



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
SABRINA VIEIRA MENEZES

**DEGLUTIÇÃO DE CRIANÇAS COM E SEM HÁBITOS DE SUÇÃO**

Florianópolis

2015

SABRINA VIEIRA MENEZES

## **DEGLUTIÇÃO DE CRIANÇAS COM E SEM HÁBITOS DE SUÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Curso de Graduação em Fonoaudiologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Miron Stefani.

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Angela Ruviaro Busanello-Stella.

Florianópolis

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Menezes, Sabrina Vieira

Deglutição de crianças com e sem hábitos de sucção /  
Sabrina Vieira Menezes ; orientadora, Fabiane Miron  
Stefani ; coorientador, Angela Ruviaro Busanello-Stella. Florianópolis,  
SC, 2015.

83 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Fonoaudiologia.  
Inclui referências

1. Fonoaudiologia. 2. Deglutição. 3. Hábitos Oraís Deletérios. 4.  
Oclusão dentária. 5. Sistema Estomatognático. I. Miron Stefani, Fabiane.  
II. Ruviaro Busanello-Stella, Angela. III. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Graduação em Fonoaudiologia. IV. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Sabrina Vieira Menezes

### DEGLUTIÇÃO DE CRIANÇAS COM E SEM HÁBITOS DE SUÇÃO

Esta monografia foi julgada como adequada para a obtenção do Título de Bacharel em Fonoaudiologia e aprovado na sua forma final pelo Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis.



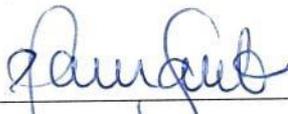
Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Madalena Canina Pinheiro  
Coordenadora do Curso

#### Banca Examinadora



Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Miron-Stefani  
Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.<sup>o</sup> Msc. Manuella Barcelos dos Santos  
Membro Titular

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Paula Blanco-Dutra  
Membro Titular

Universidade Federal de Santa Catarina

*Dedico este trabalho à minha família, com todo meu amor e gratidão, por tudo que fizeram e fazem por mim. Por toda confiança, paciência e amor incondicional. Amo vocês!*

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, por ser meu guia, por me manter firme e determinada nesta longa caminhada. O que seria de mim sem a fé que eu tenho Nele.

Ao meu pai e a minha mãe, Samuel Trindade Menezes e Carmen Ana Vieira Menezes que, com muito amor e apoio, não mediram esforços para que eu alcançasse este sonho. Sempre me incentivando e fortalecendo nos momentos mais difíceis. Vocês são essenciais na minha vida.

A minha irmã, Marina Vieira Menezes, e aos meus irmãos Glauco Menezes e Glauber Menezes, pela amizade, pelas risadas e por me darem forças nos momentos de angústia.

As minhas amigas, Micheli Machado, Carla Lins Knochenhauer e Fernanda Pereira Jorge da Silva por serem minhas companheiras de faculdade e de vida, por cada conselho, por cada risada e pelas trocas de experiências.

A minha grande amiga e futura colega de profissão, Kátia Helena Pereira, pelos ensinamentos na área, pelos conselhos incontáveis e oportunidades de aprendizado. Admiro muito você. Sempre é bom tê-la por perto. Que nossa amizade perdure pela vida.

A minha linda amiga e prima, Jacqueline Menezes Justino, por ser meu anjo, meu ombro amigo nos momentos que tive maior dificuldade, doando-se de maneira amável sem pedir nada em troca. Obrigada por tudo!

Ao meu cunhado e amigo, Cláudio Matheus Costa dos Santos, pela parceria, paciência e por sua contribuição neste trabalho.

A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Miron Stefani, pelos ensinamentos, paciência e contribuição para este trabalho, meu muito obrigada.

A minha co-orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Angela Ruviaro Busanello-Stella, pela atenção e tempo fornecidos, sua contribuição foi importante para este trabalho.

A minha banca, Prof.<sup>a</sup> Msc. Manuella Barcelos dos Santos e a Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Paula Blanco Dutra, pelas contribuições neste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

A todos os meus colegas que de alguma forma torceram pelo meu sucesso.

As crianças, que se dispuseram a participar desta pesquisa, proporcionando a experiência profissional.

A todos os meus professores de curso que me acompanharam durante a graduação, pelos ensinamentos essenciais para a minha formação acadêmica.

A todos que contribuíram de alguma forma para a conclusão deste trabalho.

Muito Obrigada!

*“ Se as coisas não saíram como planejei, posso ficar feliz por ter hoje para recomeçar. O dia está na minha frente esperando para ser o que eu quiser. E aqui estou eu, o escultor que pode dar forma. Tudo depende só de mim”.*

*Charlie Chaplin*

## RESUMO

**Introdução:** O termo hábito refere-se à disposição adquirida pela frequente repetição dos mesmos atos, sendo considerado deletério quando for capaz de interferir no processo de crescimento e desenvolvimento craniofacial das crianças, provocando modificações estruturais e afetando o equilíbrio do Sistema Estomatognático. As alterações estruturais levarão a mecanismos adaptativos para execução das funções. Na deglutição, a característica mais mencionada é a interposição lingual. Além disso, os hábitos relacionam-se com a instalação das maloclusões, sendo mais comumente a mordida aberta anterior. **Objetivo:** Correlacionar hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva com deglutição, comparando com oclusão dentária e aspectos miofuncionais de crianças com e sem hábitos de sucção. **Metodologia:** trata-se de um estudo quantitativo transversal analítico. A população foi composta por oito crianças de cinco a 11 anos, subdivididas em dois grupos: o experimental (GE), formado por crianças com hábito de sucção e o controle (GC) formado por crianças sem hábito de sucção. Os indivíduos que se encaixaram nos critérios da pesquisa passaram pelas seguintes etapas: assinatura do TCLE, aplicação do questionário sobre hábitos orais, avaliação odontológica e fonoaudiológica. A avaliação da deglutição foi realizada com líquido em duas etapas: a livre e a dirigida, sendo documentada para posterior análise de três juízas cegas. Para a análise estatística foi utilizado o programa Statistica 9.0 e para os cruzamentos o teste Qui-Quadrado. **Resultados:** Em relação a mordida, evidenciou-se que 75% do GC apresenta mordida normal, enquanto 100% do GE apresenta alterações de mordida. Quanto a deglutição, 87,5% da amostra apresentou-se alterada, sendo as principais manifestações: a interposição lingual e a contração da musculatura perioral. Os aspectos aparência, postura e tônus dos órgãos fonoarticulatórios apresentaram-se alterados em ambos os grupos (GE e GC). Quando comparados os aspectos miofuncionais à deglutição, pôde-se perceber que a alteração da deglutição correlaciona-se com a presença de alterações da musculatura orofacial. Os resultados obtidos neste estudo não apresentaram significância estatística entre os grupos ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Constatou-se que todas as crianças do GE apresentaram alterações de mordida. Na amostra total, foi elevada a prevalência de crianças com alterações de deglutição, sendo que, a maioria delas apresentou alterações de mordida. Ambos os grupos apresentaram aspectos miofuncionais orofaciais alterados, correlacionando-se com alterações de deglutição. Sugere-se que este assunto seja tema para pesquisas futuras e que se dê continuidade na presente pesquisa, visto que, apresentou um n reduzido.

