada em crianças com hábito foi de 15,76%, enquanto que naquelas sem hábito, o valor era de 14,84%, sendo maior no sexo feminino. Afirmou, ainda, que a freqüência de mordida cruzada posterior era maior nas crianças com hábito.

2.2.3 - Tipo de Oclusão

Alguns estudos relataram a influência do hábito de sucção sob o tipo de oclusão - classes I, II e III.

HELMANN⁴⁵(1921), citado em JOHNSON⁴⁹(1939), constatou ser o hábito de sucção, de uma forma ou de outra, fator etiológico da má oclusão caracterizada por uma classe II de Angle.

JOHNSON⁴⁹(1939), estudou um grupo de 989 crianças entre 2 anos e 6 meses a 19 anos de idade, sendo 371 crianças de consultório particular e 618 do Departamento de Orthodontia de Northwestern University Dental School e concluiu que 17,49% (173) era succionador de dedo ou polegar. Somente 153 puderam ser analisadas para determinar as percentagens das diferentes classes de má oclusão. Destas, 50,98% tinha classe I, 47,7% era portadora de classe II e 1,3% tinha classe III.

Nos estudos de HUMPHREYS & LEIGHTON⁴⁷(1950) 2711 crianças de 2 a 5 anos e meio de idade, da cidade de Birmingham, foram inspecionadas para verificar as anormalidades antero-posteriores da mandíbula, sendo 1346 meninos e 1365 meninas. Dos meninos, 27,04% (364) tinha relação classe II e das meninas 23,22% (317). A correlação entre hábitos de sucção e classe II foi muito forte,

particularmente, quando a força exercida era numa direção antero-posterior, quando da inserção do dedo verticalmente. O efeito destes hábitos depende, no entanto, da direção da força, a duração e intensidade do hábito, assim como da resistência da mandíbula a deslocamentos. A chupeta mostrou-se tão prejudicial quanto a sucção de polegar.

De acordo com GRABER³⁹ (1958), algumas consequências danosas provenientes do hábito, são similares à morfologia conferida pela má oclusão hereditária tipo Classe II, divisão I. Ocasionalmente, um relacionamento unilateral classe II parece poder ser atribuído à influência do hábito, porém, o autor não afirma este fato.

BOWDEN¹² (1966), estudando 116 crianças na Universidade de Melbourne Child Growth Study, de 2 a 8 anos de idade, observou que naquelas onde a sucção digital persistiu, houve um aumento significativo de classe II de base esquelética.

BÜTTNER¹⁴ (1970), citado em HITCHCOCK⁴⁶ (1974), afirmou existir mais má oclusões classe II do que classe I no grupo de succionadores de polegar.

Nas conclusões do trabalho de NANDA et alii⁷⁸ (1972), pode-se verificar que efeitos adversos significantes na oclusão dental foram encontrados somente em crianças com hábito de sucção de polegar, onde o tipo de relação mésio distal mais comum foi a classe II.

POPOVICH & THOMPSON⁸² (1974), em trabalho já citado anteriormente, observaram que nos casos em que houve persistência do hábito em idades mais avançadas houve um aumento na probabilidade das crianças desenvolverem uma classe II. A má oclusão classe II, teve um acréscimo de 21,5% nas idades de 3 e 4 anos para 41,9% aos 12 anos. Na

amostra, nenhuma das crianças que tinham parado o hábito depois de 6 anos de idade possuíam uma oclusão normal aos 12 anos.

CURZON²⁴ (1974), observou que aquelas crianças com um relacionamento entre maxila e mandíbula do tipo classe II e que se satisfaziam ao succionar o dedo, teriam a deformidade facial acentuada. A estética facial destas pessoas não será boa e se houver um deslocamento do incisivo superior, a aparência resultante será muito desagradável.

Porém, para SILVA F⁹⁰ et alii o hábito de sucção digital não é capaz de induzir a mesialização dos dentes posteriores, causando uma relação molar intercuspídica de classe II. Desta maneira, a má oclusão provocada pela sucção digital independe totalmente da má oclusão esquelética de classe II, de fundo genético, muito embora possam se instalar concomitantemente. No entanto, é óbvio que a má oclusão de classe II pode ser agravada pelo hábito de sucção digital.

2.3 - Cronologia e seqüência de erupção

A cronologia de erupção, ou seja, a época em que os dentes emergem na cavidade bucal, assim como a ordem de aparecimento dos mesmos, isto é, a seqüência, sofrem diversas influências de ordem geral (raça, sexo, nível sócio-econômico, urbanização), local (extrações prematuras de dentes decíduos, posição dos dentes nos arcos) e supostamente sem comprovação científica, os hábitos de sucção.

STEGGERDA & HILL⁹⁴ (1942), em um estudo longitudinal por 10 anos, encontraram erupção precoce nos negros quando comparados com os de raça branca. A mesma opinião foi defendida por KRUMHOLT et alii⁵⁶ (1971), SOUZA FREITAS et alii⁹³ (1971) e GARN et alii³⁴ (1972).

CLEMENTS et alii²⁰ (1953), KROMFELD⁵⁵ (1953), SCHOUR & MASSLER⁸⁸ (1960) e MOYERS⁷³ (1960), relataram que as condições sócio-econômicas favoráveis aceleram a cronologia de erupção, havendo, segundo BOLASCO-SINDIN¹¹ (1974), um retardamento progressivo à medida que diminuem estas condições.

TOLEDO⁹⁸, em 1963, afirmou que a urbanização não interfere na erupção, enquanto ADLER¹ (1963), concluiu que nas populações urbanas a erupção é mais precoce.

As extrações prematuras de dentes decíduos como fator acelerante da erupção e também como modificador da seqüência são citados por KRONFELD⁵⁵ (1953) e ADLER¹ (1963).

Inúmeros são os autores que encontraram precocidade de erupção no sexo feminino em relação ao sexo masculino; entre eles estão ARBENZ & ABRAMOWICZ⁶ (1964), GATES³⁵ (1964), HARNDT⁴¹ (1967), GARCIA³² (1968), FREITAS et alii²⁸ (1970), KRUMHOLT et alii⁵⁶ (1971), BOLASCO-SINDIN¹¹ (1974), MARQUES⁶⁷ (1977), AMMON et alii² (1982) e BANDEIRA-SANTOS & RUMMLER⁹ (1984).

O fato dos dentes erupcionarem antes no arco inferior quando comparado com o arco superior, foi verificado por diversos autores, entre eles ARBENZ & ABRAMOWICZ⁶ (1964), GATES³⁵ (1964), CAMPOS¹⁷ (1967), HARNDT⁴¹ (1967), GARCIA³² (1968), FRIEDLANDER et alii³⁰ (1969), FREITAS et alii²⁸ (1970), BOLASCO-SINDIN¹¹ (1974), MARQUES⁶⁷ (1977) e AMMON et alii² (1982).

HARNDT⁴¹ (1967), ARBENZ & ABRAMOWICZ⁶ (1964), GATES³⁵ (1964), CAMPOS¹⁷ (1967), MARQUES⁶⁷ (1977), AMMON et alii² (1982) e BANDEIRA-SANTOS & RUMMLER⁹ (1984), verificaram não haver diferenças entre o número de dentes erupcionados nos lados direito e esquerdo.

Outro fator citado como acelerador do mecanismo

da erupção dental, é o hábito de sucção, que segundo LINO⁶⁵ (1982), "a sucção conduz a uma solicitação maior dos dentes anteriores, como se houvesse um aumento da atividade funcional". Há aumento da rizólise e a antecipação da perda dos incisivos decíduos. Sem uma articulação anterior, os processos de apreensão e mastigação são desviados totalmente para a região posterior. A sobrecarga funcional conduz, também, à perda precoce dos dentes posteriores. Sugere, pois, este autor, que estas condições fisiológicas modificadas podem resultar em esfoliação antecipada dos dentes decíduos e consequente erupção acelerada dos permanentes. Admite, também, uma alteração na seqüência, como a troca de incisivos antes da erupção dos primeiros molares permanentes.

Não tendo encontrado na revista da literatura, nenhum estudo sobre cronologia e seqüência de erupção de dentes permanentes em crianças com hábitos de sucção, serão relatados, a seguir, os dados encontrados por alguns autores, em amostras não diferenciadas, para que, posteriormente, se faça uma comparação com o presente trabalho.

MARQUES⁶⁷ em 1977, estudando a cronologia e a seqüência eruptiva dos dentes permanentes em 1741 crianças brancas, sendo 878 do sexo masculino e 863 do sexo feminino de 4 a 14 anos, nascidas na cidade de São Paulo, encontrou a seguinte cronologia de erupção, conforme demonstra a tabela 2.1.

A seqüência encontrada por MARQUES⁶⁷ (1977), foi a seguinte:

Maxila para ambos os sexos

6 - 1 - 2 - 4 - 5 - 3 - 7

TABELA 2.1 - Cronologia de erupção dos dentes permanentes, considerando-se o valor mediano. Dados coletados por MARQUES⁶⁷ (1977).

Dente	Sexo		MASCULINO		FEMININO	
	Arco		INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR	SUPERIOR
I C	6 a	6,5	7 a	7,5	5,5 a	6
I L	7 a	7,5	8 a	8,5	6,5 a	7,5 a
CANINO	10 a	10,5	11,5 a	12	9 a	9,5 a
1º P M	9,5 a	10,5	9,5 a	10	9,5 a	10,5 a
2º P M	11 a	12	10,5 a	11	10,5 a	11
1º M	6 a	6,5	6 a	6,5	5,5 a	6 a
2º M	11,5 a	12	12 a	12,5	11 a	11,5 a
						12 a
						12,5

Mandíbula:

Sexo masculino 6 ou 1 - 2 - 4 - 3 - 5 - 7

Sexo feminino 1 - 6 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7

AMMON et alii² (1982), examinando 2101 crianças brancas, sendo 1034 do sexo masculino e 1077 do sexo feminino, de 4 a 14 anos de idade, da cidade de Florianópolis, encontraram a seguinte cronologia de erupção, conforme demonstra a tabela 2.2.

