

Trabalho de Conclusão de Curso

**PREVALÊNCIA DE MORDIDA ABERTA ANTERIOR
CRIANÇAS INTERNADAS NA UNIDADE DE INTERNACÃO
PEDIÁTRICA DO HU/UFSC NO ANO DE 2013**

Marcela Nuernberg Savio



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Marcela Nuernberg Savio

**PREVALÊNCIA DE MORDIDA ABERTA ANTERIOR EM CRIANÇAS
INTERNADAS NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO
HU/UFSC NO ANO DE 2013**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia
Orientadora: Prof. Dra. Inês Beatriz Da Silva Rath

Florianópolis
2014

Marcela Nuernberg Savio

**PREVALÊNCIA DE MORDIDA ABERTA ANTERIOR EM CRIANÇAS
INTERNADAS NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO
HU/UFSC NO ANO DE 2013**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 23 de julho de 2014.

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Inês Beatriz Da Silva Rath,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Renata Goulart Castro
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Daniela de Rossi Figueiredo
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho

A minha família, em especial ao meu pai **Roberto** e minha mãe **Denise** que apesar de todas as dificuldades, nunca mediram esforços para me ajudar na realização deste grande sonho.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

Agradeço a Universidade Federal de Santa Catarina por todas as oportunidades, experiências e conhecimentos oferecidos para a minha formação.

Ao Hospital Universitário Professor Polydoro de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina, por ter permitido a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao meu pai Roberto, minha mãe Denise e a minha irmã Roberta, por todo o apoio que me deram desde sempre. Obrigada por nunca medirem esforços para me ajudar na realização dos meus objetivos, vocês são a razão da minha existência, amo muito vocês!

A toda minha família, minha doce avó Vanilda, meus tios, tias e primos, agradeço a Deus por cada momento que passamos juntos, vocês são meus exemplos de união e amor.

Ao meu Avô Gilberto, meu segundo pai e principal inspiração por ter escolhido minha profissão. Obrigada por todos os seus ensinamentos, espero um dia poder assemelhar-me a pessoa que és.

A minha amada tia Ilse, minha segunda mãe, exemplo de mulher e profissional, desde sempre me ajudou, incentivou e inspirou. Devo muito a você.

A minha orientadora que tanto admiro, Prof. ^a Dr.^a Inês Beatriz, obrigada por me acompanhar desde o início da minha formação acadêmica sempre com seu jeito doce, paciente e bem humorado.

As doutorandas do projeto HU, Daniela e Gianina pela dedicação dada ao nosso projeto.

A toda a equipe que participou do projeto de extensão: Atenção Odontológica aos pacientes internados na UIT - HU UFSC, pelo carinho e dedicação ao projeto, permitindo assim a realização deste trabalho.

Ao professor Prof. Dr. João Luiz Dornelles Bastos, pela competência e boa vontade no auxílio da análise estatística deste trabalho.

A minha querida dupla e amiga Barbara, obrigada pela paciência e amizade durante toda essa jornada. Você tornou os meus dias muito mais felizes ao longo destes 5 anos.

A minha grande amiga Elaine, conselheira, parceira de viagens, de universidade e de vida. Você me ensinou o valor de uma verdadeira amizade.

A todos aqueles, que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

Maloclusões são variações significativas do crescimento e da morfologia das arcadas dentárias, geralmente causadas por interações de fatores hereditários, congênitos e/ou adquiridos de ordem geral ou local. Dentre os fatores que podem ter uma influência direta podemos citar os hábitos de sucção não nutritivos e padrões de deglutição anormais. Entre as maloclusões, a mordida aberta anterior se destaca quando se associam hábitos de sucção não nutritiva e práticas de aleitamento inadequadas. O objetivo deste estudo foi levantar a prevalência de mordida aberta anterior relacionada a hábitos bucais parafuncionais em crianças internadas na Unidade de Internação Pediátrica do HU/ UFSC no ano de 2013. Foram levantados dados constantes no banco de dados do projeto de extensão universitária: “Atenção odontológica a pacientes internados no HU/ UFSC – Unidade de internação pediátrica” vinculado ao projeto de pesquisa: “Atenção Odontológica hospitalar no HU/UFSC: perfil das crianças assistidas na unidade de internação pediátrica do HU/UFSC” quanto a presença de mordida aberta anterior e hábitos para funcionais. Foram utilizados os dados de crianças na faixa etária de 2 a 12 anos de idade, divididas em dois grupos: Pré escolares (2 a 5 anos 11 meses e 29 dias) e Escolares (de 6 a 12 anos 11 meses e 29 dias). Neste estudo, foi encontrada prevalência de 17,96% de crianças com mordida aberta anterior. A mordida aberta anterior mostrou forte associação aos hábitos para funcionais de sucção de chupeta ($p=0,00$), uso da mamadeira ($p=0,038$) e de dígito sucção ($p=0,420$) na faixa etária de Pré-escolares. Na faixa etária dos Escolares não foi encontrada associação positiva da mordida aberta anterior com os hábitos para funcionais. Esta diferença pode estar relacionada ao abandono dos hábitos devido ao amadurecimento da criança. O Cirurgião Dentista pode desempenhar importante papel na prevenção desta maloclusão através do aconselhamento dos pais quanto a importância da remoção destes hábitos em uma idade precoce.

Palavras-chave: odontologia, ortodontia, mordida aberta anterior, hábitos bucais para funcionais.

ABSTRACT

Malocclusions are significant variations in growth and morphology of the dental arches, usually caused by interactions of hereditary, congenital and / or acquired general order or location factors. Among the factors that may have a direct influence we can include non-nutritive sucking habits and abnormal swallowing patterns. Between malocclusion, anterior open bite stands when combining non-nutritive sucking habits and improper feeding practices. The aim of this study was to identify the prevalence of anterior open bite related to parafunctional oral habits in children admitted to the Pediatric Inpatient Unit of HU / UFSC in 2013. Constant data were collected in the database of the university extension project: "Attention dental patients hospitalized in HU / UFSC - pediatric inpatient unit" linked to the research project: "Attention dental hospital in HU/UFSC: profile of children assisted in the pediatric inpatient unit of HU/UFSC" about the presence of anterior open bite and oral habits. Were used data from children with 2-12 years of age, divided into two groups: Pre School (2-5 years 11 months and 29 days) and School (6-12 years 11 months and 29 days). In this study, prevalence of 17.96% of children with anterior open bite was found. The anterior open bite showed strong association with habits for functional pacifier sucking ($p = 0.00$), bottle-feeding ($p = 0.038$) and digit sucking ($p = 0.420$) in the age group of preschool. In the age group of School no positive association of anterior open bite with habits was found. This difference may be related to the abandonment of habits due to the maturity of the child. The Dentist can play an important role in the prevention of malocclusion through counseling of parents regarding the importance of removing these habits at an early age.

Keywords: dentistry, orthodontics, anterior open bite, oral habits.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Associação entre presença de mordida aberta anterior e hábito de sucção de chupeta em Pré-escolares	26
Tabela 02 - Associação entre presença de mordida aberta anterior e hábito de sucção de chupeta em Escolares	28
Tabela 03 - Associação entre presença de mordida aberta anterior e o uso de mamadeira em Pré-escolares	29
Tabela 04 - Associação entre presença de mordida aberta anterior e o uso de mamadeira em Escolares	30

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 Considerações a respeito do sistema estomatognático	13
2.2 Maloclusão	14
2.3 Etiologia das maloclusões	16
2.4 Tratamento da mordida aberta anterior	18
3. OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4. MATERIAIS E MÉTODOS	21
4.1 Delineamento	21
4.2 Aspectos éticos e legais	21
4.3 Composição da amostra	21
4.4 Análise de dados	22
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6. CONCLUSÃO	32
7. REFERÊNCIAS	34
8. ANEXOS	40

1. INTRODUÇÃO

Maloclusões são variações significativas do crescimento e da morfologia das arcadas dentárias, que podem resultar da combinação de pequenas variações da normalidade. Geralmente, são causadas por interações de fatores hereditários, congênitos e/ou adquiridos de ordem geral ou local, como por exemplo, os hábitos bucais parafuncionais ou deletérios (DRUMOND, et al., 2011).

Entre as maloclusões a mordida aberta anterior está relacionada a hábitos de sucção não nutritiva e práticas de aleitamento inadequadas (GONDIM, et al., 2010).

É de grande importância para os profissionais da odontologia conhecerem as práticas de aleitamento e os hábitos bucais parafuncionais, pois é sabido que quaisquer intervenções prévias para preveni-los resultam em melhor qualidade de vida através do estabelecimento de condições adequadas de alimentação, respiração e fala, favorecendo a harmonia e o equilíbrio entre esqueleto, tecidos moles, morfologia e volume dentário, os quais tem interferência direta sobre a oclusão. (GONDIM, et al., 2010).

O conhecimento da etiologia da maloclusão é fundamental no trabalho ortodôntico, pois, na maioria das vezes, há necessidade de eliminar as causas para corrigi-la. O binômio causa-efeito é mais do que verdadeiro em ortodontia (VELINI, 2008).

Em alguns casos, algumas intervenções são necessárias não apenas para prevenir alterações dento faciais, mas também para eliminar a perpetuação de fatores que possam modificar o padrão de mastigação e fala, como a interposição da língua entre os incisivos (ROMERO et al., 2011).

A maloclusão quando corrigida precocemente favorece o desenvolvimento facial e do sistema estomatognático, além de ser mais facilmente tratada e com menor custo. Sabendo-se da importância e da necessidade da prevenção de maloclusões na faixa etária pré-escolar, é importante determinar quais os fatores etiológicos que contribuem para a instalação das mesmas. (ROMERO et al., 2011).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de mordida aberta anterior relacionada a hábitos bucais funcionais ou para funcionais em crianças internadas, no período de março a dezembro de 2013, na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/ UFSC), Florianópolis, Santa Catarina.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Considerações a respeito do sistema estomatognático

O sistema estomatognático, ou sistema mastigatório é uma entidade fisiológica, funcional, integrada por um conjunto heterogêneo de órgãos e tecidos, cuja biologia e fisiopatologia são absolutamente interdependentes. (BEHSNILIAN, VARTAN, 1971)

É responsável primordialmente pela mastigação, fala e deglutição. Seus componentes também desempenham um papel importante no paladar e na respiração. É composto por ossos, articulações, ligamentos, dentes e músculos. (OKESON, 2008).