**Palavras Chaves:** Hábitos Oraís. Deglutição. Oclusão. Má Oclusão. Sistema Estomatognático.

## ABSTRACT

**Introduction:** The term habit refers to the disposition acquired by frequent repetition of the same acts and is considered deleterious when it is capable to interfere in the process of growth and craniofacial development of children, causing structural changes and affecting the balance of the Stomatognathic System. The structural changes will lead to adaptive mechanisms to implement the tasks. In deglutition, the most mentioned feature is the tongue interposition. Also, the habits are related to the installation of malocclusions, more commonly the anterior open bite. **Objective:** Correlate nutritive sucking habits and nonnutritive with deglutition, compared with dental occlusion and myofunctional aspects of children with and without sucking habits. **Methodology:** this is an analytical cross quantitative study. The population was composed of eight children from five to eleven years, divided into two groups: experimental (GE), formed by children with sucking habit and control (GC) consisted of children without sucking habit. The subjects who matched the search criteria passed through the following steps: signing the consent form, application of the questionnaire about oral habits, dental and speech evaluation. The evaluation of the deglutition was performed with liquid in two steps: the free and directed, being documented for later analysis of three judges blinded. For the statistical analysis was used the Statistica 9.0 program and for crossings the Chi-Square test. **Results:** Regarding the bite, it showed that 75% of GC has normal bite, while 100% of GE presents bite changes. As for deglutition, 87.5% of the sample was altered, the main manifestations was: tongue interposition and the contraction of the perioral muscles. Aspects, appearance, posture and tonus of the phonoarticulatory organs showed altered in both groups (GE and GC). When the myofunctional aspects were compared with deglutition, it was possible to realize that the deglutition alterations correlates with the presence of alterations on the orofacial muscles. The results obtained in this study were not statistically significant between groups ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** It was verified that all children from GE had bite changes. In the total sample, it was high the prevalence of children with deglutition alterations and most of them presented bite changes. Both groups presented altered orofacial myofunctional aspects, correlating with deglutition alterations. It is suggested the use of this subject for further research and for continuation of this research, since the present study showed a reduced n.

**Keywords:** Oral habits. Deglutition. Occlusion. Malocclusion. Stomatognathic System.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Intensidade do hábito de sucção de chupeta e digital .....	37
<b>Gráfico 2:</b> Frequência dos hábitos de sucção em relação aos turnos de uso .....	38
<b>Gráfico 3:</b> Frequência dos hábitos de chupeta e sucção digital em relação aos locais de uso....	39
<b>Gráfico 4:</b> Média de duração dos hábitos de sucção .....	40
<b>Gráfico 5:</b> Relação entre mordida e deglutição .....	42

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Caracterização sócio-demográfica e econômica .....	32
<b>Tabela 2:</b> Distribuição dos hábitos de sucção no grupo experimental (GE) .....	33
<b>Tabela 3:</b> Caracterização dos hábitos no grupo experimental .....	34
<b>Tabela 4:</b> Classificação do tipo de mordida nos grupos experimental e controle .....	35
<b>Tabela 5:</b> Aparência, Postura e Tônus dos OFAs nos grupos GE e GC .....	41
<b>Tabela 6:</b> Avaliação da deglutição nos grupos experimental e controle .....	44
<b>Tabela 7:</b> Relação entre aparência, postura e tônus dos OFAs e deglutição .....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIOFE	Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores
CEPSH	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
ESCA	Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
HSNN	Hábitos de Sucção Não Nutritiva
MAA	Mordida Aberta Anterior
MO	Motricidade Orofacial
OFAs	Órgãos Fonoarticulatórios
OMS	Organização Mundial da Saúde
SE	Sistema Estomatognático
SNC	Sistema Nervoso Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1. MARCO TEÓRICO</b> .....	16
1.1 Desenvolvimento do Reflexo de Sucção .....	16
1.2 Aleitamento Materno .....	17
1.3 Hábitos Oraís Deletérios .....	18
1.4 Hábitos de Sucção Nutritiva .....	18
1.4.1 Mamadeira.....	18
1.5 Hábitos de Sucção Não Nutritiva.....	19
1.5.1 Chupeta.....	19
1.5.2 Sucção Digital .....	20
1.6 Etiologia dos Hábitos Oraís Deletérios.....	21
1.7 Efeitos dos Hábitos de Sucção sobre a dentição.....	22
1.8 Alterações na Motricidade Orofacial decorrentes dos Hábitos Oraís Deletérios .....	23
1.9 Fisiologia da Dinâmica da Deglutição.....	24
1.10 Alterações de Deglutição .....	26
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	28
2.1 Tipo de Estudo .....	28
2.2 Local do Estudo e População Alvo.....	28
2.3 Critérios de Inclusão para ambos os grupos .....	28
2.4 Critérios de Exclusão para ambos os grupos .....	29
2.5 Questões Éticas .....	29
2.6 Procedimentos de Coleta de Dados.....	29
2.7 Processamento e Análise de Dados .....	31
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	32
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	47
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	48
<b>APÊNDICES</b> .....	58
<b>ANEXOS</b> .....	63

## INTRODUÇÃO

Durante a infância, o crescimento e desenvolvimento craniofacial ocorrem de forma intensa e constante, portanto, são mais suscetíveis às modificações estruturais. Neste período, a presença de hábitos orais deletérios representam uma influência negativa ao crescimento e desenvolvimento facial, podendo ocasionar alterações no equilíbrio do Sistema Estomatognático (SE), além de afetar a saúde emocional ou social de crianças e adolescentes (MOYERS, 1991; MORESCA, FERES, 1994; CARMINATTI, 2000; MCGRATH; BRODER; WILSON-GENDERSON, 2004; MARQUES et al., 2006).