A seqüência encontrada por AMMON et alii³ (1983), foi a seguinte:

Maxíla para ambos os sexos:

6 - 1 - 2 - 4 - 5 - 3 - 7

Mandíbula

Sexo masculino 6 - 1 - 2 - 4 - 3 - 5 - 7

Sexo feminino 6 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7

Através do levantamento bibliográfico, verificou-se que é vasta a literatura pertinente à prevalência, aos aspectos psicológicos e às possíveis alterações bucais, decorrentes dos hábitos de sucção indesejáveis. Entretanto, devido à diversidade de opiniões e à falta de comprovação dos achados clínicos referentes à cronologia e seqüência de erupção nas crianças com hábitos de sucção, foi programado este estudo no intuito de contribuir para o aprofundamento científico dos assuntos em questão.

TABELA 2.2 - Cronologia de erupção dos dentes permanentes das crianças de Floriã nópolis. Dados coletados por AMMON et alii² (1982).

Dente	Sexo		MASCULINO		FEMININO	
	Arco		INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR	SUPERIOR
I CENT.			6	7	5 a 6	6 a 7
I L.			7	8	6 a 7	7 a 8
CAN.			10	11	9	10
1º PM			10	10	9	9
2º PM			10 a 11	10 a 11	10	10
1º M			6	6 a 7	5 a 6	6
2º M			11	12	10 a 11	11 a 12

C A P Í T U L O I I I

P R O P O S I Ç Ã O

PROPOSIÇÃO

Das reflexões contidas na introdução e dos dados obtidos nos trabalhos consultados e que compõem o capítulo de Revisão da Literatura, podemos inferir que o hábito de sucção é comun em crianças e que provoca alterações várias, relacionadas com o desenvolvimento, a morfologia e a fisiologia das estruturas bucais.

Ainda que sejam abundantes os dados sobre a prevalência do hábito, há necessidade de maiores estudos sobre a ocorrência daquelas alterações entre as crianças succionadoras. Citações como a de LINO⁶⁵ (1982) nos dão conta de possível influência da sucção sobre a erupção dental, em sua seqüência e cronologia, sem um suporte suficiente na literatura.

O estado atual da questão nos estimulou a estudar uma população diferenciada, constituída por crianças portadoras do hábito de sucção, na faixa etária de 5 a 11 anos de idade, de ambos os sexos, de escolas públicas e particulares da cidade de Florianópolis - Santa Catarina. Este estudo comporá a pesquisa que ora propomos e que tem como objetivos específicos verificar:

1. A prevalência do hábito de sucção além dos 3 e meio anos de idade em uma amostra inicial de 944 crianças abrangidas por um inquérito efetuado através de questionário;

2. os tipos de hábito - segundo os instrumentos de sucção - e sua distribuição nos sexos, na amostra diferenciada de 334 crianças, que atendiam aos requisitos estabelecidos na metodologia aplicada, para serem classificadas como portadoras de hábito prejudicial de sucção;

3. a ocorrência, de mordida aberta anterior e de mordida cruzada posterior, naquela amostra diferenciada;

4. os tipos de oclusão, segundo a classificação de ANGLE, entre as 334 crianças examinadas;

5. a cronologia e a sequência de erupção dos dentes permanentes, na mesma amostra.

CAPÍTULO IV

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIAL E MÉTODOS

4.1 - População Estudada:

Foram examinadas para a realização deste estudo, 334 crianças que possuíam hábitos de sucção pertencentes a escolas públicas e particulares (jardins de infância, períodos preparatórios e primeiro grau), da cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina.

4.2 - Composição da Amostra:

A fim de detectarmos as crianças que possuíam hábitos de sucção, foi enviado aos pais de 944 alunos um questionário onde se coletavam dados sobre a existência ou não de hábito de sucção, o seu tipo e as idades do início e do término do fenômeno. Neste questionário também se solicitava autorização dos pais para a realização da pesquisa.

Foram julgadas portadoras de hábitos de sucção para efeito do presente trabalho:

4.2.1 - crianças entre 5 e 11 anos de idade;

4.2.2 - crianças em que o hábito tivesse persistido além dos 3 anos e 6 meses de idade. Foi estabelecida esta condição, porque segundo os trabalhos de MASSLER & WOOD⁶⁸(1949), HARYETT et alii⁴⁴ (1970), KLEIN⁵³ (1971), FLETCHER²⁷ (1975) entre outros, a sucção até esta idade é normal e fisiológica, não causando deformações apreciáveis nas estruturas bucais.

4.2.3 - De posse dos questionários respondidos, verificamos que, das 944 crianças, 610 não puderam compor a amostra pelas seguintes razões:

- a) 110 crianças nunca haviam tido o hábito de sucção;
- b) 454 crianças foram succionadoras apenas na faixa de 0 a 3 anos e 6 meses de idade;
- c) em 31 crianças não foi possível realizar o exame por falta de autorização dos pais, ou por não estarem em aula no dia do exame;
- d) 15 crianças já tinham completado 12 anos na época dos exames.

Chegamos assim, a uma amostra que classificaremos de "diferenciada", composta de 334 crianças, sendo 141 do sexo masculino e 193 do sexo feminino (Tabela 4.1), que apresentavam o hábito de sucção ou que foram succionadores numa faixa de idade em que aquele hábito é considerado capaz de produzir alterações nas estruturas bucais (seg. ítem 4.2.2).

Tabela 4.1 - Distribuição da amostra segundo sexo e idade de escolares portadores do hábito de sucção na cidade de Florianópolis, 1985.

IDADE	S E X O		
	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
5	19	34	53
6	19	18	37
7	25	32	57
8	21	19	40
9	15	16	31
10	17	31	48
11	25	43	68
TOTAL	141	193	334

4.3 - Ficha Clínica para Registro de Dados

A ficha clínica utilizada e reproduzida a seguir, atendeu à seguinte organização:

4.3.1 - Identificação

Conduziu à identificação da criança fornecendo dados referentes a: nome, idade, data de nascimento, nome do colégio, local, série, sexo; e registrou ainda a presença e o tipo do hábito.

4.3.2 - Parte Clínica

Neste campo foram anotados os dados sobre: mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, tipo de oclusão segundo ANGLE⁵ (1907) citado em MOYERS⁷⁴ (1979), e dentes permanentes presentes.

4.4 - Exame Clínico

O exame clínico foi realizado apenas pelo autor sob luz natural e com o auxílio de espátulas descartáveis de madeira.

Seguiu-se sempre uma rotina de trabalho anotando-se cada ítem segundo a ordem estabelecida na ficha clínica. Para a verificação dos dentes permanentes presentes foram examinados primeiramente os hemi-arcos inferiores direito e esquerdo, posteriormente, os hemi-arcos superiores esquerdo e direito.

O método adotado para a coleta de dados sobre a cronologia dos dentes permanentes foi o transversal, que consiste em um único exame e que segundo BROOK & BARKER¹³ (1972) é superior ao longitudinal.

4.5 - Métodos de Avaliação

Uma vez de posse das fichas individuais, com todos os dados anotados, estas foram separadas por idade e sexo e posteriormente, confeccionadas tabelas para análise dos resultados e sua comparação com os dados disponíveis na literatura consultada.

4.6 - Método Estatístico

O método estatístico utilizado foi o "Teste de Significância" ou de "Hipótese sobre duas populações com distribuição binomial".

4.7 - Estabelecimentos de ensino visitados:

- Colégio de Aplicação (U.F.S.C.)
- Colégio Imaculada Conceição
- Instituto Estadual de Educação
- Escola Dinâmica

4.8 - Colaboradores

O exame clínico pôde ser desenvolvido em períodos não conflitantes com os de atividades de aula, graças a colaboração de professores, orientadores educacionais e coordenadores das escolas.

C A P Í T U L O V

R E S U L T A D O S E D I S C U S S Ã O

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PREVALÊNCIA DO HÁBITO

Conforme a metodologia explicada no capítulo 4, foi conduzido um inquérito, através de questionário encaminhado aos pais, objetivando identificar crianças entre 5 e 11 anos de idade que fossem portadoras do hábito de sucção ou que tivessem sido succionadoras em alguma época da sua vida. Procurou-se identificar e excluir da condição de succionadora, aquelas crianças, cujo hábito, não se prolongou após os 3 anos e 6 meses de idade. Como já foi justificado, até essa idade a sucção é considerada um ato fisiológico que não deverá causar dano.

De 944 crianças abordadas pelo inquérito, 380 atendiam àquelas condições e foram consideradas succionadoras ou portadoras do hábito de sucção.

É importante reafirmar, para perfeita compreensão deste trabalho, que as duas expressões acima sublinhadas serão utilizadas como sinônimos e abrangem em seu significado, aquelas crianças com história de sucção atual ou passada.

O número encontrado (380) neste trabalho corresponde a um percentual de 40,25% de crianças portadoras deste hábito e mostra-se semelhante ao relatado por LEWIS⁶³ (1930) e POPOVICH & THOMPSON⁸² (1974) que encontraram 41.18%, respectivamente, de crianças succionadoras.

Outras correlações serão buscadas a seguir, ao se focar o hábito nos seus vários tipos, de acordo com o instrumento da sucção.

Ainda que se dispusesse de uma amostra teórica de 380 crianças para proceder ao exame, várias dificuldades de ordem prática e já citadas no item 4.2.3, acabaram por reduzir aque-

o número para 334. Este grupo de crianças é referido neste trabalho como compondo uma amostra diferenciada por satisfazer às várias condições exigidas pela metodologia aplicada.

A tabela 5.1, mostra a prevalência do hábito em cada um dos seus tipos ou modalidades e sua distribuição por idade e sexo.

Pela análise desta tabela, verifica-se que 81.13% das crianças examinadas, sendo 77.30% do sexo masculino e 83.94% do sexo feminino, possuía o hábito de sucção de chupeta. Estes achados são semelhantes aos encontrados por ZADIK et alii¹⁰¹ (1977), que em suas três amostras encontraram 70%, 11% e 72% de crianças com sucção de chupeta.

A diferença entre os sexos para o hábito de sucção de chupeta não foi estatisticamente significativa, confirmando o verificado por SVEDMYR⁹⁵ (1979).