Na definição de Ash (1996) o sistema mastigatório é uma unidade funcional composta de dentes, suas estruturas de suporte, maxilares, articulações temporomandibulares, músculos envolvidos direta e indiretamente na mastigação (incluindo os músculos dos lábios e da língua), e os sistemas vascular e nervoso suprindo esses tecidos.

A formação da face humana inicia-se entre a quinta e a sétima semana após a fertilização, a partir da formação dos cinco arcos branquiais. O primeiro e o segundo arcos branquiais são responsáveis pelo desenvolvimento da maioria das estruturas faciais adultas. Até o quarto mês de vida intrauterina ocorre, devido ao desenvolvimento dos germes dentários e do osso basal, a determinação da forma básica das arcadas dentárias. Concomitantemente, há a adaptação da língua ao espaço, que vai sofrendo aumento gradual. (MOYERS, 1991 apud CASTRO, 2010, p.19)

Durante a vida pré-natal, a musculatura associada a região orofacial amadurece mais depressa que nas regiões dos membros, visto que a boca é o órgão onde várias funções vitais devem estar em plena atividade desde o nascimento, sendo que os reflexos respiratórios, de oclusão da maxila e mandíbula, regurgitamento, sucção e deglutição infantis desenvolvem-se todos dentro de um padrão, entre a primeira e a trigésima segunda semana de vida intrauterina. (MOYERS, CARLSON, 1993)

Instintivamente, o indivíduo suga os dedos, a língua e os lábios ainda na vida intrauterina, fazendo com que, ao nascimento, a função de sucção já esteja completamente desenvolvida. (VERRASTRO, 2007)

Após o nascimento, a maturação da neuromusculatura orofacial é proporcionada pelas funções bucais que o recém-nascido realiza, como a sucção, deglutição, choro e manutenção das vias aéreas e, mais tarde, pela mastigação, fonação, expressão facial e deglutição maduras. (MOYERS, CARLSON, 1993)

A primeira fase do desenvolvimento psicológico da criança, denominada fase oral, perdura pelos dois primeiros anos de vida, e é nesta etapa que a satisfação dos prazeres e a própria subsistência giram em torno da cavidade bucal, principalmente através do ato de sugar. (FREUD, 1973; JOHNSON; LARSON, 1993; LEVINE, 1998; CASANOVA, 2000; BITTENCOURT et al., 2002; SANTOS et al., 2009)

A função da sucção também pode representar um mecanismo de descarga de energia e de tensão, servindo como fonte de prazer e segurança para a criança. Muitas vezes, a necessidade fisiológica e psicológica desse ato a leva a procurar outras fontes que não só o peito ou a mamadeira. Essa sucção sem fins alimentares, ou seja, sucção digital, de chupeta ou de outros objetos é chamada de sucção não nutritiva e pode se transformar em um hábito parafuncional, comprometendo a morfologia e a função do sistema estomatognático, com repercussões na vida pessoal, se persistir além da primeira infância (RAMOS-JORGE; REIS; SERRA-NEGRA, 2001; ROTTMANN; IMPARATO; ORTEGA, 2011).

Os hábitos de sucção não nutritivos, adicionalmente à influência direta, podem ter um efeito indireto na etiologia das maloclusões, por meio da associação com um padrão de deglutição anormal (OVSENIK et al., 2007; MELSEN; STENSGAARD; PEDERSEN, 1979)

2.2 Maloclusão

As maloclusões representam variações significantes do crescimento e da morfologia dos arcos dentários e, como consequência, acarretam desde a insatisfação estética do indivíduo como, também, alterações na fala, respiração, postura, mastigação, deglutição, disfunções da articulação temporomandibular e dores buco-faciais. (PROFFIT, 2002)

Dentre as maloclusões, cita-se a mordida aberta, que é definida como uma deficiência no contato vertical normal entre os dentes antagonistas, podendo manifestar-se em uma região limitada ou, mais raramente, em todo o arco dentário. Se a falta de contato entre os dentes localiza-se na região de incisivos e/ou caninos quando a oclusão está em

relação cêntrica, esta passa a ser denominada de mordida aberta anterior. (MOYERS, 1991)

As mordidas abertas podem ser divididas em duas categorias: dental e esquelética (BURFORD e NOAR, 2003).

Na mordida aberta dental, ou dento alveolar, o distúrbio ocorre na erupção dos dentes e no crescimento alveolar. Na mordida aberta esquelética, além dos distúrbios dento alveolares, há desproporção entre os diversos ossos que compõem o complexo craniofacial (PROFFIT, 2002).

De acordo com Sandler, Madahar e Murray (2011) quando o componente de crescimento facial vertical é desproporcionalmente maior do que o crescimento horizontal estabelece-se a denominada “Síndrome da face longa”. A mordida aberta resultante, usualmente será simétrica e, em situações mais extremas, a oclusão ocorrerá somente na região dos molares.

O interesse pela etiologia e diagnóstico precoce da mordida aberta anterior justifica as investigações epidemiológicas.

A Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil) é a mais abrangente pesquisa sobre as condições de saúde bucal realizada no Brasil até hoje. No SB Brasil 2003, foi observada uma prevalência de 36,46% de maloclusões na população brasileira, classificadas em caráter leve, moderado e severo. Na faixa etária de cinco anos, a maloclusão leve foi a mais encontrada (22,1%), seguida dos problemas moderados ou severos (14,5%). Em crianças de 12 anos, encontrou-se 21% de problemas muito severos, o que demonstra que a má oclusão pode se agravar com a idade.

Um segundo levantamento, realizado em 2010 (SB Brasil, 2010) avaliou as maloclusões na faixa etária de 5 anos segundo o índice de Foster e Hamilton (Classe I, II e III) e também quanto a presença de sobressaliência, sobremordida e mordida cruzada posterior. Observou-se que 66,7% das crianças possuíam ao menos uma condição de maloclusão. Na faixa etária de 12 anos 20% da população apresentou oclusopatia definida, seguida de 11,2% com oclusopatias severas e 6,5% com oclusopatias muito severas.

Castro (2010) verificou em seu estudo que o panorama atual de atenção às oclusopatias no Brasil caracteriza-se por elevada prevalência e insuficiente capacidade de cobertura, havendo discrepâncias regionais. No âmbito da atenção básica, o sistema de saúde oferta ações educativas e preventivas, necessitando implementar as ações de tratamento.

Considerando-se as políticas públicas de saúde, medidas de prevenção e intervenção devem ser implementadas o mais precocemente possível na população. (EMMERICH et al., 2004)

Desse modo, é possível aumentar-se a proporção de crianças com uma oclusão satisfatória e, por outro lado, pode-se reduzir a gravidade das maloclusões instaladas, diminuindo, com isso, o número de indivíduos com maloclusão moderada/severa para níveis mais aceitáveis socialmente e viáveis economicamente. (MACHADO, 2013)

A ampliação e qualificação da rede de atenção em saúde bucal, apontada pela Política Nacional de Saúde Bucal, estabeleceram o início da organização da atenção especializada às oclusopatias, com a inclusão da ortodontia e ortopedia funcional dos maxilares no Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Este manual foi desenvolvido com o intuito de “estabelecimento de critérios de referência e contra referência entre a rede de Atenção Básica em Saúde e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de instrumentalizar a prática clínica e de gestão”. (BRASIL, 2008)

De acordo com o Manual de Especialidades em Saúde Bucal compete à Atenção Básica ações preventivas e educativas, incluindo orientações sobre amamentação, eliminação de interferências oclusais e remoção de hábitos nocivos. Compete à Atenção Secundária o encaminhamento dos usuários de 6 a 12 anos de idade (11 anos, 11 meses e 29 dias) com oclusão inadequada que não tenha possibilidade de ser resolvida na Atenção Básica. (BRASIL, 2008)

2.3 Etiologia das maloclusões

O conhecimento da etiologia das maloclusões é fundamental no trabalho ortodôntico, pois, na maioria das vezes, há necessidade de eliminar as causas para corrigi-las. O binômio causa-efeito é mais do que verdadeiro em ortodontia (VELINI, 2008).

O sistema de classificação de maior aceitação hoje em dia foi proposto por Graber em 1966, ele propõe a divisão dos fatores etiológicos das maloclusões em duas ramificações: gerais (extrínsecos) e locais (intrínsecos). (VELINI, 2008)

Como fatores extrínsecos temos a herança genética, deficiências nutricionais, alterações metabólicas, defeitos congênitos, fatores ambientais pré e pós-natais, enfermidades, postura, hábitos parafuncionais, traumatismos e acidentes. (VELINI, 2008)

Dentre os fatores intrínsecos podemos descrever as alterações em número, forma e tamanho dos dentes; anomalia do freio labial,

erupção dos dentes permanentes com atraso e desvio anormal do trajeto, anquilose dentária, perda prematura, retenção prolongada de dentes, lesão de cárie e restaurações dentárias inadequadas. (VELINI, 2008)

A etiologia da mordida aberta anterior é multifatorial e está quase sempre associada a uma desarmonia mio funcional orofacial, seja por fatores genéticos ou pela ação prolongada de hábitos bucais. (PETRELLI, 1992).