O termo hábito é definido como a disposição adquirida pela frequente repetição dos mesmos atos, porém sendo considerado deletério quando for capaz de interferir no processo de desenvolvimento, provocando modificações que alterem o equilíbrio da face. O desequilíbrio facial nem sempre é resultado de um determinado fator etiológico, o que existe é uma predisposição, a qual o hábito oral viria a desencadear ou intensificar essas modificações, podendo haver desequilíbrios oclusais e musculares, uma vez que alterações estruturais levarão a mecanismos funcionais adaptativos (CARMINATTI, 2000; NUNES, 2000).

Góes et al. (2013), relatam que hábitos orais deletérios estão relacionados com a instalação das más oclusões e configuram-se como um importante fator no desenvolvimento de alterações estruturais e funcionais do Sistema Estomatognático, sendo que estas alterações podem acometer juntamente os dentes, ossos, músculos e nervos, além de produzir problemas funcionais, estéticos ou esqueléticos nos dentes e/ou face. Dentre as más oclusões, as mais frequentes associadas aos hábitos deletérios são a sobressaliência acentuada e a mordida aberta anterior. Outras maloclusões incluem a mordida cruzada posterior e a sobremordida acentuada (BEZERRA; CAVALCANTI, 2006).

Os hábitos são padrões de contração muscular aprendidos e de natureza complexa. Os danos ao SE dependerão das variáveis frequência, intensidade e duração em que os hábitos ocorrem (Tríade de Graber) e sua interação com o padrão de crescimento do indivíduo (SOARES, TOTTTI, 1996; GALVÃO; MENEZES; NEMR, 2006).

Segundo Hanson e Barrett (1995), qualquer alteração no equilíbrio muscular, principalmente causada por maus hábitos orais, pode provocar modificações no crescimento facial, no desempenho das funções estomatognáticas, na relação oclusal e na estética.

A instalação desses hábitos traz ao indivíduo uma sensação agradável e satisfatória. Geralmente, o hábito é instalado conscientemente, porém gradativamente, pela recorrência, se

automatiza e torna-se inconsciente. Com o decorrer do tempo, este hábito pode se tornar indesejável e prejudicial para o desenvolvimento de estruturas orais (MARCHESAN, 1993; DIAS et al., 2003).

O hábito de sucção pode ter a capacidade de suprir necessidades, sendo assim classificados em nutritivos, ou seja, aqueles que permitem a obtenção de nutrientes indispensáveis (aleitamento natural e mamadeira), ou não nutritivos, aqueles que transmitem a sensação de segurança e conforto. Dentre os não nutritivos, destacam-se a sucção de dedos e chupetas (CAVASSANI; RIBEIRO; MEMR, 2003).

Os hábitos orais mais comuns são os de sucção de chupeta, mamadeira e dedo, sendo alvo de inúmeros estudos por causa do impacto que podem gerar ao SE. Entre as alterações encontradas destacam-se, alterações na morfologia de palato duro, mordida aberta anterior, tônus e movimentação da língua, lábios e de toda musculatura perioral e fonoarticulatória (CAVASSANI, RIBEIRO; MEMR, 2003). Os lábios tendem a ficar entreabertos e a língua anteriorizada e inferiorizada na cavidade oral, favorecendo a respiração oral/oronasal, bem como a interposição lingual na deglutição (VERRASTRO, 2008; CÂMARA, 2010).

A deglutição é uma função neurovegetativa complexa, definida como o conjunto de mecanismos motores coordenados que conduzem o bolo alimentar da boca ao estômago, sendo subdividida em quatro fases: preparatória, oral, faríngea e esofágica. Na fase oral, quando a sinergia da deglutição é rompida, podem surgir anormalidades no processo e termos a deglutição atípica. A deglutição atípica corresponde à inadequação dos movimentos da língua e/ou de outras estruturas envolvidas na execução desta função, sem que apresente qualquer alteração de forma na cavidade oral. As atípias geralmente ocorrem por alteração de tônus, mobilidade, propriocepção dos OFAs e/ou por posturas inadequadas de cabeça. Por outro lado, a deglutição adaptada define-se pela alteração na deglutição decorrente de algum impedimento mecânico e/ou funcional (MARCHESAN, 1998; COMITÊ DE MOTRICIDADE OROFACIAL, 2004; TESSITORE; CATTONI, 2009).

Dentre as alterações destacam-se a interposição de lingual e contração excessiva da musculatura perioral. As características da deglutição alterada podem, em conjunto com outras modificações funcionais existentes no distúrbio miofuncional orofacial, comprometer o desenvolvimento e crescimento craniofacial (TESSITORE; CATTONI, 2009).

Com base nessas informações, o objetivo deste trabalho foi correlacionar os hábitos de sucção com a deglutição, comparando com a oclusão dentária e aspectos miofuncionais, visando verificar as consequências que estes hábitos podem trazer a função e na tentativa de obter resultados entre estes aspectos.

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Desenvolvimento do Reflexo de Sucção

A sucção é a forma como a criança interage com o mundo em seus primeiros meses de vida, sendo assim, uma fonte de prazer e emoção. O ato de sugar trata-se de um reflexo inato, primitivo e fisiológico de grande relevância a sobrevivência do bebê, pois permite a alimentação por meio da amamentação materna, sendo considerada uma forma da criança suprir suas necessidades nutricionais, descarregar tensões, medos e angústias (MAZZONI, 2011).