Pela mesma tabela, vemos que a prevalência do hábito de sucção de dedo foi de 16.77%. Este percentual é semelhante ao encontrado por LEWIS⁶³ (1930) 17.65% e JOHNSON⁴⁹ (1939) 17.49%.

Verificou-se, também, que mais rapazes (18.44%) do que meninas (15.54%) tinham o hábito de sucção de dedo, embora, através do teste de significância, tenha se constatado não ser esta diferença estatisticamente significativa, como também relataram BERENDT et alii¹⁰ (1960) e ANDERSON et alii⁴ (1974). Entretanto BAALACK & FRISK⁸ (1971) e SVEDMYR⁹⁵ (1979), afirmaram ser este hábito mais comum em meninas.

Quanto ao hábito de sucção de língua, verifica-se que os 4 casos encontrados (1,20%), foram no sexo masculino (2,84%), não sendo observado nenhum registro deste tipo de hábito

TABELA 5.1 - Números absolutos e percentuais das crianças portadoras dos diversos tipos de hábitos de sucção, segundo sexo e idade. Florianópolis, 1985.

Idade	Tipos de Sucção		CHUPETA	DEDO	LINGUA	LÁBIO	FRALDA
	Sexo	Nº					
5	M	19	16	3	-	-	-
	F	34	24	9	-	-	1 2.94
6	M	19	15	4	-	-	-
	F	18	17	1	-	-	-
7	M	25	21	2	1	4.00	-
	F	32	27	5	-	-	-
8	M	21	14	5	1	4.76	1 4.76
	F	19	17	2	-	-	-
9	M	15	12	3	-	-	-
	F	16	12	4	-	-	-
10	M	17	12	5	-	-	-
	F	31	28	3	-	-	-
11	M	25	19	4	2	8.00	-
	F	43	37	6	-	-	-
TOTAL	M	141	109	26	4	2.84	1 0.71
	F	193	162	30	-	-	1 0.52
TOTAL GERAL		334	271	56	4	1.20	2 0.60

no sexo feminino.

Ainda pela tabela 5.1, nota-se que apenas um menino, aos 7 anos, possuía o hábito de sucção de lábio.

Encontrou-se, também, somente um menino (4,76%) aos 8 anos e uma menina (2,94%), aos 5 anos, com hábito de sucção de fralda, não sendo esta diferença estatisticamente significativa, considerando-se o número total para cada sexo.

Comparando os diversos tipos de hábito de sucção, verifica-se que existe predominância do hábito de sucção de chupeta (81,13%) sobre os outros tipos de hábitos, conforme, também, verificaram LARSSON⁵⁷ (1975) e ZADIK et alii¹⁰¹ (1977), embora LESTER et alii⁵⁹ (1976), não tenham encontrado diferença estatisticamente significativa entre os hábitos de sucção de polegar e chupeta.

Neste trabalho a predominância do hábito de sucção de chupeta sobre os outros tipos de hábito foi estatisticamente significativa a um nível de 5%.

Um maior número de crianças com hábito de sucção de dedo do que de chupeta, foi encontrado por NANDA et alii⁷⁸ (1972), GOLDEN³⁸ (1978), GARCIA - GODOY³¹ (1982) e SILVA Fº et alii⁹⁰.

De um modo geral, o hábito de sucção foi maior nas meninas em relação à chupeta e, maior nos meninos, no que se refere à sucção digital. Porém, esta diferença entre os sexos, para cada tipo de sucção, foi irrelevante, nesta amostra obtida, o que foi verificado através de teste de significância.

O único tipo de hábito, em que a diferença entre os sexos foi estatisticamente significativa, foi o de sucção de língua, que se mostrou presente somente no sexo masculino.

Não se pode concluir, no entanto, que este último resultado represente uma real tendência do fenômeno em se manifestar mais no sexo masculino, tendo em vista a pequena ocorrência do mesmo - apenas 4 casos - dentro da amostra examinada. O mesmo raciocínio é válido para os hábitos de sucção de lábio e fralda, no que concerne à comparação entre sexos.

5.2 - MORDIDA ABERTA ANTERIOR

Considerou-se mordida aberta anterior como a ausência de contato entre os incisivos maxilares e os incisivos inferiores em relação cêntrica.

Assim, de acordo com a tabela 5.2, verificou-se que 60.48% das crianças portadoras do hábito de sucção, sendo 65.25% meninos e 56.99% meninas, apresentava mordida aberta anterior. No entanto, não se pode afirmar através do Teste de significância que esta diferença entre os sexos tivesse sido estatisticamente significativa.

77

Estes dados estão próximos aos de MYLLARNIEMI (1973), que observou 67.8% de crianças succionadoras de chupeta e 53.6% das crianças portadoras do hábito de sucção digital com mordida aberta anterior. Para este autor, os hábitos de sucção de chupeta e dedo, foram numericamente o maior fator etiológico de mordida aberta anterior, apesar de outros fatores em relação à oclusão também estarem presentes.

Ainda pela tabela 5.2, pode-se afirmar que em algumas idades existem diferenças estatisticamente significantes ao nível de 5% entre os sexos. Isto foi verificado nas crianças com 6 e 9 anos de idade.

Aos 6 anos, 73.68% das crianças do sexo masculi

TABELA 5.2 - Frequência absoluta e relativa de mordida aberta anterior e de mordida cruzada posterior. Distribuição por idade e sexo. Florianópolis, 1985.

Idade	Tipo de Mordida		MORDIDA ABERTA ANTERIOR		MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	
	Sexo	Nº *	Nº	%	Nº	%
5	M	19	15	78.95	5	26.31
	F	34	23	67.65	9	26.47
6	M	19	14	73.68	5	26.32
	F	18	18	100.00	8	44.44
7	M	25	14	56.00	8	32.00
	F	32	15	46.87	8	25.00
8	M	21	11	52.38	2	9.52
	F	19	11	57.89	9	47.37
9	M	15	11	73.33	6	40.00
	F	16	6	37.50	2	12.50
10	M	17	13	76.47	4	23.53
	F	31	15	48.39	3	9.68
11	M	25	14	56.00	4	16.00
	F	43	22	51.16	7	16.28
TOTAL	M	141	92	65.25	34	24.11
	F	193	110	56.99	46	23.83
TOTAL GERAL		334	202	60.48	80	23.95

(*) Número de crianças examinadas em cada idade e por sexo.

no e 100% do sexo feminino, apresentava mordida aberta anterior. Esta diferença entre os sexos foi considerada estatisticamente significativa ao nível de 5%.

Entretanto, esta prevalência é significativamente maior no sexo masculino aos 9 anos, quando 73.33% dos meninos e 37.50% das meninas tinha este tipo de má oclusão.

Nas demais idades as diferenças não são estatisticamente significativas. Cumpre ressaltar ainda que a afirmação de que existem diferenças significativas em alguns casos, está associado um erro da origem de 5%.

É importante notar que das 18 meninas de 6 anos, com hábito de sucção, 17 (94.44%) - Tabela 5.1 - eram succionadoras de chupeta e todas as 18 (100.00%) - Tabela 5.2 - apresentavam mordida aberta anterior, mostrando um forte correlacionamento entre hábito de sucção e má oclusão. Este resultado está de acordo com POPOVICH & THOMPSON⁸¹ (1973), que afirmaram estar o hábito de sucção diretamente associado com mordida aberta anterior.

Na idade de 5 anos, 78.95% - Tabela 5.2 - dos meninos tinha mordida aberta anterior, correspondendo a idade em que também havia uma maior percentagem de sucção de chupeta (84.21%) - Tabela 5.1 - neste sexo. Este fato vem sugerir mais uma vez a possível associação do hábito de sucção com má oclusão caracterizada por uma mordida aberta anterior, como afirmam vários autores, entre eles BOWDEN¹² (1966), SIMPSON & CHEUNG^{91,92} (1976), COHEN²² (1979) e LINO⁶⁵ (1982).

5.3 - MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

Observou-se a ocorrência de mordida cruzada pos

terior, baseando-se no conceito de WOOD¹⁰⁰ (1962), de que mordida cruzada é uma anomalia na relação vestibulo-lingual dos dentes da maxila ou da mandíbula ou dos dois ossos maxilares, podendo ser uni ou bilateral, anterior ou posterior.

Ao analisar-se a tabela 5.2, é possível constatar que em relação às 334 crianças portadoras do hábito de sucção, 23.95% tinha mordida cruzada posterior, sendo 24.11% do sexo masculino e 23.83% do sexo feminino. Entretanto, esta diferença entre sexos não foi estatisticamente significativa.

Estes valores encontrados, não ficaram distantes daqueles achados por PETERS et alii⁸⁰ (1986) que encontraram 15.75% de mordida cruzada nas crianças com história de hábito de sucção e 14.84% naquelas sem este hábito. Segundo ele, a frequência de mordidas cruzadas posteriores é maior nas meninas com este hábito.

Quando se observa a ocorrência de mordida cruzada posterior relacionando a possíveis diferenças entre sexos, pode-se afirmar que aos 8 anos existe uma maior prevalência deste tipo de má oclusão nas meninas (47.37%), em comparação ao sexo masculino (9.52%). Esta afirmação, no entanto, se associa a um possível erro da origem de 5%.

Pelas amostras obtidas, as diferenças de resultados entre sexos nas outras idades, não foram estatisticamente significantes, apesar de serem encontrados em certas idades, meninas ou meninos com maior percentual de mordida cruzada posterior.

A presença de mordida cruzada posterior, associada ao hábito de sucção vem confirmar as afirmações de BERENDT

et alii¹⁰ (1960), PORTER³³ (1964), BOWDEN¹² (1966), GRABER⁴⁰ (1974), POPOVICH & THOMPSON⁸¹ (1973), INFANTE⁴⁸ (1976), COHEN²² (1979) e CAMPBELL¹⁶ (1984).

5.4 - TIPO DE OCLUSÃO

Para classificar a oclusão, nas crianças examinadas, seguiu-se a classificação de ANGLE⁵ (1907), citado em MOYERS⁷⁴ (1979), que se baseia nas relações ântero-posteriores dos maxilares entre si e que se denominam de classe I, II e III.