A sucção digital, quando persistente, pode impedir fisicamente o desenvolvimento vertical dos incisivos agindo como uma barreira física. O resultado da sucção digital é frequentemente uma mordida aberta assimétrica associada à mordida cruzada posterior. O aumento da pressão das bochechas eleva a posição da língua, induzindo o movimento dental para frente do arco dental. A incidência da digito sucção como causa da mordida aberta anterior diminui com a idade, correspondendo a 30% em crianças de 1 ano, 12 % aos 9 anos e 5% aos 12 anos de idade. Crianças com hábito de digito sucção maior do que 6 horas por dia, podem desenvolver significativa maloclusão. (SANDLER, MADAHAR, MURRAY, 2011)

Um fator endógeno ou primário é a interposição da língua entre os arcos dentários, sendo difícil distinguir uma interposição adaptativa da língua do selamento bucal anterior normal. A única forma de diagnosticar, com absoluta certeza, é quando a mordida aberta anterior recorre após um tratamento ortodôntico bem sucedido. Nestes casos, haverá necessidade de uma correção fonoaudiológica conjuntamente ou anteriormente ao tratamento ortodôntico. (SANDLER, MADAHAR, MURRAY, 2011)

O hábito de respiração bucal devido à obstrução nasal pelo crescimento tonsilar ou adenoidal, também pode ser um fator que contribui para o estabelecimento de uma maloclusão mas, geralmente, não é o principal fator. (SANDLER; MADAHAR; MURRAY, 2011).

De acordo com Gondim et al. (2010) crianças amamentadas no peito, por no mínimo seis meses, tendem a apresentar menos hábitos parafuncionais do que aquelas amamentadas na mamadeira, as quais apresentam maior propensão para adquirir hábitos de sucção não nutritiva. Estes hábitos parafuncionais levam a alterações na conformação do palato e interferências na formação dos arcos dentários, produzindo alterações na postura de repouso dos lábios e da língua

Segundo Guimarães Jr. et al. (2011) “o aleitamento infantil por meio da mamadeira satisfaz somente as necessidades nutricionais, enquanto que a necessidade emocional de sucção frequentemente não é satisfeita”. Ressalta, ainda, que o ato de sugar o bico de borracha não

estimula a protrusão e retrusão da mandíbula, importantes para o crescimento mandibular. Ainda, o aleitamento artificial estimula apenas os músculos bucinadores e orbiculares dos lábios, enquanto o aleitamento materno estimula, também, outros músculos, tais como, o temporal, digástrico, masseter e pterigoideos laterais e mediais.

Estudos apontam o uso da chupeta como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de maloclusões, estando fortemente associado a mordida aberta anterior. (TOMITA, BIJELLA, FRANCO, 2000; CARVALHO et al., 2009; GONDIM et al., 2010; LIMA et al., 2010; CARDOSO, 2012; TIBOLLA et al., 2012)

Tomita, Bijella, Franco (2000) ressaltam que a chupeta é um bem de consumo de preço reduzido, amplamente acessível à população e que sua utilização é estimulada pelos pais, frente ao choro infantil, desde as idades mais tenras.

2.4 Tratamento da mordida aberta anterior

Mordida aberta tem fascinado a Ortodontia, devido às dificuldades quanto ao seu tratamento e manutenção dos resultados. Esta anomalia tem características distintas que, para além da complexidade de vários fatores etiológicos, tem consequências estéticas e funcionais (MATSUMOTO, 2012).

Os aspectos estéticos e funcionais, tais como, a inabilidade dos incisivos em cortar eficientemente os alimentos, dificuldade de selamento labial e na fala são as queixas mais comuns e as principais razões pelas quais os pacientes buscam tratamento para a mordida aberta anterior. (SANDLER; MADAHAR; MURRAY, 2011)

Para formular um plano de tratamento adequado, o diagnóstico preciso é essencial. Mordida aberta simples pode, por vezes, resolver completamente durante a transição da dentição mista para a permanente se o hábito de dígito sucção for retirado. Mordidas abertas mais significativas, raramente desaparecem espontaneamente e, muitas vezes, irão exigir tratamento ortodôntico complexo. (SANDLER; MADAHAR; MURRAY, 2011)

Quando os hábitos de sucção não nutritiva não estão presentes nas crianças, a mordida aberta tende a desaparecer. Isto é importante para aconselhar os pais que estes hábitos devem ser removidos antes da erupção dos incisivos permanentes. (GÓIS et al., 2013)

A mordida aberta anterior pode requerer assistência profissional durante a fase de dentição decídua para aconselhamento do abandono de

hábitos de sucção não nutritiva, muitas vezes associando-se ou não o tratamento ortodôntico interceptativo.

Dentro deste contexto etiológico, vários tipos de mecanismos têm sido usados no tratamento da mordida aberta, tal como grade palatina, forças ortopédicas, ajuste oclusal, camuflagem ortodôntica com ou sem extração, a intervenção ortodôntica utilizando mini-implantes ou mini placas, e até mesmo cirurgia ortognática e tratamento fonoaudiológico. Um diagnóstico preciso e determinação etiológica são sempre os melhores guias para estabelecer os objetivos e o plano de tratamento ideal para tal maloclusão. (MATSUMOTO et al., 2012).

De acordo com Matsumoto et al. (2012), é fundamental identificar hábitos bucais danosos e fatores que possam interferir com o tratamento a fim de se alcançar a estabilidade e sucesso terapêutico. Sabendo-se que os casos *borderline* requerem especial atenção, a decisão do método de tratamento deve ser cuidadosamente avaliada e fatores, tais como, idade, maturação esquelética, perfil facial e padrão de crescimento deverão ser considerados antes de se optar por terapias de camuflagem ortodôntica ou tratamento cirúrgico.

A idade do paciente, suas queixas específicas e a etiologia da maloclusão é que determinarão o tratamento mais apropriado. Hábitos de sucção deverão ser desencorajados antes da erupção dos incisivos permanentes. Um simples aviso sobre seus efeitos negativos ou o incentivo positivo diário para o abandono podem cessar o hábito. Outras medidas envolvem a colocação de um lembrete, tais como, um esparadrapo ou um esmalte na unha do dedo, o que pode ser suficiente para desencorajar o hábito. (SANDLER; MADAHAR; MURRAY, 2011)

A mordida aberta anterior é considerada uma das mais difíceis anormalidades oclusais a serem corrigidas na dentição permanente, especialmente com respeito à estabilidade. (MACHADO, 2013)

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência de mordida aberta anterior relacionada a hábitos bucais parafuncionais em crianças internadas na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), no período de março a dezembro de 2013.

3.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de mordida aberta anterior em crianças da faixa etária Pré-escolar e da faixa etária Escolar, internadas na Unidade de Internação pediátrica do HU/ UFSC no período de março a dezembro de 2013.
- Relacionar a presença de mordida aberta anterior com hábitos funcionais e hábitos bucais para funcionais: uso de mamadeira e sucção da chupeta e digital.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento

Este estudo teve um caráter transversal, exploratório e descritivo.

4.2 Local do estudo

O HU/UFSC, situado na cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina, é um hospital de ensino, que atende a população proveniente de todo o estado de Santa Catarina, através do SUS. A maioria da população é encaminhada através dos postos de saúde de sua localidade de origem, via sistema de regulação do SUS (SISREG) sendo caracterizada como de baixa renda. (MATEVI, 2010)

4.3 População Alvo

A amostra foi composta pelos dados de todas as crianças internadas na UIP -HU/UFSC, no período de março a dezembro de 2013, referentes a presença de mordida aberta anterior e de hábitos para funcionais. Não houve critérios de inclusão e exclusão. A população alvo foram crianças na faixa etária dos 2 a 12 anos completos, divididas em dois grupos: Pré-escolares e Escolares

4.4 Coleta dos dados

Foram levantados os dados constantes no banco de dados do projeto de Extensão Universitária: “Atenção Odontológica a Pacientes Internados no HU/UFSC: Perfil das crianças assistidas na Unidade de Internação Pediátrica HU/UFSC”, protocolado na Pró-Reitoria de Extensão da UFSC sob protocolo PROEx nº. 2013.1456 (Anexo 4). Os dados foram coletados por alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, participantes do projeto, previamente calibrados, sob supervisão de duas doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC e da Professora Coordenadora do Projeto, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1) dos pais ou representantes legais, durante o período de internação hospitalar para a participação de seus filhos ou tutelados no referido

projeto. Foram considerados apenas os dados sobre hábitos para funcionais e do exame físico relacionado a presença de mordida aberta na população de estudo.

De acordo com o registro de dados, foi considerada a presença de mordida aberta anterior, a condição em que as bordas incisais dos incisivos centrais inferiores, se situavam abaixo do nível das bordas incisais dos incisivos centrais superiores, havendo uma falta de contato oclusal, quando em oclusão.

4.4 Análise de dados

Para o presente estudo, os dados coletados foram registrados em um banco de dados no programa Excel (Windows 2007, Microsoft). Para a análise dos dados foi utilizado o programa Stata versão 11, através do Teste de Fisher para associação entre a presença da maloclusão de mordida aberta anterior e os hábitos de uso da mamadeira, sucção de dedo e chupeta, considerando-se uma associação positiva ao nível de 5%.

4.5 Aspectos éticos e legais

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa **“ATENÇÃO ODONTOLÓGICA HOSPITALAR NO HU/UFSC: PERFIL DAS CRIANÇAS ASSISTIDAS NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO HU/UFSC NO ANO DE 2009”**, aprovado pelo CEPESH da UFSC (Certificado n.º. 244, Processo n.º. 254/09 FR 279026) (Anexo1).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os dados dos prontuários de um total de 128 crianças internadas na UIP-HU/UFSC, no período de março a dezembro de 2013. Estas crianças foram divididas em dois grupos de acordo com a faixa etária: Pré-escolares (faixa etária de 2 a 5 anos 11 meses e 29 dias) e Escolares (6 a 12 anos 11 meses e 29 dias).