O desenvolvimento da sucção inicia-se na vida intra-uterina, ocorrendo por volta da vigésima nona semana, sendo os padrões mais precoces do recém-nascido. Sua efetividade constitui-se como uma boa indicação de maturação neurológica. Sendo que, após o nascimento, a sucção se ajustará normalmente de acordo com a ordenha. O bebê suga instintivamente língua, lábios e os dedos desde a vida intra-uterina (CANONGIA, 1996; PETERSON; SCHNEIDER, 1991; MAZZONI, 2011).

A amamentação natural é de suma importância para o desenvolvimento do sistema motor-oral, por meio da movimentação realizada pelos órgãos fonoarticulatórios (OFAs: lábios, língua, mandíbula, maxila, musculatura oral e arcadas dentárias) no momento da sucção, favorecendo a oclusão dentária adequada, além de promover o crescimento anteroposterior da mandíbula. Além disso, determina uma relação harmônica entre estruturas duras e moles do Sistema Estomatognático, permitindo tonicidade e postura correta de língua, vedamento labial, propiciando o estabelecimento do padrão respiratório nasal e adequado funcionamento das funções orais (NEIVA et al, 2003; MOIMAZ, 2011).

A amamentação artificial, diferentemente da natural, não fornece satisfação emocional, visto que o impulso da sucção não é alcançado, apesar de o fluxo de leite ser maior e corresponder a necessidade nutricional do bebê. Quando a criança é amamentada por meio da mamadeira o empenho é menor, assim como o tempo de sucção. Insatisfeita emocionalmente ela irá buscar outros meios de sucção, como o dedo e a chupeta (MOIMAZ, 2011).

Na literatura consta que, crianças que iniciaram o aleitamento artificial precocemente, apresentaram mais facilmente hábitos deletérios do que aquelas que foram amamentadas no seio materno por mais tempo. O desmame precoce revela-se como uma das causas da aquisição dos hábitos de sucção não nutritiva, visto que, o bebê não conseguiu satisfazer a necessidade fisiológica de sucção (BRUNELI; MELO; PACHECO, 1998; FERREIRA; TOLEDO, 1997, TRAWITZKI et al., 2005; SILVA, 2006).

A aquisição de hábitos orais é uma necessidade neurológica de adaptação, afim de suprir a “falta” que o aleitamento artificial não contempla. Além da satisfação que o aleitamento natural promove e dos benefícios inerentes ao desenvolvimento craniofacial, há evolução do padrão de deglutição infantil para o padrão de deglutição maduro (BRUNELI; MELO; PACHECO, 1998; FERREIRA; TOLEDO, 1997; SILVA, 2006).

## **1.2 Aleitamento Materno**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que o aleitamento materno seja exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebê e, posteriormente, como forma de complementação até os dois anos de vida da criança. A amamentação é de extrema importância, pois fornece nutrientes essenciais para o seu desenvolvimento e defesa imunológica, propicia o contato físico entre mãe e filho, além de reduzir as taxas de morbi-mortalidade infantil. É um estímulo que permite a estabilidade emocional do bebê (PEDRAS; PINTO; MEZZACAPPA, 2008).

O aleitamento natural é fundamental para o desenvolvimento craniofacial adequado, devido à alta atividade muscular orofacial realizada sobre as estruturas ósseas e musculares, favorecendo para o correto desenvolvimento das funções do Sistema Estomatognático, como a fala, mastigação, respiração e deglutição (DEGAN, 2004; CARRASCOZA et al., 2006; MARTINS, 2008).

O intenso trabalho muscular realizado pelo bebê enquanto ordenha o peito, fortalece o desenvolvimento do sistema muscular, resultando na aquisição de força, para uma futura função mastigatória adequada. Os principais músculos trabalhados na ordenha e necessários para a mastigação são os temporais, masseteres e pterigóideos. No nascimento, o neonato apresenta um retrognatismo mandibular fisiológico, que com a movimentação da mandíbula ao amamentar, vai sendo corrigida. No momento de sucção do seio materno, os movimentos realizados são o de protruir, abaixar, retrair e elevar a mandíbula. Estes favorecem o correto posicionamento da mandíbula, favorecendo o equilíbrio da postura lingual e das arcadas dentárias (DEGAN, 2004; FRIAS et al., 2004; VERRASTRO, 2008).

### **1.3 Hábitos Oraís Deletérios**

O termo hábito refere-se a repetição frequente de um mesmo ato, que inicialmente, é praticado de forma consciente e, posteriormente, de modo inconsciente (JOHANNNS et al., 2011).

Os hábitos orais deletérios são padrões de contração muscular aprendidos, de essência complexa e de caráter inconsciente, que podem atuar como fatores deformadores do crescimento e desenvolvimento ósseo, influenciando na posição dos dentes, na função respiratória e na fala, portanto, considera-se como um importante fator etiológico de más oclusões, uma vez que, quando persistentes, podem vir a ocasionar alterações e interferir no padrão de crescimento facial e no desempenho das funções do Sistema Estomatognático (MOYERS, 1991; ZUANON et al., 2000).

Os hábitos classificam-se em: normais ou deletérios. Os normais, são considerados fisiológicos e funcionais, como a respiração nasal, a mastigação e a deglutição, pelo fato de serem favoráveis ao estabelecimento da oclusão normal e ao crescimento facial, sem desvios. Já os deletérios, são hábitos considerados não fisiológicos, que podem influenciar no crescimento e desenvolvimento ósseo e facial, dentre eles: sucção digital, chupeta, mamadeira, onicofagia, respiração bucal, bruxismo, entre outros (GALVÃO; MENEZES; NEMR, 2006; MIGOTTO, 2011).

Dentre os hábitos orais, a sucção pode ser realizada de duas formas: nutritiva e não nutritiva. A sucção nutritiva visa o fornecimento de nutrientes alimentares por meio da amamentação materna ou pelo uso de mamadeira e a não nutritiva atua no campo emocional, propiciando sensação de bem estar, prazer e proteção, sendo os exemplos mais comuns: a sucção digital e de chupeta (TURGEON O'BRIEN et al., 1996; NGOM et al., 2008; ALBUQUERQUE et al., 2010).