Analisando a tabela 5.3, pode-se constatar que 73 (21.86%) das 334 crianças não puderam ser classificadas quanto ao tipo de oclusão, visto que ainda não possuíam os primeiros molares em chave de oclusão. Destas, 21.28% era menino e 22.28% era menina, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Das crianças examinadas, 170 (50.90%) tinham classe I, 60 (17.96%) classe II e 31 (9.28%) classe III. Nota-se, assim, que existe uma prevalência maior de classe I sobre classe II e desta, sobre classe III, sendo estas diferenças estatisticamente significantes. Não houve, portanto, na maioria destas crianças, um desvio morfológico da oclusão no que diz respeito à relação ântero-posterior dos maxilares (classe I, II, III).

Ao se comparar o tipo de oclusão classe I deste trabalho (50.90%) com o de JOHNSON⁴⁹ em 1939 (50.98%), verifica-se que estes valores são muito semelhantes.

Em nenhuma idade considerada, houve diferença significativa entre sexos, quando comparados os três tipos de relação ântero-posterior.

Dos meninos, 73 (51.77%) eram portadores de clas-

3.1
TABELA 5.3 - Frequência absoluta e relativa dos tipos de oclusão de primeiro molar permanente, segundo a classificação de ANGLE. Distribuição por sexo e idade. Florianópolis, 1985.

Idade	Tipo de Oclusão (ANGLE)		CLASSE I		CLASSE II		CLASSE III		N/CLS. (**)	
	Sexo	Nº (*)	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5	M	19	2	10.53	-	-	-	-	17	89.47
	F	34	5	14.70	-	-	-	-	29	85.29
6	M	19	7	36.84	3	15.79	-	-	9	47.37
	F	18	4	22.22	1	5.55	1	5.55	12	66.66
7	M	25	16	64.00	4	16.00	1	4.00	4	16.00
	F	32	19	59.37	6	18.75	5	15.62	2	6.25
8	M	21	12	57.14	7	33.33	2	9.52	-	-
	F	19	13	68.42	3	15.79	3	15.79	-	-
9	M	15	6	40.00	6	40.00	3	20.00	-	-
	F	16	8	50.00	4	25.00	4	25.00	-	-
10	M	17	11	64.70	5	29.41	1	5.88	-	-
	F	31	18	58.06	8	25.80	5	16.13	-	-
11	M	25	19	76.00	4	16.00	2	8.00	-	-
	F	43	30	69.77	9	20.93	4	9.30	-	-
TOTAL	M	141	73	51.77	29	20.57	9	6.38	30	21.28
	F	193	97	50.26	31	16.06	22	11.40	43	22.28
TOTAL GERAL		334	170	50.90	60	17.96	31	9.28	73	21.86

(*) Número de crianças examinadas em cada idade e por sexo.

(**) Não classificadas face a ausência de primeiros molares permanentes em chave de oclusão.

se I e das meninas, 97 (50.26%), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os mesmos.

No caso de classe II, 29 (20.57%) eram rapazes e 31 (16.06%) eram meninas. Estes valores são próximos aos de HUMPHREYS & LEIGHTON⁴⁷ (1950), que encontraram 27.04% dos meninos e 23.22% das meninas com este tipo de oclusão. A correlação entre hábitos de sucção e classe II para estes autores, foi muito forte.

Quanto à classe III, 9 (6.38%) faziam parte do sexo masculino e 22 (11.40%) eram do sexo feminino, no presente trabalho.

Pelo fato de não se ter examinado crianças sem hábito, não se pode afirmar que o hábito de sucção seja um fator etiológico da má oclusão, caracterizada por uma classe II de ANGLE, como afirmam HELMANN⁴⁵ (1921) citado em JOHNSON⁴⁹ (1939), e POPOVICH & THOMPSON⁸¹ (1973).

No entanto, outros autores, como GRABER³⁹ (1958), CURZON²⁴ (1974) e SILVA F³⁰ (No prelo), concordam que aquelas crianças com relacionamento dos maxilares, em classe II e que possuem hábito de sucção, principalmente digital, poderão ter esta má oclusão agravada. Entretanto isto não significa que o hábito induza a mesialização dos dentes posteriores, causando uma relação molar intercuspídica de classe II.

5.5 - CRONOLOGIA E SEQUÊNCIA DE ERUPÇÃO

5.5.1 - CRONOLOGIA DE ERUPÇÃO

Baseado em sua observação clínica LINO⁶⁵ (1982) afirmou que parece existir uma alteração da cronologia e sequência de erupção em crianças com hábito de sucção causada por uma sobrecarga funcional tanto da re

-gião anterior quanto da posterior, que determinam esfoliação antecipada dos dentes decíduos e conseqüente erupção acelerada dos dentes permanentes.

Nenhum estudo sobre cronologia e seqüência de erupção em crianças com hábito de sucção foi encontrado na revista da literatura. Por este motivo, os achados deste trabalho que serão relatados a seguir, serão comparados com os de outros autores que estudaram cronologia e seqüência de erupção em amostras não diferenciadas.

5.5.1.1 - Diferenças entre os sexos

Observando-se a tabela 5.4, verifica-se que o número médio de dentes permanentes erupcionados aumenta com a idade na faixa etária considerada. Nas idades de 5 e 6 anos, o número médio nos rapazes é ligeiramente superior ao das meninas. Entretanto, a partir desta idade, o número médio no sexo feminino aumenta consideravelmente em relação ao masculino. O total de 11.66 para os rapazes e 13.11 para as meninas nas idades de 5 a 11 anos, demonstra uma precocidade de dentes erupcionados no sexo feminino em relação ao masculino. Este fato também foi constatado por inúmeros autores, entre eles ARBENZ & ABRAMOWICZ⁶ (1964), GATES³⁵ (1964), HARNDT⁴¹ (1967), GARCIA³² (1968), FREITAS et alii²⁸ (1970), KRUMHOLT et alii⁵⁶ (1971), BOLASCO-SINDIN¹¹ (1974), MARQUES⁶⁷ (1977), AMMON et alii² (1982) e BANDEIRA SANTOS & RUMMLER⁹ (1984).

5.5.1.2 - Diferenças entre os arcos

Ainda pela tabela 5.4, quando se comparam os números médios de dentes erupcionados nos arcos superior (5.36) e inferior (6.30), verifica-se que este total, no sexo masculino, é sempre o maior no arco inferior em todas as idades. Nas me

TABELA 5.4 - Comparação entre o número médio de dentes permanentes erupcionados do arco superior e inferior do lado direito e esquerdo levando em consideração o sexo, a idade e o número total de crianças examinadas em Florianópolis, 1985.

Idade	Sexo		M A S C U L I N O						F E M I N I N O					
	Nº Crianças	Lado	SUPERIOR			INFERIOR			SUPERIOR			INFERIOR		
			DIR.	ESQ.	AMBOS	DIR.	ESQ.	AMBOS	DIR.	ESQ.	AMBOS	DIR.	ESQ.	AMBOS
5	19	34	0.31	0.37	0.68	0.37	0.42	0.79	0.18	0.18	0.35	0.50	0.47	0.97
6	19	18	0.84	0.74	1.58	1.68	1.79	3.47	0.67	0.61	1.28	1.11	1.11	2.22
7	25	32	1.84	1.76	3.60	2.72	2.56	5.28	2.06	1.97	4.03	2.72	2.56	5.28
8	21	19	2.67	2.81	5.48	2.76	2.90	5.66	2.79	2.79	5.58	3.05	2.95	6.00
9	15	16	3.27	2.93	6.20	3.87	3.53	7.40	3.87	4.00	7.87	4.00	4.00	8.00
10	17	31	4.59	4.82	9.41	5.23	5.00	10.23	4.97	5.03	10.00	5.77	5.84	11.61
11	25	43	5.20	5.00	10.20	5.56	5.28	10.84	5.39	5.46	10.86	6.02	5.93	11.95
TOTAL	141	193	2.70	2.66	5.36	3.20	3.10	6.30	3.03	3.05	6.08	3.54	3.49	7.03

...ninas este fato também se repete, sendo 6.08 para o superior e 7.03 para o inferior.

Esta ocorrência nos sugere uma precocidade de erupção no arco inferior em relação ao superior, fato já constatado pelos autores, ARBENZ & ABRAMOWICZ⁶ (1964), GATES³⁵ (1964), CAMPOS¹⁷ (1967), HARDNT⁴¹ (1967), GARCIA³² (1968), FRIEDLANDER et alii³⁰ (1969), FREITAS et alii²⁸ (1970), BOLASCO-SINDIN¹¹ (1974), MARQUES⁶⁷ (1977) e AMMON et alii² (1982).

5.5.1.3 - Diferença entre os lados

Analisando a mesma tabela verifica-se, no sexo masculino, que o número médio de dentes permanentes no arco superior é 5.36, sendo 2.70 para o lado direito e 2.66 para o lado esquerdo; no arco inferior onde o número médio é de 6.30, nota-se 3.20 e 3.10 para os lados direito e esquerdo, respectivamente.

No sexo feminino, observa-se um valor de 6.08 para o arco superior, sendo 3.03 para o lado direito e 3.05 para o lado esquerdo. No arco inferior observa-se um total de 7.03 de dentes permanentes erupcionados, sendo 3.54 para o lado direito e 3.49 para o esquerdo.

Observa-se, pois, não existirem consideráveis diferenças no número médio de dentes permanentes erupcionados entre os lados direito e esquerdo, fato este que vem confirmar as opiniões dos autores: HARNDT⁴¹ (1967), ARBENZ & ABRAMOWICZ⁶ (1964), GATES³⁵ (1964), CAMPOS¹⁷ (1967), MARQUES⁶⁷ (1977), AMMON et alii² (1982) e BANDEIRA-SANTOS & RUMMLER⁹ (1984).

5.5.1.4 - Cronologia de erupção no sexo masculino

Através da tabela 5.5, observa-se que consi

TABELA 5.5 -- Cronologia de erupção dos dentes permanentes, segundo percentual, sexos e arcos.