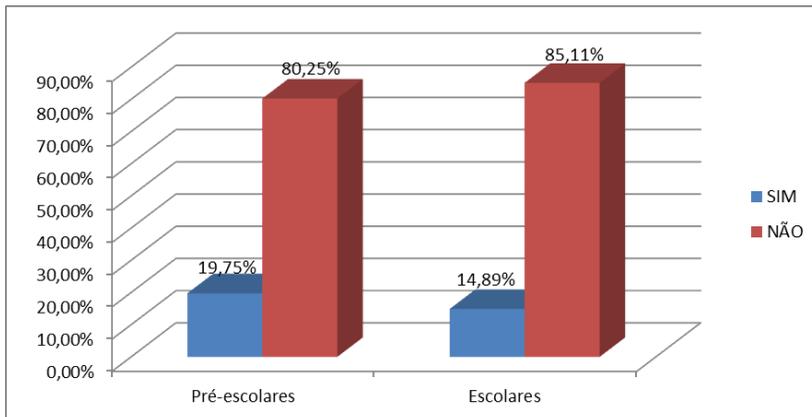
As variáveis avaliadas foram: idade, presença de hábitos bucais parafuncionais, tipo de hábito e presença ou ausência de maloclusão do tipo mordida aberta anterior. Quanto à classificação dos tipos de hábitos, foram considerados: sucção de chupeta, sucção digital e uso de mamadeira.

De acordo com Lima et al. (2010) a manutenção de hábitos bucais pode causar alterações na oclusão dentária, bem como no crescimento craniofacial. Com esta relação, a mordida aberta anterior é a maloclusão mais prevalente encontrada na dentição decídua. (LIMA et al. 2010)

Do total de 128 crianças que participaram deste estudo, a prevalência geral de maloclusão do tipo mordida aberta anterior, considerando os dois grupos de Pré-escolares (n=81) e Escolares (n=47) foi de 17,96% (n=23).

No Gráfico 1 observa-se o percentual de crianças nas faixas etárias Pré-escolares e Escolares que apresentaram maloclusão do tipo Mordida Aberta Anterior:

Gráfico 1 – Percentual de crianças nas faixas Pré-escolares e Escolares com a malocclusão do tipo Mordida Aberta Anterior. UIP-HU/UFSC, 2013.



No presente estudo foi observado no grupo dos Pré-escolares (n=81) que 16 crianças (19,75%) possuíam mordida aberta anterior.

Estes resultados estão próximos daqueles encontrados por Lima et al. (2010) em seu estudo em Rio Branco, Acre, onde foi verificada uma porcentagem de 21,45% de crianças com mordida aberta anterior.

Drumond et al. (2011) observaram uma frequência de 16,5% em crianças na faixa etária de 4 a 12 anos de idade atendidas na Faculdade de Odontologia de Goiás. Gondim et al. (2010) avaliando a presença de mordida aberta anterior em pré-escolares na faixa etária de 4 e 5 anos de idade, na cidade de Patos, Paraíba, encontraram uma prevalência de 27,9%. Carvalho et al. (2011) em sua pesquisa realizada em Belo Horizonte, Minas Gerais, encontraram uma prevalência de mordida aberta anterior de 7,9% entre 1069 crianças pré-escolares. Em São Paulo, Romero et al. (2011) observaram uma prevalência de 22,4% entre 309 crianças examinadas.

Um estudo em Recife, na região Nordeste do Brasil, constatou que 30,2% das 1.308 crianças de cinco anos de idade possuíam mordida aberta anterior. (VASCONCELOS, 2011)

Variações regionais e culturais devem ser consideradas e são a mais provável explicação para as diferentes prevalências de mordida aberta anterior encontrados em outros estudos.

Tomita et al (2000) num estudo envolvendo 1.134 crianças em idade pré-escolar, na faixa etária de 3 a 5 anos de idade, de ambos os sexos, matriculadas em instituições de ensino, públicas ou privadas, da

zona urbana do Município de Bauru, SP, encontraram uma prevalência de má oclusão de 51,3% entre os meninos e 56,9% entre as meninas, sendo significativamente mais elevada no grupo etário de três anos de idade.

Peres et al. (2007) encontraram uma prevalência de mordida aberta anterior em 46,2% de 359 crianças em Pelotas, na região Sul do Brasil. Constataram que a presença de hábitos de sucção não nutritivos entre 12 meses e quatro anos de idade e presença de sucção digital aos seis anos de idade foram os fatores de risco para mordida aberta anterior.

Góis et al. (2012) realizaram um estudo longitudinal com 212 crianças na faixa etária de 5 anos de idade, acompanhadas aos 8 e 11 anos de idade, em Juiz de Fora, Minas Gerais, encontrando 56,1% de maloclusão na dentição decídua e 82,5% na dentição mista. Verificaram que, quando a maloclusão se instala na dentição decídua há um risco 1,4 vezes maior de se apresentar na dentição mista.

Estudos fora do Brasil também demonstram uma gama de resultados diferentes.

Cozza et al. (2005) encontraram uma prevalência de 63,4% de mordida aberta anterior em crianças italianas, com hábitos de sucção, quando comparados com crianças sem hábitos de sucção, as quais 28% apresentaram a mesma maloclusão.

Dimberg et al. (2010) num estudo envolvendo 457 crianças de 3 anos de idade atendidas em Serviços Dentais Públicos da área rural da Suécia, observaram que os hábitos de sucção nutritivos estavam fortemente associados à presença de maloclusão nesta faixa etária (80%), sendo o hábito de dígito sucção o mais associado à presença de mordida aberta anterior.

Cardoso (2012) realizou um estudo comparativo entre crianças brasileiras e venezuelanas, avaliando a relação entre presença de hábitos bucais não nutritivos e maloclusão. Das 380 crianças participantes do estudo, 81,3% eram brasileiras. Entre as crianças venezuelanas somente 8,8% apresentavam mordida aberta anterior comparadas a 22,4% da amostra brasileira.

Considerando-se que a presença de mordida aberta anterior está diretamente relacionada aos hábitos de sucção não nutritiva, a maior prevalência de maloclusão, encontrada por diversos autores, em uma idade mais jovem pode ser associada a um aumento da incidência deste hábito entre as crianças mais jovens. (LIMA et al., 2010)

No grupo dos Escolares (n=47) foi encontrada uma prevalência de 14,89% de crianças com mordida aberta anterior.

A auto-correção da mordida aberta na fase de transição da dentição mista e o abandono dos hábitos bucais parafuncionais poderiam explicar o fato de encontrarmos neste estudo, percentual menor de mordida aberta anterior em Escolares quando comparado ao grupo de Pré-escolares.

Góis et al. (2012) verificaram em seu estudo que crianças com mordida aberta anterior na dentição decídua tiveram um percentual de 70,0% de auto correção na transição para a dentição mista.

De acordo com Sandler, Madahar, Murray (2011) a incidência do dígito-sucção como causa da mordida aberta anterior diminui com a idade, correspondendo a 30% em crianças de 1 ano, 12 % aos 9 anos e 5% aos 12 anos de idade.

Para relacionar a presença de mordida aberta anterior com as práticas de sucção não nutritiva, foram testadas as variáveis presença de hábito parafuncional x mordida aberta anterior separadamente, de acordo com o hábito. Os resultados referentes à associação entre presença de mordida aberta anterior e o hábito de sucção da chupeta podem ser observados nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1- Associação entre presença de mordida aberta anterior e hábito de sucção de chupeta em Pré-escolares. UIP-HU/UFSC, 2013.

<i>Uso de chupeta</i>	<i>Mordida aberta (%)</i>		<i>Total (%)</i>
	Não	Sim	
Não	42	1	43
	97.67	2.33	100.00
Sim	23	15	38
	60.53	39.47	100.00
Total	65	16	81
	80.25	19.75	100.00

Teste Exato de Fisher (p=0,000)

Conforme apresentado na Tabela 1, quando testadas as variáveis mordida aberta anterior e uso de chupeta, no grupo dos Pré-escolares, das 81 crianças analisadas, 38 apresentaram hábito de sucção de chupetas, entre estas 15% apresentou mordida aberta anterior. A

presença de mordida aberta anterior entre as crianças que não utilizaram chupeta, foi de apenas 2,33%, fato este que comprova associação positiva entre o uso de chupeta e a presença de mordida aberta anterior ($p=0,000$).

Da mesma forma, Tomita et al. (2000) observaram na população estudada, crianças de 3 a 5 anos de idade da cidade de Bauru, São Paulo, que a sucção de chupeta é um fator de risco à má oclusão de maior intensidade que a sucção digital. Ressaltam que a chupeta é um bem de consumo de preço reduzido, amplamente acessível à população e que sua utilização é estimulada pelos pais, frente ao choro infantil, desde as idades mais tenras.

Carvalho et al. (2009) avaliaram a prevalência de mordida aberta anterior e sua associação a hábitos de sucção não nutritiva, amamentação, respiração bucal e renda familiar em crianças entre 3 e 5 anos de idade matriculadas em creches públicas do município de Cabedelo, Paraíba, nordeste do Brasil, encontrando uma prevalência de 28,2% de mordida aberta anterior com uma forte associação ao hábito do uso da chupeta.

Gondim et al. (2010) verificaram a presença de mordida aberta anterior em 20% das crianças, na faixa etária de 4 e 5 anos que praticavam a sucção de chupeta, com uma associação significativa com o tempo e a frequência de uso da chupeta, visto que, a maioria das crianças que a utilizaram por mais de 3 anos (21,4%) e de forma constante (15,7%) desenvolveram esta alteração.

Cardoso (2012) realizou um estudo comparativo entre crianças brasileiras e venezuelanas, avaliando a relação entre presença de hábitos bucais não nutritivos e maloclusão. Verificou em seu estudo que crianças que utilizaram chupeta além dos 2 anos e meio de idade tiveram um risco 8,27 vezes maior de terem má oclusão; 5,33 vezes maior de apresentarem alterações no trespasse vertical e 8,97 vezes mais risco de apresentarem alterações no trespasse horizontal.

Na Tabela 2, observa-se a associação entre a presença de mordida aberta anterior e o hábito de sucção em crianças da faixa etária Escolar.

Tabela 2 – Associação entre presença de mordida aberta anterior e hábito de sucção de chupeta em Escolares UIP-HU/UFSC, 2013.

<i>Uso de chupeta</i>	<i>Mordida aberta (%)</i>		<i>Total (%)</i>
	Não	Sim	
Não	20	2	22
	90.91	9.09	100.00
Sim	20	5	25
	80.00	20.00	100.00
Total	40	7	47
	85.11	14.89	100.00

Teste Exato de Fisher ($p=0,423$)

No grupo dos Escolares, das 47 crianças participantes da amostra, 25 fizeram uso de chupeta, entre elas 20% apresentou mordida aberta anterior, com uma associação positiva entre este hábito e a presença da maloclusão ($p= 0,423$).