### **1.4 Hábitos de Sucção Nutritiva**

#### **1.4.1 Mamadeira**

No primeiro mês de vida a utilização da mamadeira é muito frequente, principalmente na oferta de chás e água, ainda que a criança não necessite de suplementação hídrica até o sexto mês. Sua utilização pode ocasionar alterações nas funções orais, além da possibilidade de provocar má oclusão dentária, bem como, mudança no padrão muscular dos órgãos

fonoarticulatórios. A alimentação mista (seio e mamadeira) podem induzir a inadequada sucção no seio, contribuindo para o desinteresse pelo seio materno (FRANÇA et al., 2008).

A troca do aleitamento materno pelo uso da mamadeira, não promove a satisfação plena do bebê, visto que, o bico da mamadeira é inadequado para gerar o estímulo necessário para o fortalecimento da musculatura orofacial. Já que na alimentação artificial, somente os músculos bucinadores e orbicular da boca são trabalhados, deixando de exercitar outros músculos da face, desta forma, prejudicando o desenvolvimento craniofacial (GÓES et al., 2013).

A presença da mamadeira na cavidade oral faz com que a língua seja projetada anteriormente, alterando com isso o padrão de deglutição. Em especial quando o orifício da mamadeira é aumentado, onde com o maior fluxo de leite, o bebê instintivamente aprende a posicionar a língua no orifício, com a finalidade de regular o fluxo de leite e evitar engasgos (DEGAN, 2004; VERRASTRO, 2008; ZAPATA et al., 2010).

A mamadeira e a chupeta não trazem o estímulo sensorio-motor adequado para o bebê, podendo causar desinteresse pela sucção do seio materno. Com isso, a musculatura perioral e da língua, tendem a se tornar flácidas, levando a uma alteração na deglutição normal, ocasionando mordida aberta anterior (ZAPATA et al., 2010).

A utilização da mamadeira exerce forças negativas sobre a maxila e a mandíbula, provocando o estreitamento das arcadas dentárias, palato ogival, aumentando a probabilidade de más oclusões. O prolongamento do hábito de sucção tende a alterar a musculatura oral, resultando em distúrbios miofuncionais orais, que dificultam os ajustes motores finos, fundamentais para a articulação da fala (DEGAN; PUPPIN-RONTANI, 2004; FRIAS et al., 2004; VERRASTRO, 2008; LAENDER, 2012).

Dentre as possíveis alterações na fala decorrentes do uso da mamadeira está o ceceo (articulação das consoantes /s/ e /z/ como interdental). No ceceo anterior acontece a projeção da língua entre os dentes incisivos superiores nos fonemas /s/ e /z/. No ceceo lateral, a interposição lingual ocorre nos demais dentes (MONTEIRO; BRESCOVICI; DELGADO, 2009).

## **1.5 Hábitos de Sucção Não Nutritiva**

### **1.5.1 Chupeta**

O hábito de sucção de chupeta pode estar relacionado à produção de neurotransmissores do Sistema Nervoso Central, que geram a sensação de prazer durante o seu uso, ativando a

salivação e a deglutição, enviando de forma equivocada a sensação de saciedade a criança (EMMERICH et al., 2004).

Alguns fatores levam ao uso da chupeta, como: cultura, insegurança e dificuldades materna na amamentação, influência da mídia e orientações profissionais inadequadas. Pode-se também associar o uso da chupeta a interrupção do aleitamento materno, em função da “confusão de bicos” (COTRIM; VENANCIO; ESCUDER, 2002).

A sucção de chupeta atua prejudicialmente no crescimento e desenvolvimento craniofacial interferindo nas relações posturais e dinâmicas de seus componentes (EMMERICH et al., 2004).

Em relação aos danos causados a oclusão dentária, constata-se que a proporção de mordida cruzada posterior na dentição decídua é elevada em crianças que fazem uso de chupeta (SCAVONE-JUNIOR et al., 2007). Dentre os efeitos causados pelos hábitos de sucção não nutritiva à dentição, verifica-se que a mordida aberta anterior é a má oclusão mais frequente encontrada (TANAKA et al., 2004).

A literatura relata que, se os hábitos de sucção cessarem entre três e quatro anos de idade, normalmente não acarretarão uma má oclusão, porém, se persistirem após os quatro anos, especialmente durante a erupção dos incisivos permanentes, a oclusão pode tornar-se prejudicada (SILVA, 2006).

### **1.5.2 Sucção Digital**

Pesquisas a respeito do desenvolvimento infantil relatam que hábitos de sucção não nutritivos podem ter origem emocional. O hábito de chupar o dedo geralmente é utilizado na hora de dormir, ao acordar, em momentos excitantes ou de frustrações. A sucção digital é mais nociva do que a sucção de chupeta, pois o dedo exerce maior pressão sobre a cavidade oral. Além do fato de ser parte integrante do corpo da criança, estando sempre à sua disposição, facilita para que o ato de sucção digital se torne um hábito, que uma vez instalado, fica mais difícil de ser removido. Este hábito pode ser aprendido: por imitação dos pais, amigos ou irmãos pequenos (ELGERSMA, 2000; TANAKA et al., 2004; ROMANOWSKI, 2008; PEREIRA, SCHARDOSIM, COSTA, 2009).

No ato de sucção do polegar, González e Lopes (2000) destacam que a língua se situa em posição baixa e anteriorizada. O vedamento labial não ocorre, a mandíbula fica rebaixada e o lábio superior fica curto e flácido por ausência de função. O lábio inferior, frequentemente, encontra-se rígido, assim como o músculo mental, pois ambos comprimem o polegar.

Conseqüentemente, podem originar-se os seguintes transtornos esqueléticos: mordida aberta anterior, palato atrésico, hipodesenvolvimento mandibular e projeção do maxilar superior.

O hábito, ao aparecer nas primeiras semanas de vida, geralmente está vinculado a problemas de alimentação. Certas crianças iniciam o hábito durante a erupção dificultada do molar decíduo, outras iniciam mais tarde, sob a forma de padrão imitativo, com o intuito de liberar tensões emocionais, regredindo para um comportamento infantil (ELGERSMA, 2000; GUEDES-PINTO, 2003).

Segundo Evangelista et al. (2003), são três os fatores que desencadeiam o ato de sucção digital e de chupeta: fisiológicos (necessidade de sucção), ambientais (início de uma alimentação artificial precoce) e emocionais (dificuldade em lidar com o ambiente).