SEXO		M A S C U L I N O	F E M I N I N O
NÍVEL		+ 50 %	+ 50 %
ARCO	DENTE		
S D	1	7 anos	7 anos
	2	8 anos	entre 7 e 8 anos
	3	acima 11 anos	10 anos
	4	10 anos	entre 9 e 10 anos
	5	11 anos	10 anos
	6	6 anos	entre 6 e 7 anos
	7	acima de 11 anos	acima 11 anos
S E	1	7 anos	7 anos
	2	8 anos	entre 7 e 8 anos
	3	acima 11 anos	10 anos
	4	10 anos	entre 9 e 10 anos
	5	11 anos	10 anos
	6	6 anos	entre 6 e 7 anos
	7	acima de 11 anos	acima de 11 anos
I D	1	6 anos	6 anos
	2	entre 6 e 7 anos	7 anos
	3	entre 9 e 10 anos	entre 9 e 10 anos
	4	10 anos	entre 9 e 10 anos
	5	10 anos	10 anos
	6	6 anos	entre 6 e 7 anos
	7	acima de 11 anos	acima de 11 anos
I E	1	6 anos	6 anos
	2	entre 6 e 7 anos	7 anos
	3	entre 9 e 10 anos	entre 9 e 10 anos
	4	10 anos	entre 9 e 10 anos
	5	acima de 11 anos	10 anos
	6	6 anos	entre 6 e 7 anos
	7	acima de 11 anos	acima de 11 anos

derando a cronologia de erupção a um nível de 50%, isto é, considerando-se erupcionado um dente quando mais de 50% das crianças apresentava este dente, verifica-se que na maxila os incisivos centrais erupcionaram aos 7 anos, os incisivos laterais aos 8 anos, os caninos além dos 11 anos, os primeiros pré-molares aos 10 anos, os segundos pré-molares aos 11 anos, os primeiros molares aos 6 anos e os segundos molares acima de 11 anos.

Na mandíbula os incisivos centrais erupcionam aos 6 anos, os laterais entre 6 e 7 anos, os caninos entre 9 e 10 anos, os primeiros pré-molares e o segundo pré-molar direito aos 10 anos, os primeiros molares aos 6 anos e o segundo pré-molar esquerdo e os segundos molares acima de 11 anos.

As idades de erupção dos incisivos laterais e caninos inferiores são mais precoces neste trabalho quando se comparam com as de AMMON et alii² (1982).

5.5.1.5 - Cronologia de erupção no sexo feminino

Nota-se pela tabela 5.5, que nas meninas ao nível de 50%, encontra-se a seguinte cronologia de erupção, na maxila:

Os incisivos centrais erupcionam aos 7 anos, os incisivos laterais entre 7 e 8 anos, os caninos aos 10 anos, os primeiros pré-molares entre 9 e 10 anos, os segundos pré-molares aos 10 anos, os primeiros molares entre 6 anos e 7 anos e os segundos molares acima de 11 anos.

No arco inferior a erupção se dá nas seguintes idades: incisivos centrais aos 6 anos, incisivos laterais aos 7 anos, caninos e primeiros pré-molares entre 9 e 10 anos, segundos pré-molares aos 10 anos, primeiros molares entre 6 e 7 anos

e finalmente os segundos molares que erupcionam acima de 11 anos.

Quando se comparam estas idades de erupção dos dentes permanentes com as de MARQUES⁶⁷ (1977), verifica-se que os segundos pré-molares inferiores erupcionam aos 10 anos no presente trabalho, e entre 10,5 a 11 anos no do autor consultado.. Verifica-se, entretanto, que as idades de erupção dos primeiros molares permanentes inferiores são mais precoces no trabalho de MARQUES⁶⁷ (1977), quando se comparam com as deste autor.

De uma maneira geral, houve um retardo na idade de erupção dos dentes permanentes no sexo feminino no presente trabalho, quando se comparam às de AMMON et alii² (1982).

5.5.2 - SEQUÊNCIA DE ERUPÇÃO

5.5.2.1 - Sexo Masculino

Para se obter a seqüência de erupção dos dentes permanentes no sexo masculino, baseou-se na tabela 5.6, que apresenta o percentual de dentes erupcionados em cada idade.

Pela análise desta tabela, verifica-se que os primeiros dentes permanentes a erupcionarem são os incisivos centrais inferiores, que aos 6 anos já estão presentes em 73.68% em ambos os lados.

A seguir, erupcionam os primeiros molares superiores, que nesta idade se apresentam em 68.42% no lado direito e 63.16% no lado esquerdo e os primeiros molares inferiores, presentes em 57.89% e 63.16% nos lados direito e esquerdo, respectivamente.

Os incisivos laterais inferiores sã atingem os percentuais de 50% entre as idades de 6 e 7 anos. Aos 7 anos dá-se a erupção dos incisivos centrais superiores, presentes em 80% nesta idade. Os incisivos laterais superiores, presentes em 66.67%.

TABELA 5.6 - Percentual de úmerez de dentes permanentes erupcionados em crianças do sexo masculino, segundo o arco, lado, dente, número de crianças e idade, em escolas públicas e particular, em Florianópolis, 1985.

		M A S C U L I N O																								
		S U P E R I O R							E S Q U E R D O																	
Sexo	Arco	Lado	Dente	D I R E I T O							I N F E R I O R															
				7	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7										
Idade	Nº Crianças																									
5	19	-	26.31	-	-	-	-	-	5.26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6	19	-	68.42	-	-	-	-	-	15.79	10.52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63.16
7	25	-	84.00	-	-	-	-	20.00	80.00	80.00	12.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80.00
8	21	-	100.00	-	14.28	-	-	66.67	85.71	90.47	71.43	-	-	-	14.28	4.76	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00
9	15	-	100.00	20.00	20.00	-	-	93.33	93.33	93.33	86.67	-	-	-	6.67	6.67	86.67	-	-	-	-	-	-	-	-	86.67
10	17	5.88	100.00	35.29	70.59	47.06	-	100.00	100.00	100.00	100.00	35.29	-	-	82.35	47.06	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00
11	25	28.00	100.00	60.00	84.00	48.00	-	100.00	100.00	100.00	100.00	48.00	-	-	72.00	52.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00
TOTAL	141	5.66	82.98	17.02	27.66	14.18	-	53.19	69.50	68.79	51.77	12.76	-	-	25.53	16.31	83.69	-	-	-	-	-	-	-	-	83.69
		I N F E R I O R																								
5	19	-	15.79	-	-	-	-	-	21.05	15.79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26.31
6	19	-	57.89	-	-	-	-	36.84	73.68	73.68	42.10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63.16
7	25	-	96.00	-	-	-	-	76.00	100.00	96.00	64.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96.00
8	21	-	100.00	-	-	-	-	76.19	100.00	100.00	90.48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00
9	15	-	100.00	13.33	40.00	23.33	-	100.00	100.00	100.00	100.00	26.67	-	-	26.67	-	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00
10	17	11.76	100.00	64.70	70.59	76.47	-	100.00	100.00	100.00	100.00	76.47	-	-	70.59	41.18	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00
11	25	32.00	100.00	56.00	84.00	84.00	-	100.00	100.00	100.00	100.00	84.00	-	-	80.00	40.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00
TOTAL	141	7.09	82.27	19.15	27.66	27.66	-	70.21	85.81	84.40	70.92	26.95	-	-	25.53	12.06	84.40	-	-	-	-	-	-	-	-	84.40

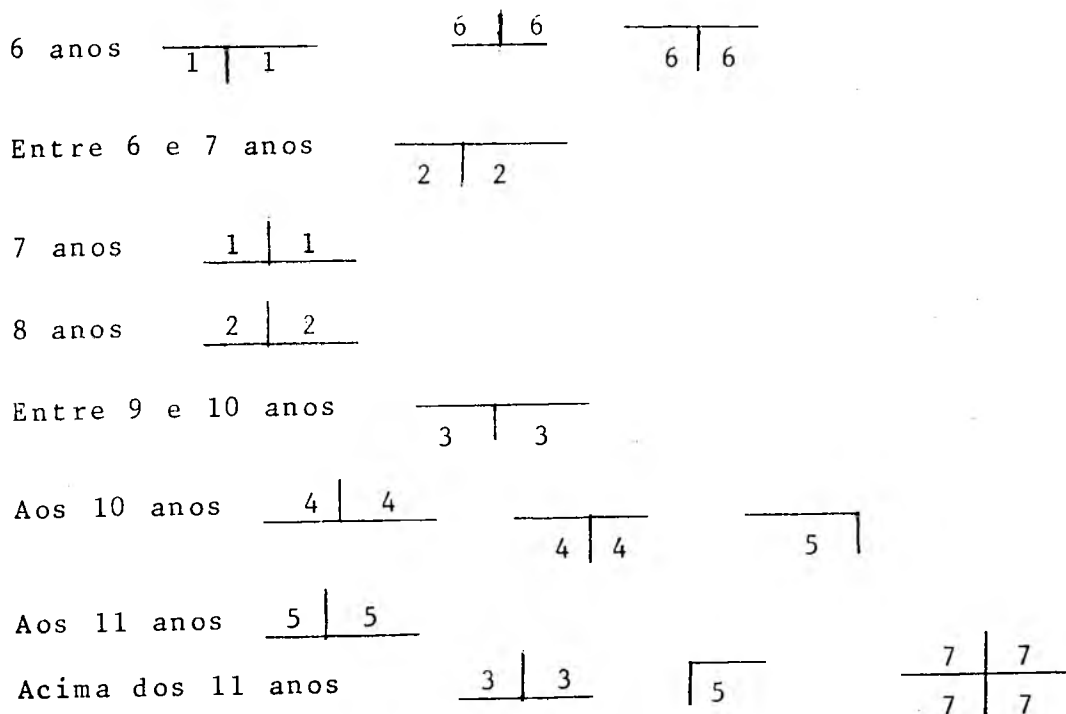
(lado direito) e 71.43% (lado esquerdo), são os que se seguem erupcionando aos 8 anos.

Entre 9 e 10 anos dá-se a erupção dos caninos inferiores presentes aos 10 anos em 76.47%. Logo a seguir, verifica-se a erupção dos quatro primeiros pré-molares, presentes aos 10 anos em percentuais superiores a 70% e o segundo pré-molar interior direito em 64.70%.