Resultados próximos foram encontrados por Cozza et al. (2005), em um estudo transversal envolvendo 1.710 crianças na fase da dentição mista, de 1990 a 2005, na Itália, com a finalidade de avaliar a prevalência de mordida aberta dento-esquelética, encontrando uma prevalência de mordida aberta na dentição mista de 18%.

Tibolla et al. (2012) também verificaram resultados próximos ao deste estudo com uma prevalência de mordida aberta de 22,8% em escolares do município de Santo Expedito do Sul, Rio Grande do Sul.

Lima et al. (2010) observaram que 57,6% das crianças avaliadas usaram chupeta por um período igual ou inferior aos três anos, enquanto 42,4% a utilizaram mais que três anos. Observaram que houve diminuição da utilização da chupeta após os três anos, o que poderia estar associado à maturidade adquirida pela criança.

Quando avaliadas as fases da dentição separadamente, Tibolla et al. (2012) observaram um percentual de 34,2% ($n=13$) na dentição decídua; 24,4% ($n=29$) na dentição mista; e na dentição permanente obtiveram uma prevalência de 15,0% ($n=12$). Observaram haver uma associação positiva entre a presença de mordida aberta anterior e o hábito de sucção de chupeta nas três dentições (decídua, mista e permanente).

Os dados relacionados à associação entre a presença de mordida aberta anterior e o uso de mamadeira em crianças da faixa Pré-escolar são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Associação entre presença de mordida aberta anterior e o uso de mamadeira em Pré-escolares. UIP-HU/UFSC, 2013

<i>Uso de mamadeira por mais de dois anos</i>	<i>Mordida aberta (%)</i>		<i>Total (%)</i>
	Não	Sim	
Não	23	2	25
	92.00	8.00	100.00
Sim	29	13	42
	69.05	30.95	100.00
Menos de dois anos	13	1	14
	92.86	7.14	100.00
Total	65	16	81
	80.25	19.75	100.00

Teste Exato de Fisher ($p=0,038$)

No grupo dos Pré-escolares, 30,95% ($n=13$) crianças apresentaram uma associação positiva ($p=0,038$) entre a presença de mordida aberta anterior e o uso de mamadeira comparado a apenas 8% ($n=2$) com a mesma maloclusão e sem o hábito do uso da mamadeira.

Gondim et al. (2010) observaram, em seu estudo, que a mordida aberta anterior ocorreu em 23,6% das crianças de 4 e 5 anos de idade, que utilizaram a mamadeira por mais de seis meses e em 15,7% que a utilizaram de forma constante.

Cardoso (2012) encontrou em seu estudo 36,5% de má oclusão do tipo mordida aberta anterior, com uma associação entre o uso da mamadeira e o desenvolvimento de má oclusão em crianças de 3 a 5 anos de idade, sendo 31,8% entre o grupo que usou a mamadeira até os dois anos de idade e 93,3% das crianças que usaram a mamadeira além dos 4 anos, relacionando, principalmente, com o tempo de duração do hábito.

Contrariamente, Carvalho et al. (2009), embora tenham constatado em seu estudo na Paraíba, que metade da população estudada (n=117) havia feito ou fazia uso de mamadeira (47,9%), não encontraram uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de amamentação, natural ou por mamadeira, e a prevalência de mordida aberta anterior.

Na Tabela 4 encontram-se os dados da associação entre a presença de mordida aberta anterior e o uso de mamadeira em crianças da faixa etária Escolar.

TABELA 4 – Associação entre presença de mordida aberta anterior e o uso de mamadeira em Escolares. UIP-HU/UFSC, 2013

<i>Uso de mamadeira por mais de dois anos</i>	<i>Mordida aberta (%)</i>		<i>Total (%)</i>
	Não	Sim	
Não	15 93.75	1 6.25	16 100.00
Sim	20 80.00	5 20.00	25 100.00
Menos de dois anos	5 83.33	1 16.67	6 100.00
Total	40 85.11	7 14.89	47 100.00

Teste Exato de Fisher (p=0,518)

No grupo de Escolares, 53% (n=25) da amostra fez uso de mamadeira por mais de dois anos de idade. Entre estas crianças, 20% apresentou mordida aberta anterior, mas a associação não foi significativa (p=0.518).

Resultados idênticos foram encontrados por Cardoso (2012) com 28,2% das crianças venezuelanas que participaram de seu estudo com mordida aberta anterior quando o hábito de sucção de dedo persistiu além dos 3 anos de idade. Entre as crianças brasileiras, este

hábito foi pouco frequente e não apresentou uma relação positiva com a presença de mordida aberta anterior.

Nenhuma associação foi encontrada entre a sucção digital e mordida aberta anterior no grupo dos Escolares, visto o baixo número de crianças (9,48%) que apresentaram o hábito.

Gondim et al. (2010) embora tenham encontrado um pequeno percentual de sua amostra (13%) que apresentou sucção digital observaram uma associação significativa com a ocorrência de mordida aberta anterior quando relacionada à frequência do hábito.

Um estudo longitudinal de 386 crianças (início do estudo com crianças de 3 anos de idade, reexaminadas novamente aos 7 anos de idade), realizado na Suécia, evidenciou que a prevalência de mordida aberta anterior diminuiu de 50,0% aos 3 anos para 10,0% aos 7 anos de idade. A prevalência de hábitos de sucção não nutritivos diminuiu de 66,0% para 4,0% entre 3 e 7 anos de idade. (DIMBERG et al., 2010)

Drumond et al. (2011) verificaram em seu estudo que, dos 69 indivíduos com mordida aberta anterior, 82,6% tinham pelo menos um hábito para funcional. Dentro desse grupo, 36,8% possuíam mais de um hábito e 35,1% praticavam somente a sucção digital.

Cardoso (2012) em seu estudo realizou uma comparação entre crianças venezuelanas e brasileiras e verificou que os efeitos do uso de chupeta e da sucção de dedo são tão intensos nas chances de apresentar mordida aberta anterior, que as outras covariáveis estudadas (país, duração de uso da mamadeira e do aleitamento materno) passaram a ser não significativas na presença desses dois hábitos de sucção não nutritivos.

De acordo com Cozza et al. (2005) o hábito de sucção prolongado associado a características faciais são um significativo fator para o desenvolvimento de mordida aberta anterior na fase da dentadura mista.

Quando os hábitos de sucção não nutritiva não estão presentes nas crianças, a mordida aberta tende a desaparecer com o crescimento. Isto é importante para aconselhar os pais que estes hábitos devem ser removidos antes da erupção dos incisivos permanentes. (WORMS, 1971; KLOCKE, NANDA, KAHL-NIEKE, 2002; VIGGIANO et al., 2004; ROMERO et al., 2011; DIMBERG et al., 2011; VASCONCELOS et al., 2011; GÓIS et al., 2012)

6. CONCLUSÃO

Os dados encontrados neste estudo corroboram aqueles da literatura pesquisada, evidenciando que a presença de hábitos não nutritivos ou parafuncionais na fase da dentição decídua e/ou mista pode interferir na conformação dos arcos dentários e levar ao desenvolvimento de maloclusões, especialmente a mordida aberta anterior.

Neste estudo foi encontrada uma prevalência de 17,96% de crianças com mordida aberta anterior. Considerando os dois grupos (Pré-escolares e Escolares), a maior prevalência esteve presente entre os Pré-escolares.

Na faixa etária de Pré-escolares foi encontrada forte associação entre presença de mordida aberta anterior (15%) entre as crianças com hábito de sucção de chupeta quando comparadas aqueles que não utilizaram chupeta (2,33%). Da mesma forma, com o uso da mamadeira (30,95%).

Estes dados corroboram aqueles encontrados na literatura de que a persistência de hábitos parafuncionais após a erupção dos incisivos permanentes pode levar ao agravamento das maloclusões instaladas na fase da dentição decídua.

Entre os Escolares, diferentemente da faixa etária dos Pré-escolares, não foram encontradas associações significativas. Os resultados podem estar relacionados com a limitação do pequeno número da amostra. O que também vem ao encontro dos demais autores que citam que a maior prevalência de mordida aberta anterior é encontrada na faixa etária pré-escolar pois os hábitos para funcionais tendem a ser abandonados com o amadurecimento da criança.

O Cirurgião Dentista pode desempenhar um importante papel na orientação dos pais quanto a importância do aleitamento materno para propiciar um melhor desenvolvimento dos maxilares e a remoção de hábitos para funcionais antes do período da erupção dos incisivos permanentes, o que permitiria a auto correção de maloclusões instaladas na fase da dentição decídua e/ou a minimização das maloclusões de origem esquelética.

De acordo com os resultados encontrados neste estudo, a população alvo, atendida pelo SUS, apresenta baixa renda e não teria condições de corrigir esta maloclusão por meio de um tratamento ortodôntico ou através da ortopedia funcional dos maxilares em serviços privados. Desta forma, conforme Castro (2010) a ampliação dos serviços públicos de atenção às oclusopatias, em andamento no Brasil, seja pela

qualificação da atenção básica ou pela inserção de serviços especializados em ortodontia e/ou ortopedia funcional dos maxilares, na média e alta complexidade, mostra-se necessária e oportuna.

7. REFERÊNCIAS

ASH, M.; RAMFJORD, S.P. **Oclusão**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BEHSNILIAN, VARTAN. **Oclusion&rehabilitacion**. Montevideo, 1971. 368p.

BITTENCOURT, L. P.; BASTOS, E. P. DOS S.; MODESTO, A.; TURA, L. F. R. Hábitos de sucção: desigualdades sociais na área de saúde. **Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Int.**, v. 2, n. 2, p. 63-68, maio-dez, 2002.