A sucção digital é considerada normal se ocorrer até 24 meses, após esse período, a persistência deste torna-se nociva. Sendo considerada como sintoma de deficiência emocional, quando mantida após os quatro anos de idade (GUEDES-PINTO, 2003; AGUIAR et al. , 2005; CORRÊA; DISSENHA, WEFFORT, 2005; ROMANOWSKI, 2008).

Dentre os problemas mais comuns decorrentes de hábitos de sucção não nutritiva, estão: a mordida aberta anterior, inclinação vestibular, diastemas entre os incisivos centrais superiores, retro-inclinação dos incisivos inferiores, mordida cruzada posterior e aumento da sobremordida (ELGERSMA, 2000).

Para que haja movimentações dentárias faz-se necessário atuação de forças de sucção sobre os tecidos por um período de seis horas diárias, ocasionando má oclusão. Outro aspecto relevante para desenvolver a má oclusão é o padrão genético (ELGERSMA, 2000).

## **1.6 Etiologia dos Hábitos Oraís Deletérios**

A etiologia dos hábitos orais normalmente está vinculada a aspectos psicológicos, como “válvula de escape” de questões emocionais, físicas ou psíquicas. Frequentemente, os pais sentem-se culpados ou frustrados por não saberem lidar com os hábitos dos seus filhos, buscando ansiosamente meios alternativos para a retirada da prática indesejável (ROTTMANN; IMPARATO; ORTEGA, 2011).

Alguns estudos na literatura não relacionam os hábitos de sucção com o tempo de amamentação (WARREN; BISHARA, 2002; VELLINI-FERREIRA; MONTEIRO, 1989). Sendo assim, surgiram três teorias que tentam explicar os hábitos não-nutritivos: a da função perdida, a psicanalítica e a do aprendizado ou conduta adquirida (COELI; TOLEDO, 1994; ROTTMANN; IMPARATO; ORTEGA, 2011).

A Teoria da Função Perdida considera que uma sucção insatisfatória nos primeiros 24 meses de vida favorece a aquisição do hábito. Assim como, o tempo reduzido de amamentação natural estaria vinculado à maior presença de hábitos orais deletérios. Os autores afirmam que quando a necessidade de sucção não é suprida na infância, a criança não consegue atingir o êxtase emocional, e desta forma, procurará um substituto para suprir tal necessidade, através de algum tipo de hábito oral (TEIXEIRA et al., 1994; PRAETZEL et al., 2002; ROTTMANN; IMPARATO; ORTEGA, 2011).

Por sua vez, a Teoria Psicanalítica vincula a sucção prolongada a um sintoma neurótico proveniente de uma perturbação emocional, tendo como resultado a obsessão do estado psicosssexual da fase oral. Esta teoria fundamenta que caso ocorra frustração das necessidades orais na infância, acarretará danos futuros na conduta da criança. Segundo seus princípios, o hábito pode ser considerado normal até os dois anos de idade; entre os dois e cinco anos passa a ser caracterizado como uma simples reação a estados de cansaço, doença, frustração, tédio, privação e punição e se perseverar após os cinco anos induz a um sinal de regressão a um comportamento infantil (TEIXEIRA et al., 1994; FREUD, 1987 *apud* ROTTMANN; IMPARATO; ORTEGA, 2011).

Por fim, a Teoria do Aprendizado ou Conduta Adquirida opõe-se à teoria psicanalítica, afirmando que o hábito trata-se simplesmente de um comportamento aprendido, sem fundo psicológico, que origina-se de forma consciente, trazendo satisfação e prazer, porém, devido à sua frequente repetição, automatiza-se, provocando inconscientemente a instalação do hábito (PETERSON; SCHNEIDER, 1991).

### **1.7 Efeitos dos Hábitos de Sucção sobre a dentição**

O crescimento do complexo craniofacial advém do vínculo entre fatores genéticos e ambientais. Os hábitos orais são considerados como fatores etiológicos com potencial para causar alterações no padrão normal da arcada dentária e da oclusão. As consequências ocasionadas ao Sistema Estomatognático pelo hábito depende das variáveis: frequência, intensidade e duração do hábito (Tríade de Graber), associadas à predisposição genética do indivíduo. Todo hábito que manter-se após os três anos ou tiver elevada frequência será mais deletério e capaz de gerar oclusopatias graves (MOIMAZ, 2011; MACHO et al., 2012).

A oclusão dentária normal possibilita o desempenho de todas as funções fisiológicas, provocando o desenvolvimento da boca, face e crânio. Com isso, o Sistema Estomatognático torna-se essencial para o equilíbrio biológico da criança, auxiliando crucialmente na postura

corporal (MOYERS, 1991; BRONZI et al., 2002; VIGGIANO et al., 2004; VALENÇA; ALEXANDRIA; LIMA, 2005).

Alterações iniciais presentes nas funções estomatognáticas, bem como a sucção de chupeta e digital, são indicativos clínicos de futuras modificações oclusais, definidas como más oclusões. As alterações oclusais recorrentes na dentição decídua e mista são: overjet acentuado (sobressaliência), sobremordida aumentada, mordida aberta, mordida cruzada e apinhamento dentário (HANSON; COHEN, 1973; EMMERICH et al., 2004; VIGGIANO et al., 2004; VALENÇA; ALEXANDRIA; LIMA, 2005).

As más oclusões definem-se como desvios do padrão de normalidade das arcadas dentárias, do esqueleto facial ou de ambos, influenciando na aparência e autoestima, bem como nas funções estomatognáticas dos indivíduos acometidos (BRESOLIN, 2000).

O conhecimento sobre a etiologia das más oclusões é imprescindível, visto que, faz-se necessário extinguir as causas a fim de corrigir o problema. A etiologia das más oclusões subdivide-se em fatores intrínsecos e extrínsecos. Os intrínsecos correspondem a fatores locais, passíveis de controle odontológico. Já os extrínsecos, são fatores gerais que atuam à distância, sendo de difícil controle do cirurgião-dentista. A etiopatogenicidade das más oclusões é considerada de caráter multifatorial, sofrendo a influência de questões ambientais, congênitas, biomecânicas e morfológicas (FERREIRA, 2001; EMMERICH et al., 2004; ALBUQUERQUE-JÚNIOR et al., 2007).