Os segundos pré-molares superiores estão presentes em 60.00% no lado direito e 52.00% no lado esquerdo aos 11 anos.

Além dos 11 anos erupcionam os caninos superiores, segundo pré-molar inferior esquerdo e os segundos molares inferiores e superiores.

Para o sexo masculino temos, em resumo, a seguinte seqüência:



Considerando os arcos em separado teremos a seguinte seqüência:

MAXILA	6-1-2-4-5-3-7
MANDÍBULA	1-6-2-3-4-5-7
AMBOS OS ARCOS	<u>1</u> <u>6</u> <u>6</u> <u>2</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>5</u> <u>3</u> <u>7</u> <u>7</u>

Quando se compara a seqüência de erupção obtida por MARQUES⁶⁷ (1977) e a do presente trabalho, observa-se que no sexo masculino para a maxila, ambos os dados se assemelham. No entanto, no arco inferior, os incisivos centrais erupcionam antes dos primeiros molares permanentes e não concomitantemente como no estudo daquele autor.

Comparando a seqüência de erupção no sexo masculino encontrada neste trabalho com os de AMMON et alii³ (1983), verifica-se que na seqüência destes últimos autores, os primeiros molares inferiores erupcionam antes dos incisivos inferiores. No presente trabalho são os incisivos inferiores que erupcionam antes dos primeiros molares permanentes, confirmando as observações de CLEMENTS et alii²¹ (1953) e LINO⁶⁵ (1982). Este último autor afirma que nas crianças succionadoras os incisivos erupcionam antes dos primeiros molares permanentes.

Nota-se ainda que a erupção dos caninos inferiores, neste trabalho, ocorre antes dos quatro primeiros pré-molares, ao passo que no trabalho de AMMON et alii³ (1983), os quatro primeiros pré-molares erupcionam antes dos caninos inferiores.

5.5.2.2 - Sexo feminino

Peça análise da tabela 5.7 verifica-se a seqüência de erupção no sexo feminino.

Nota-se aos 6 anos a erupção dos incisivos centrais inferiores, presentes nestas crianças em percentuais de 55.55%.

TABELA 5.7 - Percentual do número de dentes permanentes erupcionados, em crianças do sexo feminino segundo o arco, lado, dente e idade, em escolas públicas e particular, em Florianópolis, 1985.

Sexo		F E M I N I N O																							
		S U P E R I O R																							
		D I R E I T O										E S Q U E R D O													
Idade	Nº Crianças	Dente	Lado	Arco	D I R E I T O							E S Q U E R D O													
					7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7							
5	34	-	14.70	-	-	-	-	-	-	2.94	2.94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14.70	-	
6	18	-	50.00	-	-	-	-	-	-	16.67	16.67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44.44	-	
7	32	-	93.75	-	-	-	-	-	-	34.37	78.12	34.37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93.75	-	
8	19	-	100.00	-	-	5.26	-	-	-	78.95	94.74	84.21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00	-	
9	16	-	100.00	31.25	43.75	18.75	93.75	100.00	93.75	100.00	93.75	100.00	25.00	43.75	37.50	100.00	-	-	-	-	-	-	100.00	-	
10	31	16.12	100.00	54.84	77.42	54.84	93.55	100.00	100.00	93.55	100.00	93.55	58.06	83.87	51.61	100.00	16.13	-	-	-	-	-	100.00	16.13	
11	43	20.93	100.00	62.79	90.70	67.44	97.67	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	69.77	88.37	74.42	100.00	13.95	-	-	-	-	-	100.00	13.95	
TOTAL	193	7.25	79.27	25.39	36.79	25.39	58.03	70.98	68.91	59.58	26.94	36.79	27.98	78.76	5.70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		I N F E R I O R																							
		5	34	-	20.59	-	-	-	-	-	29.41	23.53	2.94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20.59	-
6	18	-	50.00	-	-	-	-	-	-	5.55	66.67	5.55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38.89	-	
7	32	-	96.87	-	-	-	-	-	-	78.12	96.87	62.50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00	-	
8	19	-	100.00	5.26	5.26	-	-	-	-	94.74	100.00	94.74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100.00	-	
9	16	6.25	100.00	43.75	37.50	31.25	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	37.50	43.75	12.50	100.00	6.25	-	-	-	-	-	100.00	6.25	
10	31	41.93	100.00	64.52	77.42	93.55	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	93.55	80.64	61.29	100.00	48.39	-	-	-	-	-	100.00	48.39	
11	43	48.84	100.00	67.44	88.37	97.67	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.67	90.70	67.44	100.00	37.21	-	-	-	-	-	100.00	37.21	
TOTAL	193	18.13	80.82	27.98	35.75	39.38	69.43	82.90	82.38	67.36	39.90	36.79	25.91	80.31	16.58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(lado direito) e 66.67% (lado esquerdo).

Logo a seguir, entre 6 e 7 anos, observa-se os primeiros molares inferiores e superiores presentes aos 7 anos em percentuais superiores a 90%.

Aos 7 anos os incisivos centrais superiores estão presentes em 78.12% no lado direito e em 68.75% no lado esquerdo e os incisivos laterais inferiores em 78.12% (lado direito) e 62.50% (lado esquerdo).

Os incisivos laterais superiores são as que se seguem, erupcionando entre 7 e 8 anos apresentando-se nesta tabela em 78.95% (lado direito) e 84.21% (lado esquerdo) aos 8 anos.

Entre 9 e 10 anos erupcionam os caninos inferiores, pois aos 10 anos já estão presentes em 93.55%, e os quatro primeiros pré-molares, que aos 10 anos se apresentam com percentuais maiores que 77%.

Aos 10 anos dá-se a erupção dos segundos pré-molares inferiores (presentes em percentuais maiores que 60%) e segundos pré-molares superiores (presentes em percentuais maiores que 50%) e ainda os caninos superiores em 54.84% (lado direito) e 58.06% (lado esquerdo).

Acima de 11 anos erupcionam os segundos molares inferiores e superiores.

Para o sexo feminino temos, em resumo, a seguinte seqüência:

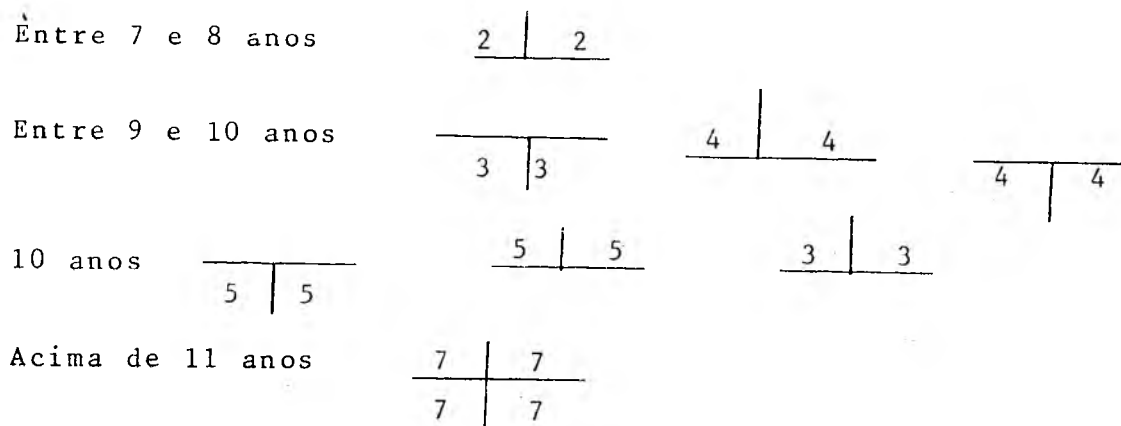
6 anos $\begin{array}{c} \hline 1 \mid 1 \\ \hline \end{array}$

Entre 6 e 7 anos

$\begin{array}{c} 6 \mid 6 \\ \hline 6 \mid 6 \\ \hline \end{array}$

7 anos $\begin{array}{c} \hline 1 \mid 1 \\ \hline \end{array}$

$\begin{array}{c} \hline 2 \mid 2 \\ \hline \end{array}$



Considerando os arcos em separado teremos a seqüência:

MAXILA

6-1-2-4-5-3-7

MANDÍBULA

1-6-2-3-4-5-7

AMBOS OS ARCOS

1 6 6 1 2 2 3 4 4 5 5 3 7 7

Observou-se que nas meninas, no presente estudo, a seqüência de erupção foi a mesma encontrada por MARQUES⁶⁷ (1971), para ambos os arcos.

Comparando estes achados com os de AMMON et alii³ (1983), verifica-se que nos achados destes autores os primeiros molares erupcionam antes dos incisivos centrais inferiores e que no presente trabalho os incisivos centrais inferiores são os que primeiro erupcionam, mais uma vez confirmando as afirmações de CLEMENTS et alii²¹ (1953) e LINO⁶⁵ (1982).

C A P Í T U L O VI

C O N C L U S Õ E S

C O N C L U S Õ E S

De acordo com os resultados obtidos pode-se tirar as seguintes conclusões:

1. A prevalência do hábito de sucção nas 944 crianças, com história de hábito, além dos 3 anos e 6 meses de idade, foi de 40.25% (380), sendo 41.58% (158) meninos e 58,42% (222) meninas, sendo esta diferença entre os sexos estatisticamente significativa a um nível de 5%.

2. Os tipos de hábitos encontrados nas 334 crianças da amostra diferenciada foram:

2.1 - Chupeta: 81.13%, sendo 77.30% do sexo masculino e 83.94% do sexo feminino.

2.2 - Dedo: 16.77%, sendo 18.44% meninos e 15.54% meninas.

2.3 - Língua: 1.20%, tinha este hábito, sendo todos do sexo masculino.

2.4 - Lábio e fralda: 0.30% era portador do hábito de sucção de lábio e 0.60% do de fralda.

Não houve diferenças, estatisticamente significativas, entre os sexos nos vários hábitos, com exceção de sucção de língua onde a significância verificada foi irrelevante em face da pequena amostra daquele tipo de hábito.