BOIT, SEM. Mordida aberta anterior: etiologia, diagnostico, prevenção e tratamento – uma revisão da literatura. TCC. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TCC. Porto Alegre, 2012

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira, Projeto SB Brasil 2003**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Resultados principais**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf> Acesso em: 10 jun. 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BURFORD, D; NOAR, JH. The causes, diagnosis and treatment of anterior open bite. **Dent. Update**, v 30, p. 235-241, jun. 2003.

CARDOSO, AC. **Hábitos de sucção versus mordida aberta anterior na dentadura decidua: estudo comparativo em venezuelanos e brasileiros**. Universidade da Cidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. 98p. São Paulo, 2012.

CARVALHO, C.M; CARVALHO, LFPC; FORTE, FDS; ARAGÃO, MS; COSTA, LJ. Prevalência de Mordida Aberta Anterior em Crianças de 3 a 5 Anos em Cabedelo/PB e Relação com Hábitos Bucais Deletérios. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** V. 9, n. 2, p. 205-210, maio/ago, João Pessoa, 2009

CASANOVA, D. A família e os hábitos orais viciosos na infância. **J. Bras. Fonoaudiol.**, v. 1, n. 5, p. 44-53, 2000.

CASTRO, R. **Diretrizes para a atenção às oclusopatias no Sistema Único de Saúde.** 2010. 131 p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

COZZA, P; BACCETTI, T; FRANCHI, L; MUCEDERO, M.; POLIMENIE, A. Sucking habits and facial hyperdivergency as risk factors for anterior open bite in the mixed dentition. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.**, v. 128, p. 51-79, 2005.

DIMBERG, L; BONDEMARK, L; SÖDERFELDT, B; LENNARTSSON, B. Prevalence of malocclusion traits and sucking habits among 3-year old children. **Swed. Dent. J.**, v. 34, n. 1, p. 35-42, 2010.

DIMBERG, L; LENNARTSSON, B; SÖDERFELDT, B; BONDEMARK, L. Malocclusions in children at 3 and 7 years of age: a longitudinal study. **Eur. J. Orthod.**, v. 33, p. 1-7, 2011.

DRUMOND, ALM; NERY, CG; OLIVEIRA, JA; FLACH, LD; FERRANTE, SA; LENZA, MA. Ocorrência de mordida aberta anterior e hábitos bucais deletérios em crianças com 4 a 12 anos de idade. **Rev. Clín. Ortod. Dent. Press.**, v. 10, p. 58-62, ago-set, 2011.

EMMERICH, A; FONSECA, L; ELIAS, AM; MEDEIROS, UV. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringianas e maloclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad Saúde Pública.**, v. 20, p. 689-697, 2004.

FREUD, S. **Oral habits. Obras completas.** Madrid, Espanha: Nueva. 1973.

GÓIS, EG; VALE, MP; PAIVA, SM; ABREU, MH; SERRA-NEGRA, JM; PORDEUS, IA. Incidence of malocclusion between primary and mixed dentitions among Brazilian children: a 5-year longitudinal study. *Angle Orthod.*, v. 82, p. 495-500, 2012.

GONDIM, CR; BARBOSA, MA; DANTAS, RM; RIBEIRO, ED; MASSONI, A; PADILHA, W. Mordida aberta anterior e sua associação com os hábitos de sucção não nutritiva em pré-escolares. **Rev. Gaúcha Odontol.**, v. 58, p. 475-480, out./dez, 2010.

GUIMARAES JUNIOR; et al. Relação entre o tempo de amamentação e o desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos. **Ortodontia SPO.**, v. 44, n. 4, p. 323-330, São Paulo, 2011.

JOHNSON, E.D.; LARSON, B.E. Thumb-sucking: literature review. **J. Dent Child.** v. 60, n. 4, p. 385-91, Nov/Dec, 1993.

KLOCKE, A; NANDA, RS; KAHL-NIEKE, B. Anterior open bite in the deciduous dentition: longitudinal follow-up and craniofacial growth considerations. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, v. 122, p. 353-358, 2002.

LEVINE, R.S. Briefing paper: oral aspects of dummy and digit sucking. **British Dent. J.**, v. 186, n. 3, p. 108, 1998.

LIMA, G.N.; CORDEIRO, C. DE M.; JUSTO, J. DA S.; RODRIGUES, L.C.B. Mordida aberta anterior e hábitos orais em crianças. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v. 15, n. 3, p. 369-75, 2010.

LINDSTEN, R; LARSSON, E. Pacifier-sucking and breast-feeding: a 50-year comparison between the 1960s and the 1990s. **J. Dent. Child.**, v. 76, n. 3, p.199-203, 2009.

MACHADO, DB. **Má oclusão em pré-escolares: uma análise do SB-Brasil 2010.** 2013. Universidade Federal de Minas Gerais. Dissertação de Mestrado. 43f. Minas Gerais, 2013.

MATTEVI, GS. **A participação do cirurgião-dentista na atenção à criança no contexto hospitalar: percepções de usuários e equipe de saúde do hospital universitário da Universidade Federal de Santa**

Catarina. 2010. 119 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

MATSUMOTO, MAN; ROMANO, FL; FERREIRA, JTL; VALERIO, RA. Open bite: diagnosis, treatment and stability. **Braz. Dent. J.**, 2012, v.23, n.6, p. 768-778.

MELSEN, B; STENSGAARD, K; PEDERSEN, J. Sucking habits and their influence on swallowing pattern and prevalence of malocclusion. **Eur J Orthod.** V. 4, n. 1, p. 271-280, 1979.

MOYERS, RE. **Ortodontia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

MOYERS, RE; CARLSON, DS. Maturação da neuromusculatura orofacial. In: ENLOW, DH. Crescimento Facial. 3ª. Ed. São Paulo: Artes Médicas, p. 260-271. 1993.

OKESON, JP. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

OVSENIK, M; FARCNIK, FM; KORPAR, M; VERDENIK, I. Follow-up study of functional and morphological malocclusion trait changes from 3 to 12 years of age. **Eur J Orthod.** V. 5, n. 29, p. 523-529, 2007.

PERES, KG; BARROS, AJD; PERES, MA; VICTORA, CG. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. **Rev. Saúde Pública.** V.41, . 3, p. 343-50, 2007.

PETRELLI, E. **Ortodontia para fonoaudiologia.** São Paulo: Lovise, 1992.

PROFFIT, WR. **Ortodontia contemporânea.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

QUEIROZ, RC; PORTELA, MC; VASCONCELLOS, MT. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. **Cad. Saúde Pública,** v. 25, n. 1, p. 47-58, jan, Rio de Janeiro, 2009.

RAMOS-JORGE, ML; REIS, MCS; SERRA-NEGRA, JMC. Como eliminar os hábitos de sucção não-nutritiva? **J. Bras. Odontoped. Odontol. para Bebê**, v. 3, n. 11, p. 49-54, 2001.

ROMERO, CC; SCAVONE-JUNIOR, H; GARIB, DG; COTRIN-FERREIRA, FA; FERREIRA, RI. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. **J. Appl. Oral Sci.**, v. 19, p. 161-168, 2011.

ROTTMAN, RW; IMPARATO, JCP; ORTEGA, AOL. Apresentação de método motivacional para remoção de hábito de sucção não nutritiva. Revisão de literatura e relato de caso. **J. Biodent. Biomat.**, n. 1, p. 49-60, mar./ago. 2011.

SANDLER, PJ; MADAHAR, AK; MURRAY, A. Anterior Open Bite: Aetiology and Management. **Dent. Update**, v. 38, p. 522-532. Oct. 2011.

SANTOS, SA; HOLANDA, ALF de; SENA, MF de; GONDIM, LAM; FERREIRA, MAF. Non-nutritive sucking habits among preschool-aged children. **J. Ped.**, v. 85, n. 5, 2009.

TIBOLLA C, RIGO L, NOJIMA LI, ESTACIA A, FRIZZO EG, LODI L. Association between anterior open bite and pacifier sucking habit in schoolchildren in a city of southern Brazil. **Dental Press J Orthod.** v. 17, n. 6, p. 89-96. Nov-Dec, 2012.

TOMITA, NE; BIJELLA, VT; FRANCO, L. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. **Rev Saúde Pública.**, v. 34, n. 3, p. 299-303, 2000.

VASCONCELOS, FM; MASSONI, AC; HEIMER, MV; FERREIRA, AM; KATZ, CR; ROSENBLATT, A. Non-nutritive sucking habits, anterior open bite and associated factors in brazilian children aged 30-59 months. **Braz. Dent. J.**, v. 22, p. 140-145, 2011.

VELINI, F. **Ortodontia - Diagnóstico e Planejamento Clínico.** 7. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2008.

VERRASTRO, AP. Associação entre os hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e as características oclusais e miofuncionais orais em crianças com dentição decídua. 2008. 150p. Tese (doutorado) – Faculdade de odontologia as USP. São Paulo, 2008.

VIGGIANO, D; FASANO, D; MONACO, G; STROHMENGER, L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. **Arch. Dis. Child.**, v. 89, p. 1121-1123, 2004.

WORMS, FW; MESKIN, FH; ISAACSON, RJ. Open bite. **Am. J. Orthod.**, v. 59, p. 579-595, 1971.