Entre as más oclusões destaca-se a mordida aberta anterior, que prevalece quando somam-se hábitos de sucção não nutritiva e práticas de aleitamento inadequadas às alterações oclusais (PROFFIT, 2002). A mordida aberta anterior define-se como uma desarmonia oclusal, caracterizada pela presença no plano vertical de uma sobremordida negativa entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores. É vista como uma anormalidade complexa com características diversas e de difícil tratamento, pois o controle do plano vertical requer colaboração do paciente e ação interdisciplinar entre os profissionais de Odontologia e Fonoaudiologia (NGAM; FIELDS, 1997; ALMEIDA, 1998).

## **1.8 Alterações na Motricidade Orofacial decorrentes dos Hábitos Oraís Deletérios**

A Motricidade Orofacial (MO) é a área da Fonoaudiologia vinculada ao estudo/pesquisa, prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento das modificações estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical. Para tal atuação profissional, faz-se necessário a compreensão da anatomia e fisiologia das estruturas orofaciais e cervicais, proporcionando

assim, o conhecimento sobre o desenvolvimento das funções orais. Desta forma, torna-se relevante a aquisição do aprendizado a respeito dos fatores etiológicos dos distúrbios miofuncionais orofaciais (COMITÊ DE MOTRICIDADE OROFACIAL, 2004).

Dentro dessa conjuntura, está inserida a relação entre os hábitos orais deletérios e as funções estomatognáticas, sendo frequentemente investigada nas áreas de Fonoaudiologia e Ortodontia, embora ainda haja diversas controvérsias (SONCINI; DORNELLES, 2000).

Os hábitos orais deletérios influenciam no equilíbrio das forças que atuam de forma natural na cavidade oral. As estruturas faciais em desenvolvimento na infância não prosseguem um padrão inalterável de crescimento, pelo contrário, a aplicação de forças modificam a harmonia entre ossos e músculos, podendo ocasionar alterações marcantes na morfologia do palato duro, na posição dentária, na movimentação de língua, gerando alterações na articulação e respiração oral, sendo assim, aumentando a probabilidade de ocorrência de más oclusões, como a mordida aberta, mordida cruzada e distúrbios da motricidade orofacial (MAZZONI, 2011).

Existem vários estudos que associam essas alterações à presença de hábitos orais deletérios, considerando-os responsáveis pelos problemas de MO. Visto que o prolongamento destes hábitos no decorrer do desenvolvimento infantil pode repercutir diretamente no desenvolvimento sensório-motor oral, craniofacial, bem como na execução das funções estomatognáticas (MARCHESAN, 2004; CATTONI, 2004, FELICIO, 2004).

A função de deglutição, em especial, designa-se como alterada quando há restos de alimento no vestíbulo e na cavidade oral, interposição lingual entre as arcadas dentárias, pressionamento da língua contra os dentes, movimentação de cabeça, contração da musculatura perioral, excessivo abaixamento da mandíbula e interposição do lábio inferior, entre outros (CATTONI; 2004; SACALOSKI; ALAVARSI; GUERRA, 2000).

### **1.9 Fisiologia da Dinâmica da Deglutição**

A deglutição é uma função biológica complexa do Sistema Estomatognático que corresponde ao conjunto de mecanismos motores coordenados que conduzem o conteúdo intraoral, seja saliva, líquidos e/ou alimentos, para o estômago, com o objetivo de iniciar a digestão no trato gastrointestinal (TESSITORE; CATTONI, 2009). Envolve a participação de 31 músculos esqueléticos, cuja contração é integrada por estruturas reticulares bulbares, além de seis pares de nervos encefálicos, são eles: trigêmeo (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX),

vago (X), acessório espinhal (XI) e hipoglosso (XII) (MARCHESAN, 1999; ROCHA, 1998; DOUGLAS, 2002).

A dinâmica da deglutição é uma ação motora automática que dura em torno de 3 a 8 segundos, sendo subdividida didaticamente em quatro fases intrinsecamente relacionadas, sequenciais e harmônicas, são elas: oral preparatória, oral propriamente dita, faríngea e esofágica. Este processo envolve a participação das seguintes estruturas: cavidade oral, faringe, laringe e esôfago (DOUGLAS, 2002; SEIKEL; KING; DRUMRIGHT, 2005).

A fase oral preparatória e a fase oral propriamente dita são consideradas voluntárias e usualmente subconscientes. O comando dessas fases acontece de acordo como o indivíduo planeja a sua alimentação e de como ocorre a interação do alimento com os receptores orais. Já as fases faríngea e esofágica são classificadas como involuntárias, pois a sequência de ações se iniciam e avançam de forma reflexa e autônoma (FURKIM, 2009).

A fase oral preparatória inicia-se com a apreensão dos alimentos. Durante essa fase, o bolo alimentar é misturado com a saliva e transformado em um bolo homogêneo para que possa ser deglutido. Ocorre a trituração, pulverização e umidificação do bolo alimentar, sendo necessário uma grande organização osteomusculoarticular. Para execução destes movimentos a etapa de preparo da fase oral deve contar com a ação complexa dos músculos mastigatórios, das articulações temporomandibulares, dos ossos maxilares, da mandíbula e dos dentes (COSTA, 2000).

A fase oral propriamente dita, inicia-se com o posicionamento do bolo alimentar sobre a língua e finaliza com a ejeção deste para a faringe. Para ser deglutido, o bolo alimentar deve se concentrar no sulco longitudinal da língua por uma ação de sucção. Em seguida, a língua faz a elevação, posicionando-se na papila palatina sem tocar nos dentes incisivos superiores. As bordas da língua entram em contato com todo o palato duro, podendo tocar levemente nas superfícies palatinas dos dentes posteriores. Neste momento, os músculos levantadores da mandíbula, isto é, masseteres, temporais e pterigoideos mediais, se contraem ocluindo os dentes e o músculo orbicular da boca realiza o vedamento dos lábios para manter a pressão negativa intraoral. Então, o movimento ondulatório anteroposterior da língua leva o bolo alimentar para a região posterior da cavidade oral. Quando o alimento, ou líquido ou saliva, juntamente com o dorso da língua, toca os pilares anteriores, desencadeia o reflexo de deglutição, acionado pelo IX par craniano, o glossofaríngeo (DOUGLAS, 2002; SEIKEL; KING; DRUMRIGHT, 2005).