Pode-se afirmar a um nível de significância de 5%, que o hábito de sucção de chupeta foi mais prevalente do que os outros tipos de hábito, seguido pelo de sucção de dedo. Não houve diferenças, estatisticamente significativas, entre os hábitos de sucção de língua, lábio e fralda.

3. A ocorrência de mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior, manifestou-se da seguinte forma:

3.1 - Mordida aberta anterior:

A relação causa-efeito da má oclusão e hábito de sucção, caracterizada por mordida aberta anterior, parece ser evidente nos casos estudados, onde 60.48% das crianças portadoras do hábito (65.25% dos meninos e 56.99% das meninas) apresentava este tipo de má oclusão, não havendo diferença estatisticamente significativa entre sexos.

3.2 - Mordida cruzada posterior:

Apresentou-se em 23.95% das crianças, sendo 24.11% meninos e 23.83% meninas, não sendo esta diferença estatisticamente significativa.

4. Os tipos de oclusão, segundo ANGLE, encontrados nas crianças foram:

4.1 - Oclusão tipo classe I: 50.90% (51.77% meninos e 50.26% meninas).

4.2 - Oclusão tipo classe II: 17.96% (20.57% meninos e 16.06% meninas).

4.3 - Oclusão tipo classe III: 9.28% (6.38% meninos e 11.40% meninas).

4.4 - Não possuíam, ainda, chave de oclusão do primeiro molar permanente: 21.86% (21.28% meninos e 22.28% meninas).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os sexos.

Pode-se afirmar que o tipo de oclusão classe I prevaleceu sobre o de classe II e este sobre o de classe III, sendo estas diferenças estatisticamente significantes a um nível de

5. Quanto à cronologia e à seqüência de erupção dos dentes permanentes, pode-se concluir que:

5.1 - A época de erupção dos dentes permanentes é mais precoce nas crianças do sexo feminino quando comparada com a do sexo masculino;

5.2 - O número de dentes permanentes erupcionados é sempre maior no arco inferior quando comparado com o superior, nas idades avaliadas;

5.3 - Não foram observadas diferenças consideráveis entre o número médio de dentes permanentes erupcionados nos lados direito e esquerdo;

5.4 - A cronologia de erupção dos dentes permanentes, por idade, foi:

Sexo Arco Dente	M A S C U L I N O		F E M I N I N O	
	INF.	SUP.	INF.	SUP.
I Central	6	7	6	7
I Lateral	6 e 7	8	7	7 e 8
Canino	9 e 10	acima 11	9 e 10	10
1º P.M.	10	10	9 e 10	9 a 10
2º P.M.	10	11	10	10
1º M.	6	6	6 e 7	6 e 7
2º M.	acima 11	acima 11	acima 11	acima 11

5.5 - A seqüência de erupção dos arcos isolados foi a seguinte: - para o sexo masculino - Maxila.

6 - 1 - 2 - 4 - 5 - 3 - 7

Mandíbula

1 - 6 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7

- para o sexo feminino - Maxila

6 - 1 - 2 - 4 - 5 - 3 - 7

Mandíbula

1 - 6 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7

5.6-Quando combinados os dois arcos, a seqüência foi:

- para o sexo masculino:

$\bar{1}$ $\underline{6}$ $\bar{6}$ $\bar{2}$ $\underline{1}$ $\underline{2}$ $\bar{3}$ $\underline{4}$ $\bar{4}$ $\bar{5}$ $\underline{5}$ $\underline{3}$ $\bar{7}$ $\underline{7}$

- para o sexo feminino:

$\bar{1}$ $\bar{6}$ $\underline{6}$ $\underline{1}$ $\bar{2}$ $\underline{2}$ $\bar{3}$ $\underline{4}$ $\bar{4}$ $\bar{5}$ $\underline{5}$ $\underline{3}$ $\bar{7}$ $\underline{7}$

5.7 - Não foram encontradas, na amostra examinada, diferenças que pudessem ser imputadas aos hábitos de sucção.

CAPÍTULO VII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ADLER, P. Effect of some enviromental factors on sequence of permanent tooth eruption. J. Dent. Res., 42(2):605-6, Mar./Apr. 1963.
02. AMMON, I. O. N. et alii. Cronologia de erupção dos dentes permanentes de escolares de Florianópolis, Santa Catarina. Rev. Ciênc. Saúde, 1(1):101-13, jul., 1982.
03. _____. Sequência de erupção dos dentes permanentes; Um estudo em escolares de Florianópolis, Santa Catarina. Odont. Mod., 10(1-2):6-13, jan./fev., 1983.
04. ANDERSON, D. L. et alii. Contributory factors in oral debris removal and thumbsucking. J. Period., 45:230-3, Apr., 1974.
05. ANGLE, E. H. apud MOYERS, R. E. Classificação e terminologia da má oclusão. In: _____. Ortodontia. 3ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979. p. 265-307.
06. ARBENZ, G. O. & ABRAMOWICZ, M. Contribuição para o estudo de cronologia de erupção dos dentes permanentes em escolares de de São Paulo, brancos, nascidos no Brasil. Rev. Fac. Odont. S. Paulo, 2(2):213-9, jul./dez., 1964.
07. AYER, W. Q. & GALE, E. N. Psychology and thumbsucking. J. Amer. Dent. Ass., 80:1335-7, 1970.
08. BAALACK, I. B. & FRISK, A. K. Fingersucking in children: a study of incidence and oclusal conditions. Acta Odont.Scand., 29:499-512, 1971.

09. BANDEIRA-SANTOS, Y. & RUMMLER, M. C. O. Cronologia da erupção dos dentes permanentes em escolares baianos leucodermos, nível sócio econômico médio-alto. Odont. Mod., 11(3): 26-34, mar., 1984.
10. BERENDT, H. C. et alii. Aspectos somáticos e psicológicos do sugador de dedo. Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent., 14(6):312, nov./dez., 1960.
11. BOLASCO-SINDIN, L. Cronologia de la erupcion dentária. Ortodoncia, 38(76):198-202, 1974.
12. BOWDEN, B. D. A longitudinal study of the effects of digit and dummy sucking. Amer. J. Orthod., 52:887-901, 1966.
13. BROCK, A. H. & BARKER, D. K. Eruption of teeth among the racial groups of eastern New Guinea: a correlation of tooth eruption with calendar age. Arch. oral Biol., 17(4):751-9, Apr., 1972.
14. BÜTTNER, M. apud HITCHCOCK, H. P. Habits. In: _____. Orthodontics for undergraduates. Philadelphia, Lea & Febiger, 1974. p. 289-315.
15. CALISTI, L. J. P. et alii. Correlation between malocclusion, oral habits, and socio economic level of preschool children. J. Dent. Res., 39(3):450-4, May/Jun., 1960.
16. CAMPBELL, P. M. Digital sucking habits and posterior crossbite. Oral Health, 74(9):31-2, Sep., 1984.
17. CAMPOS, S. M. Cronologia e seqüência da erupção dos dentes permanentes. Um estudo em escolares brancos de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1967. Tese de Doutorado.

18. CARREL, R. A thumb sucking deterrent. Bull. Philadelphia Contry Dent. Society, 39:16-7, Feb., 1974.
19. CHANDLER apud JOHNSON, L. R. The status of thumbsucking and fingersucking. J. Amer. Dent. Ass., 26(8):1245-54, 1939.
20. CLEMENTS, E. M. B. et alii. Time of eruption of permanent teeth in British children. Brit. Med. J., 1(27):1421-4, Jun., 1953.
21. _____ . Order of eruption of the permanent human dentition. Brit. Med. J., 1(27):1425-7, Jun., 1953.
22. COHEN, M. L. Dentição decídua. In: _____. Ortodontia pediátrica preventiva. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. p. 54-82.
23. _____. Pequenos movimentos dentários na dentição mista. In: _____ Ortodontia pediátrica preventiva. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. p. 93-122.
24. CURZON, M. E. Dental implications of thumb-sucking. Pediatrics, 54:196-200, 1974.
25. DAVIDSON, P. O. et alii. Thumbsucking: habit or sympton? J. Dent. Child., 33:252-9, 1967.
26. De BOER, M. Sucking of the thumb or finger. Neth Dent. J., 83(13):22-69, 1976.
27. FLETCHER, B. T. Etiology of finger sucking: Review of literature. J. Dent. Child., 42:293-8, 1975.
28. FREITAS, J. et alii. Aspectos da cronologia de erupção dos dentes permanentes em crianças brasileiras brancas de 3^a geração. Estomat. & Cult., 4(2):201-8, jul./dez., 1970.

29. FREUD, S. apud AYER, W. A. & GALE, E. N. Psychology and thumbsucking. J. Amer. Dent. Ass., 80:1335-7, 1970.
30. FRIEDLANDER, J. S. et alii. Eruption of the deciduous and permanent teeth of natives on Bouganville Island, territory of New Guineā: a study of racial variation. Hum.Biol., 41 (1):51-65, Feb., 1969.
31. GARCIA-GODOY, F. Hábitos de succion en ninos de 6-15 años de edad de Santo Domingo. Acta Odont. Pediat., 3(1):1-4, Jul., 1982.
32. GARCIA, R. Age of eruption of permanent dentition in the population of Costa Rica. Rev. Ass. Odont. Costa Rica, 3:5-9, Jun., 1968.
33. GARDINER, J. H. A survey of malocclusion and some aetiolo- gical factors in 1000 sheffield school children. Dent.Pract., 6:187, 1956.
34. GARN, S. M. et alii. Advanced tooth emergence in Negro indi- duals. J. Dent. Res., 51(5):1506, Sep./Oct., 1972.
35. GATES, R. E. Eruption of permanent teeth of New South Wales School children. Part I- Ages of eruption. Aust. Dent. J., 9(3):211-8, Jun., 1964.
36. GELLIN, M. E. Anterior open bite serial observations of 37 young children. J. Dent. Child., 33:226-37, 1966.
37. _____. Digital sucking and tongue thrusting in chil- dren. Dent. Clin. North Amer., 22(4):603-19, 1978.
38. GOLDEN, A. Patterns of child rearing in relation to thumb sucking. Brit. J. Orthod., 5:81-5, 1978.