8. ANEXOS

ANEXO 1- Termo de consentimento livre e esclarecido.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Pai/Mãe/ou Responsável Legal, estamos realizando um estudo baseado no projeto de extensão "ATENÇÃO ODONTOLÓGICA PARA PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE PEDIÁTRICA DO HUI/UFSC", que tem como objetivo prestar assistência odontológica durante o período de internação, buscando dar uma atenção integral. Desta forma, estamos convidando-o(a) a permitir a participação de seu(sua) filho(a) neste estudo. Informamos que os dados coletados, bem como fotografias das atividades desenvolvidas com as crianças, com sua autorização, serão arquivados pelas autoras deste estudo, junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, e sua utilização só será permitida para a coleta de dados necessários para fim de avaliação do projeto de extensão e pesquisa de dados que possam auxiliar na modificação do projeto ou introdução de novas atividades que visem melhorar o quadro de saúde geral das crianças. Os responsáveis legais e/ou as crianças têm a garantia de que receberão respostas ou esclarecimento a todas as suas dúvidas sobre assuntos relacionados com o estudo, através de contato com as alunas pesquisadoras pelos telefones (48) 96279927 (Gianina), (48) 9982-7526 (Daniela de Rossi) e da professora orientadora pelo telefone (48) 99890926 e, terão a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem qualquer prejuízo para seu filho que poderá continuar recebendo o atendimento odontológico oferecido, se for de seu interesse.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, responsável legal por _____, fui informado(a) e compreendi todos os procedimentos que serão realizados nesse estudo e concordo com a participação de meu filho(a) ou tutelado no projeto, que será realizado pelas Mestrandas Gianina Salton Mattevi e Daniela de Rossi, juntamente com alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, sob orientação da Profa. Dra. Inês Beatriz da Silva Rath, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFSC. Autorizo, também, a utilização dos dados da ficha clínica e de fotografias, desde que haja garantia de sigilo das informações e do anonimato de meu filho, conforme normas do Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos desta Universidade. Estou ciente de que apenas os dados de interesse para a pesquisa serão utilizados e concordo que os dados obtidos neste programa, são de propriedade exclusiva do curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, através de seus pesquisadores, aos quais permito pelo direito de retenção, uso para fim de ensino, pesquisa e extensão, bem como, com a divulgação dos resultados em revistas e eventos científicos da área da saúde.

Florianópolis, de de 200.....

.....
Assinatura do pai/mãe/responsável

.....
R.G.

ANEXO 2 – Prontuário odontológico dos pré-escolares do projeto de extensão – atenção odontológica a pacientes internados na unidade de internação pediátrica do HU- UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
PROJETO DE EXTENSÃO – ATENÇÃO ODONTOLÓGICAS A
PACIENTES INTERNADOS NO HU/UFSC UNIDADE DE
INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO HU-UFSC
Coordenadora: Prof. Inês Beatriz da Silva Rath

FICHA ODONTOLÓGICA – **PRÉ-ESCOLARES** (2 a 5 anos 11 meses 29 dias)

DATA INTERNAÇÃO: __/__/____

DATA ALTA: __/__/____

DATA DA ANAMNESE: __/__/____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ Nº PRONTUÁRIO

HU: _____

SEXO: (0) MASCULINO (1) FEMININO IDADE: ____

DATA NASCIMENTO: __/__/____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____

TELEFONES PARA CONTATO: _____

Nº. DE IRMÃOS: _____ SITUAÇÃO DA CRIANÇA: _____

RESPONSÁVEL: _____ (0) mãe (1) pai (2) cuidador

DADOS SOCIOECONÔMICOS

GRAU DE INSTRUÇÃO DO RESPONSÁVEL: (0) >9anos (1) 5-8 anos
(2) 1- 4 anos (3) Nenhum

RENDA FAMILIAR: (0) ≥1.861,00 (1) de 621,00 a 1.860,00 (2) ≤ 620,00

MÃE TRABALHA FORA: (0) sim* (1) não

Se SIM, QUAL PERÍODO? (0) turno parcial diário (1) turno integral (2) NSA

COM QUEM FICA A CRIANÇA? (0) familiares (1) escola (2) outros
(3) NSA

LOCAL DA RESIDÊNCIA: (0) urbana (1) rural

RESIDÊNCIA: (0) PRÓPRIA (1) alugada (2) outro

ÁGUA DE ABASTECIMENTO público (CASAN): (0) sim (1) não

HISTÓRICO MÉDICO

PACIENTE ESPECIAL? (0) Não (1) Sim _____

MOTIVO DA INTERNAÇÃO _____

Foi reinternado pela mesma doença: (0) não (1) sim

USO DE MEDICAMENTOS **Orais/HU** (0) Não (1) Sim

() Antibiótico: _____

() Antiinflamatório: _____

() Antialérgico/corticóide: _____

() Broncodilatador : _____

() Vitaminas/Ferro: _____

() Xarope: _____

() Outro: _____

USO DE MEDICAMENTOS **Orais/casa** (0) Não (1) Sim

() Antibiótico: _____

() Antiinflamatóri _____

() Antialérgico/corticóide _____

() Broncodilatador : _____

() Vitaminas/Ferro: _____

() Xarope: _____

() Outro: _____

HÁBITOS ALIMENTARES

MAMA/MAMOU NO PEITO? (0) sim (1) não

POR QUANTO TEMPO? (0) ≥ 9 meses (1) < 9 meses (3) NSA (criança com menos de 8 meses que mama ainda)

COME FORA DO HORÁRIO DAS REFEIÇÕES: (0) Não (1) Sim

NESES HORÁRIOS COME DOCES? (bolachas em geral, salgadinhos, guloseimas e líquidos doces, sucos, refrigerantes): (0) Nunca/às vezes

(1) uma x/dia (2) duas x/dia (3) três x ou mais /dias (4) NSA

ALÉM DO LEITE QUE A SR(A) COSTUMA OU COSTUMAVA COLOCAR NA MAMADEIRA: (0) Nada (1) Farinhas (2) Açúcar/ Achocolatado

(3) Outro (4) NSA

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

ESCOVA OS DENTES? (0) Sim (1) Não

QUANTAS VEZES AO DIA? (0) três x ou mais/dia (1) duas x/dia (2) uma x/dia (3) Às vezes (4) NSA

ESCOVA ANTES DE DORMIR? (0) Sim (1) Às vezes (2) Não (3) NSA

ALGUÉM AJUDA A ESCOVAR? (0) Sim (1) Às vezes (2) Não (3) NSA

USA PASTA? (0) Sempre (1) Às vezes (2) Nunca (3) NSA

COM FLUOR? (0) Sim (1) Não (2) NSA

USA FIO DENTAL? (0) Sempre (1) Às vezes (2) Nunca (3) NSA

QUANDO A CRIANÇA INICIOU A ESCOVAÇÃO? (0) Antes de surgirem os primeiros dentes (1) Quando surgiram os primeiros dentes (2) Depois de um ano (3) NSA
 FAZ ESCOVAÇÃO NA ESCOLA/CRECHE? (0) Sim (1) Não (2) NSA

HÁBITOS PARAFUNCIONAIS

USOU CHUPETA ? (0) Não (1) Sim ORTODÔNDICA? (0) Sim (1) Não (2) NSA
 ATÉ QUANDO USOU A CHUPETA? (0) 0-11 meses (1) 1-3 anos (2) até 5 anos (3) > 5 anos (4) NSA (ainda usa)
 SUÇÃO DE DEDOS? (0) Não (1) Sim*
 Se SIM* (0) 0-11 meses (1) 1-3 anos (2) até 5 anos (3) > 5 anos (4) NSA
 RESPIRA PELA BOCA? (0) Não (1) Sim
 UTILIZOU MAMADEIRA AO NASCER? (0) Não (1) Sim
 UTILIZOU MAMADEIRA MAIS DEDOS ANOS DE IDADE? (0) Não (1) Sim (2) NSA (ainda usa)

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

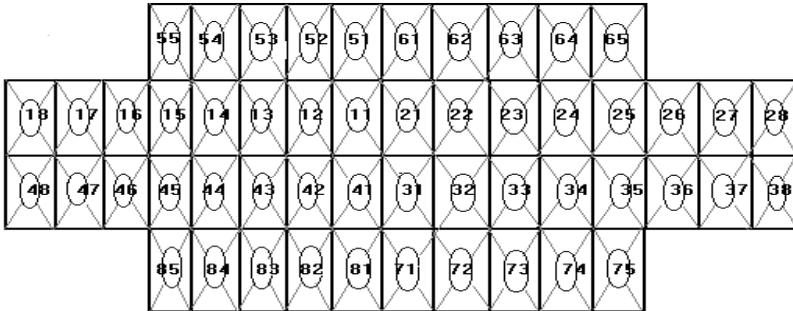
A CRIANÇA JÁ FOI AO DENTISTA? (0) Sim (1) Não[†]
1. Motivo pelo qual nunca foi ao dentista _____
 LOCAL? (0) Posto de Saúde (1) Particular (2) Escola/Creche (3) Convênio (4) Universidade (5) outro
 QUANTOS ANOS TINHA A CRIANÇA QUANDO FOI AO DENTISTA PELA PRIMEIRA VEZ? _____
 QUAL FOI O PRINCIPAL MOTIVO DESTA CONSULTA: (0) Consulta de rotina (1) Tratamento (2) Emergência
 QUANTOS ANOS TINHA A CRIANÇA QUANDO FOI AO DENTISTA PELA ÚLTIMA VEZ? _____
 QUAL FOI O PRINCIPAL MOTIVO DESTA CONSULTA? (0) Consulta de rotina (1) Tratamento (2) Emergência

EXAME CLÍNICO E NECESSIDADES DE TRATAMENTO

DATA: _____

Examinador: _____

MORDIDA ABERTA VERTICAL ANTERIOR: (0) Não (1) Sim



Azul = restaurado
 Vermelho = cariado
 por outros motivos (trauma, ortodôntico)

X = extraído
 E = perdido

Coleta de ceo-d 5 anos

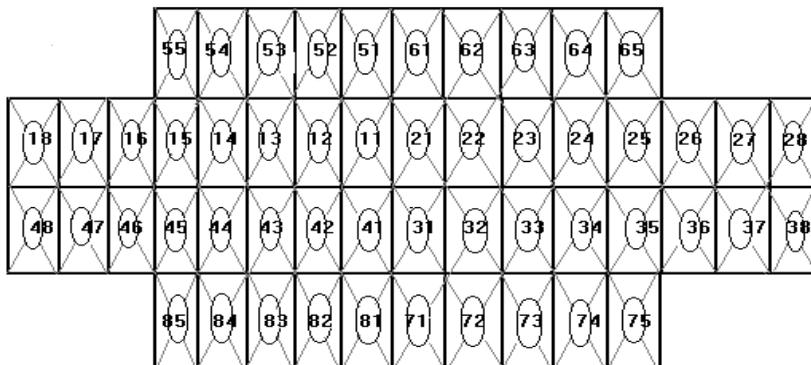
55 54 53 52 51 61 62 63 64 65
 COROA

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75
 COROA

CÓDIGO			CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES PERCÍDUOS	DENTES PERMANENTES		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	HÍGIDO
B	1	1	CARIADO
C	2	2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
D	3	3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
E	4	-	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
F	5	-	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
G	6	-	APRESENTA SELANTE
H	7	7	APOIO DE PONTE OU COROA
K	8	8	NÃO ERUPCIONADO
T	T	-	TRAUMA (FRATURA)
L	9	9	DENTE EXCLUÍDO