39. GRABER, T. M. The finger sucking habit and associated problems. J. Dent. Child., 25:145-51, 1958.
40. _____. Etiología de la maloclusión: factores generales. In: _____. Ortodoncia; Teoría y práctica. 3ed. México, Interamericana, 1974. p. 239-310.
41. HARNDT, E. Observaciones clínicas sobre la erupción dental. In: HARNDT, E. & WEYRS, H. Odontología infantil. Buenos Aires, Ed. Mundi, 1967. p.80-98.
42. HARYETT, R. D. et alii. Chronic thumbsucking: The psychologic effects and the relative effectiveness of various methods of treatment. Amer. J. Orthod., 53(8):569-85, Aug., 1967.
43. _____. Chronic thumbsucking: relative effectiveness of various methods of arresting thumbsucking. J. Can. Dent. Ass., 34:5-9, 1968.
44. _____. Chronic thumbsucking: A second report on treatment and its psychological effects. Amer. J. Orthod., 57:164-78, 1970.
45. HELMANN, M. apud JOHNSON, L. R. The status of thumbsucking and finger sucking. J. Amer. Dent. Ass., 26(8):1245-54, 1939.
46. HITCHCOCK, H. P. Habits. In: _____. Orthodontics for undergraduates. Philadelphia, Lea & Febiger, 1974. p.289-315.
47. HUMPHREYS, H. F. & LEIGHTON, B. C. A survey of antero-posterior abnormalities of the jaws in children between the age. Brit. Dent. J., 88:3-15, 1950.

48. INFANTE, P. F. An epidemiologic study of finger habits in preschool children, as related to malocclusion, socioeconomic status, race, sex and size of community. J. Dent. Child., 43:33-8, Jan./Feb., 1976.
49. JOHNSON, L. R. The status of thumbsucking and fingersucking. J. Amer. Dent. Ass., 26(8):1245-54, 1939.
50. KAWATA, T. et alii. Experimental study on abnormal habits and malocclusion (Part. III). J. Osaka Univ. Dent. School, 14:83-90, 1974.
51. KELLY, J. E. et alii. apud INFANTE, P. F. An epidemiologic study of finger habits in preschool children, as related to malocclusion, socioeconomic status, race, sex, and size of community. J. Dent. Child., 43:33-8, Jan./Feb., 1976.
52. KLEIN, E. T. Pressures habits etiological factors in malocclusion. Amer. J. Orthod., 38:569-87, 1952.
53. _____. The thumbsucking habit: meaningful or empty? Amer. J. Orthod., 59:283-9, 1971.
54. KOHLER, L. & HOLST, K. Malocclusion and sucking habits of four year old children. Acta Pediatr. Scand., 62:269, 1973.
55. KRONFELD, S. M. The effects of premature loss of primary teeth and sequence of eruption of permanent teeth malocclusion. J. Dent. Child., 20(1):2-13, Jan., 1953.
56. KRUMHOLT, L. et alii. Eruption times of the permanent teeth in 622 Ugandan children. Archs Biol., 16(11):1281-28, Nov., 1971.

57. LARSSON, E. Dummy and finger-sucking habits in 4-year-olds. Swed Dent. J., 68:219-24, 1975.
58. LERNER, S. L. Thumb-sucking and dental occlusion. A serial study. Amer. J. Orthod., 41:640, 1955.
59. LESTER, G. et alii. Distractibility, intensity of reaction, and non-nutritive sucking. Psychol. Reports, 39:1212-4, 1976.
60. LEVITAS, T. C. Examine the habit-evaluate the treatment. J. Dent. Child., 37:122-64, 1970.
61. LEVY, D. M. apud KAWATA, T. et alii. Experimental study on abnormal habits and malocclusion (Part. III) J. Osaka Univ. Dent. School, 14:83-90, 1974.
62. LEVY, D. M. apud FLETCHER, B. T. Etiology of finger sucking: Review of literature. J. Dent. Child., 42:293-8, 1975.
63. LEWIS, S. Y. Thumbsucking: a cause of malocclusion in the deciduous teeth. J. Amer. Dent. Ass., 17(6):1060-73, 1930.
64. LEYT, S. Sobre los hábitos de succión digital. Rev. Assoc. Odont. Argentina, 63(5-6):16/112-23, May/Jun., 1975.
65. LINO, A. de P. Hábitos e alterações da seqüência de erupção dentária. In: LASCALA, N. T. Atualização clínica em odontologia. São Paulo, Artes Médicas, 1982. p.31-5.
66. LITTLEFIELD, W. H. Thumbsucking and its relationship to malocclusion in children. Amer. J. Orthod., 38:293-300, 1952.
67. MARQUES, G. D. Estudo da cronologia e seqüência de erupção dos dentes permanentes em crianças da cidade de São Paulo. São Paulo, 1977. Dissertação de Mestrado.

68. MASSLER, M. & WOOD, A. W. S. Thumbsucking. J. Dent. Child., 16:1-9, 1949.
69. McDONALD, R. E. Diagnosis and correction of minor irregularities in the developing dentition. In: _____. Dentistry; for the child and adolescent. 2ed. Saint Louis. The C.V. Mosby Company, 1974. p.370-402.
70. McKNIGHT, J. P. apud FLETCHER, B. T. Etiology of fingersucking: Review of literature. J. Dent. Child., 42:293-8, 1975.
71. MOORE, G. J. et alii. The effects of digit sucking on facial growth. J. Amer. Dent. Ass., 84:592-9, 1972.
72. MORBÁN, L. F. Los hábitos orales en el niño y sus traumas psicológicos. Acta Odont. Pediat., 3(1):5-11, Jun., 1982.
73. MOYERS, R. E. Tratado de ortodoncia. México, Interamericana, 1960. p. 41-100.
74. _____. Classificação e terminologia da má oclusão. In: _____. Ortodontia. 3ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979. p. 265-307.
75. _____. Tratamento de problemas clínicos. In: _____. Ortodontia. 3ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979. p.410-534.
76. _____. Etiologia da má oclusão. In: _____. Ortodontia. 3ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979. p.212-37.
77. MYLLARNIEMI, S. Oral and dental state in helsinki preschool children. V.oral habits and occlusion. Proc. Finn. Dent. Soc., 69:157-63, 1973.

78. NANDA, R. S. et alii. Effect of oral habit on the occlusion on preschool children. J. Dent. Child., 39:449-52, 1972.
79. PARKER, J. The interception of open bite in the early growth. Angle Orthod., 41:24-44, 1971.
80. PETERS, C. F. et alii. Estudo da prevalência de mordidas cruzadas na dentadura decídua. Relação com hábitos de sucção. Rev. paul. Odont., 8(2):38-43, mar./abr., 1986.
81. POPOVICH, F. & THOMPSON, G. W. Thumb and finger-sucking: its relation to malocclusion. Amer. J. Orthod., 63(2):148 - 55, 1973.
82. _____ . Thumb and finger sucking: analysis of contributory factors in 1258 children. Canad. J. Public Health, 65:277-80, Jul./Aug., 1974.
83. PORTER, R. Implications and interrelation of oral habits. J. Dent. Child., 31:164-70, 1964.
84. RAVN, J. J. The prevalence of dummy and finger sucking habits in Copenhagen children until the age of 3 years. Community Dent. Oral Epidemiol., 2:316-22, 1974.
85. ROSA, M. Primeira infância. In: _____. Psicologia evolutiva. Petrópolis, Ed. Vozes, 1983. p.45-67.
86. RUTTLE, A. T. et alii. A serial study of the effects of finger sucking. J. Dent. Res., 32:739-48, 1953.
87. SCHNEIDER, P. & PETERSON, J. Oral habits: considerations in management. Pediat. Clin. N. Amer., 29(3):523-46, Jun., 1982.

88. SCHOUR, I. & MASSLER, M. Desarrollo de los dientes. In: BRAUER, J. C. Odontologia para niños. 4ed. Buenos Aires, Mundi, 1960. p. 41-86.
89. SHOAF, H. Prevalence and duration of thumbsucking in breast-fed and bottle-fed children. J. Dent. Child., 46(2):126-9, 1979.
90. SILVA Fº, et alii. Hábitos bucais deletérios. Abordagem multidisciplinar: Ortodontia x Psicologia x Fonoaudiologia. (No prelo).
91. SIMPSON, W. J. & CHEUNG, D. K. Developing infant occlusion, related feeding methods and oral habits. Part I: Methodology and results at 4 and 8 months. J. Canad. Dent. Ass., 42(3):124-32, Mar., 1976.
92. _____ . Developing infant occlusion, related feeding methods and oral habits. Part II: Discussion and conclusion. J. Canad. Dent. Ass., 42(3):135-42, Mar., 1976.
93. SOUZA FREITAS, J. A. et alii. Influência da fluoretação na cronologia de erupção dos dentes permanentes. Estomat. & Cult., 5(2):156-65, dez., 1971.
94. STEGGERDA, M. & HILL, J. T. Eruption time of teeth among whites, negroes, and Indians. Amer. J. Orthod., 28(6):361-70, Jun., 1942.
95. SVEDMYR, B. Dummy sucking: A study of its prevalence, duration, and malocclusion consequences. Swed. Dent. J., 3:205-10, 1979.

96. SWINEHART, E. W. Structural and nervous effects of thumbsucking. J. Amer. Dent. Ass., 25:736-47, May, 1938.
97. SZPICZAK, A. Persistence de la succion digitale. Contribution a l'etude des consequences et des methodes therapeutiques: Cahies D'odonto-Stomatol., 7(4):41-50, 1975.
98. TOLEDO, O. A. Aspectos da cronologia dos dentes permanentes em escolares primarios, brasileiros, brancos, da cidade de Araçatuba. Considerações sobre o efeito da urbanização nas alterações da cronologia eruptiva. Araçatuba, 1963. Tese Livre-Docência.
99. TRAISMAN, A. S. & TRAISMAN, H. S. Thumb and finger sucking: a study of 2650 infants and children. J. Pediat., 53:566 - 72, 1958.
100. WOOD, A. W. S. Anterior and posterior crossbites. J. Dent.Child., 29:280-6, 1962.
101. ZADIK, D. et alii. Thumb and pacifier-sucking habits. Amer. J. Orthod., 71(2):197-201, Feb., 1977.