Ceo-d individual= somatória de dentes cariados, perdidos e obturados
 Ceo-d=_____

TRATAMENTO REALIZADO



Data	Procedimento	Aluno

Encaminhamentos (0) não (1) sim

() UFSC/ Clínica Odontológica

() HU/Atendimento especializado

() Posto de Saúde: Local _____

() Convênio () Clínica Privada () ESF

ANEXO 3 – Prontuário odontológico dos escolares do projeto de extensão – atenção odontológica a pacientes internados na unidade de internação pediátrica do HU- UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
PROJETO DE EXTENSÃO – ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A PACIENTES
INTERNADOS NO HU/UFSC UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA
DO HU-UFSC

Coordenadora: Prof. Inês Beatriz da Silva Rath

FICHA ODONTOLÓGICA – ESCOLARES (a partir de 6 anos)

DATA INTERNAÇÃO: __/__/__ DATA ALTA: __/__/__
DATA DA ANAMNESE: __/__/__

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ Nº PRONTUÁRIO
HU: _____
SEXO: (0) MASCULINO (1) FEMININO IDADE: ____
DATA NASCIMENTO: __/__/__
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____
TELEFONES PARA CONTATO: _____
Nº DE IRMÃOS: _____ SITUAÇÃO DA CRIANÇA: _____
RESPONSÁVEL: _____ (0) mãe (1) pai (2) cuidador

DADOS SOCIOECONÔMICOS

GRAU DE INSTRUÇÃO DO RESPONSÁVEL: (0) >9anos (1) 5-8 anos
(2) 1- 4 anos (3) Nenhum
RENDA FAMILIAR: (0) ≥1.861,00 (1) de 621,00 a 1.860,00 (2) ≤ 620,00
MÃE TRABALHA FORA: (0) sim* (1) não
Se SIM, QUAL PERÍODO? (0) turno parcial diário (1) turno integral (2) NSA
COM QUEM FICA A CRIANÇA? (0) familiares (1) escola (2) outros
(3) NSA
LOCAL DA RESIDÊNCIA: (0) urbana (1) rural
RESIDÊNCIA: (0) PRÓPRIA (1) alugada (2) outro
ÁGUA DE ABASTECIMENTO público (CASAN): (0) sim (1) não

HISTÓRICO MÉDICO

PACIENTE ESPECIAL? (0) Não (1) Sim _____

MOTIVO DA INTERNAÇÃO _____

Foi reinternado pela mesma doença: (0) não (1) sim

USO DE MEDICAMENTOS **Orais/HU** (0) Não (1) Sim

() Antibiótico: _____

() Antiinflamatório: _____

() Antialérgico/corticóide: _____

() Broncodilatador : _____

() Vitaminas/Ferro: _____

() Xarope: _____

() Outro: _____

USO DE MEDICAMENTOS **Orais/casa** (0) Não (1) Sim

() Antibiótico: _____

() Antiinflamatóri _____

() Antialérgico/corticóide _____

() Broncodilatador : _____

() Vitaminas/Ferro: _____

() Xarope: _____

() Outro: _____

HÁBITOS ALIMENTARES

MAMA/MAMOU NO PEITO? (0) sim (1) não

POR QUANTO TEMPO? (0) ≥ 9 meses (1) < 9 meses

COME FORA DO HORÁRIO DAS REFEIÇÕES: (0) Não (1) Sim

NESSES HORÁRIOS COME DOCE? (bolachas em geral, salgadinhos, guloseimas e líquidos doces, sucos, refrigerantes): (0) Nunca/às vezes (1) uma x/ dia (2) duas x/dia (3) três x ou mais /dias

ALÉM DO LEITE QUE A SR(A) COSTUMA OU COSTUMAVA COLOCAR NA MAMADEIRA:

(0) Nada (1) Farinhas (2) Açúcar/ Achocolatado (3) Outro

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

ESCOVA OS DENTES? (0) Sim (1) Não

QUANTAS VEZES AO DIA? (0) 3 X ou mais /dia (1) 2 X/dia (2) 1 X/dia (3) Nunca/Às vezes

ESCOVA ANTES DE DORMIR? (0) Sim (1) Não (2) Às vezes

ALGUÉM AJUDA A ESCOVAR? (0) Sim (1) Não

USA PASTA? (0) Sempre (1) Às vezes (2) Nunca

USA FIO DENTAL? (0) Sempre (1) Às vezes (2) Nunca

QUANDO A CRIANÇA INICIOU A ESCOVAÇÃO? (0) Antes de surgirem os dentes (1) Quando surgiram os primeiros dentes (2) Depois de um ano
 FAZ ESCOVAÇÃO NA ESCOLA? (0) Sim (1) Não

HÁBITOS PARAFUNCIONAIS

USOU CHUPETA ? (0) Não (1) Sim ORTODÔNDICA? (0) Sim (1) Não
 QUANTO TEMPO? (0) 0-12 meses (1) 1-3 anos (2) até 5 anos (3) > 5 anos
 SUCÇÃO DE DEDOS? (0) Não (1) Sim*
 Se SIM* (0) 0-11 meses (1) 1-3 anos (2) até 5 anos (3) > 5 anos
 RESPIRA PELA BOCA? (0) Não (1) Sim
 UTILIZOU MAMADEIRA AO NASCER? (0) Não (1) Sim
 UTILIZOU MAMADEIRA MAIS DE DOIS ANOS DE IDADE? (0) Não
 (1) Sim

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

A CRIANÇA JÁ FOI AO DENTISTA? (0) Sim (1) Não¹

¹Motivo pelo qual nunca foi ao dentista?

LOCAL? (0) Posto de Saúde (1) Particular (2) Escola/Creche (3)
 Convênio (4) Universidade (5)outro
 QUANTOS ANOS TINHA A CRIANÇA QUANDO FOI AO DENTISTA
 PELA PRIMEIRA VEZ? _____
 QUAL FOI O PRINCIPAL MOTIVO DESTA CONSULTA: (0) Consulta
 de rotina (1) Tratamento (2) Emergência
 QUANTOS ANOS TINHA A CRIANÇA QUANDO FOI AO DENTISTA
 PELA ÚLTIMA VEZ? _____
 QUAL FOI O PRINCIPAL MOTIVO DESTA CONSULTA? (0) Consulta de
 rotina (1) Tratamento (2) Emergência

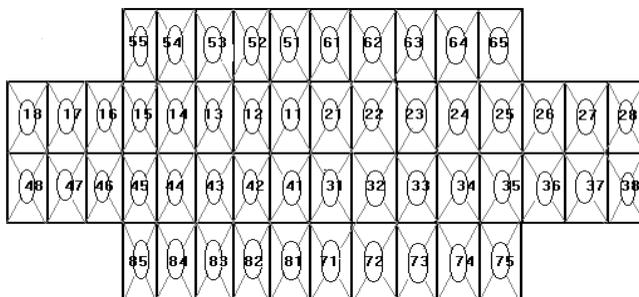
EXAME CLÍNICO E NECESSIDADES DE TRATAMENTO

DATA: _____ **Examinador:** _____

MORDIDA ABERTA ANTERIOR: (0) Não (1) Sim: _____ mm

Número de dentes decíduos presentes: _____

Numero de dentes permanentes presentes: _____



Azul = restaurado
Vermelho = cariado

X = extraído (P)
E = perdido por outros

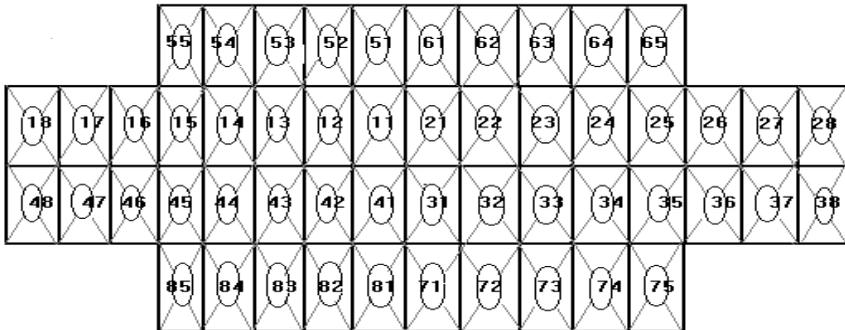
CÓDIGO			CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES DECÍDUOS	DENTES PERMANENTES		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	HÍGIDO
B	1	1	CARIADO
C	2	2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
D	3	3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
E	4	-	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
F	5	-	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
G	6	-	APRESENTA SELANTE
H	7	7	APOIO DE PONTE OU COROA
K	8	8	NÃO ERUPCIONADO
T	T	-	TRAUMA (FRATURA)
L	9	9	DENTE EXCLUÍDO

Cálculo de CPO-D 12 ANOS

Coroa	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
Raiz	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Coroa	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
Raiz	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

CPO-D individual=
somatória de dentes

TRATAMENTO REALIZADO



DATA	PROCEDIMENTO	ALUNO

Encaminhamentos: (0) sim (1) não

() UFSC/ Clínica Odontológica

() HU/Atendimento especializado

() Posto de Saúde: Local: _____

() Convênio

() Clínica Privada

() ESF

ANEXO 4 – Certificado do Comitê de Ética na pesquisa em seres humanos da universidade federal de santa catarina



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

Nº 244

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 254/09

FR- 279026

TÍTULO: Atensão odontológica para pacientes internados na unidade pediátrica do HU/UFSC.

AUTOR: Inês Beatriz da Silva Rath, Gianina Salton Mattevi e Daniela de Rossi.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 31 de agosto de 2009.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.ª Washington Portela de Souza