Após este processo, inicia-se a fase faríngea, onde o bolo alimentar desencadeia uma série de reflexos. Durante a deglutição, a proteção de vias aéreas superiores acontece de forma reflexa, através da elevação e anteriorização da laringe e fechamento glótico. Devido ao

fechamento da nasofaringe, ocorre o aumento da pressão intrafaríngea, colaborando para o direcionamento do bolo alimentar para o esôfago. Por fim, o processo de deglutição finaliza-se com a transferência do bolo alimentar do esôfago ao estômago por meio de movimentos peristálticos, correspondendo a fase esofágica (FURKIM, 2009; DOUGLAS, 2002).

Desta forma, a deglutição depende da complexa atuação neuromuscular, ou seja, questões como a sensibilidade, paladar, propriocepção, mobilidade, amplitude e precisão de movimentos, do tônus e tensão muscular, além do propósito de se alimentar. A integridade de vários sistemas neuronais, como: vias aferentes, integração dos estímulos no SNC, vias eferentes, resposta motora, integridade das estruturas envolvidas e comando voluntário (FURKIM; SILVA, 1999).

### **1.10 Alterações de Deglutição**

As estruturas duras e moles da cavidade oral e das regiões circunvizinhas executam um papel relevante em funções vitais como a sucção, respiração, mastigação, deglutição, além da articulação da fala. Dentre essas funções, a mastigação e a deglutição normais apresentam-se como funções essenciais na prevenção dos distúrbios miofuncionais orofaciais, pois prosseguirão à estimulação da musculatura orofacial, iniciada na sucção (FELÍCIO, 2004; MACEDO; GOMES; FURKIM, 2000; PROFFIT, 2002).

Quando essas funções fisiológicas estão alteradas, podem gerar ou aumentar a probabilidade de má oclusão dentária (ANDO, 2000). Os hábitos orais deletérios são considerados fatores etiológicos em potencial ao desequilíbrio muscular, interferindo nas funções orofaciais e podendo comprometer o desenvolvimento da oclusão normal, a morfologia e a função do SE (CARVALHO, 2000; YAMAGUCHI; SUEISHI, 2003; LINO, 2000).

As alterações de deglutição estão vinculadas intimamente aos casos de má oclusão. Sendo assim, se a língua permanece entre os dentes, esses não atingirão a posição de contato, ocasionando as más oclusões dentárias, principalmente, protrusão dos incisivos, má oclusão Classe II de Angle e mordida aberta anterior. Desta forma, a terapia miofuncional é comumente descrita sobre sua importância na correção das interferências linguais durante a deglutição, com a expectativa de se minimizar a mordida aberta anterior (JUNQUEIRA, 1998; NOBRE et al., 2004).

Dentre os fatores que podem trazer a um padrão de deglutição alterado encontram-se a flacidez e postura inadequada de lábios, musculatura lingual hipotônica, respiração oral, má oclusão e mastigação ineficiente (MACIEL; ALBINO; PINTO, 2007).

Quando a sinergia da deglutição é interrompida, podem ocorrer diversas alterações no processo e teremos a chamada deglutição atípica. Na literatura diversas são as alterações de deglutição encontradas, como: a interposição lingual, contração excessiva da musculatura perioral, ausência de contração do masseter, contração da musculatura mental, interposição de lábio inferior, movimentos compensatórios de cabeça e presença de ruídos (CATTONI, 2004). Dentre as alterações mencionadas a interposição lingual e a contração excessiva da musculatura perioral são as mais presentes (MODESTO; BASTOS; GLEISER, 1994; OLIVEIRA; SILVA; BASTOS, 1997; BORGES et al., 2001).

A deglutição com interposição de língua pode ser anterior, disfunção que ocorrer mais frequentemente, ou lateral. A condição comumente encontrada para que ocorra tal alteração é a presença de mordida aberta anterior. Dificilmente a mordida aberta é originada exclusivamente pelo pressionamento lingual durante a deglutição, porém, considera-se como fator contribuinte para a manutenção desta mordida (TESSITORE; CATTONI, 2009).

Em relação aos fatores causais da interposição lingual, cita-se: a presença de má oclusão, principalmente a mordida aberta anterior e a sobressaliência, onde a língua tende a se adaptar à forma, ocasionando a projeção; tamanho irregular da língua para a cavidade oral; ausência de força lingual, que propicia a anteriorização desta; presença de hábitos orais deletérios, em evidência aqueles de sucção não nutritiva e respiração oral ou oronasal (TESSITORE; CATTONI, 2009).

A contração excessiva da musculatura perioral é apontada como um reflexo, que apresenta como finalidade evitar a projeção lingual anterior. A provável causa de sua presença está associada a presença de interposição de língua ou a diminuição da força dos OFAs. Nesses casos, o excessivo fechamento labial compensa o movimento anterior da língua (TESSITORE; CATTONI, 2009).

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de Estudo**

Este estudo caracteriza-se por ser do tipo transversal analítico e de caráter quantitativo. Trata-se de um estudo piloto que prosseguirá suas coletas nos semestres posteriores para expansão da sua população.

### **2.2 Local do Estudo e População**

O estudo foi desenvolvido no Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente (ESCA II) vinculado a Faculdade de Odontologia, e posteriormente, na Clínica Escola de Fonoaudiologia, ambos locais inseridos na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

A Clínica de Fonoaudiologia foi inaugurada em 10 de maio de 2013. Trata-se de um espaço destinado a realização das aulas práticas e estágios dos acadêmicos do Curso, onde ocorrem avaliações e terapia nas áreas de Linguagem Oral e Escrita, Motricidade Orofacial, Voz, Disfagia e Audiologia. Os estágios são supervisionados pelos professores do curso e são destinados a comunidade, de forma gratuita e ocorrem nos períodos vespertino e noturno, compreendendo todas as faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos).

A população foi composta por oito crianças de cinco a 11 anos de idade em atendimento na Clínica do ESCA. Foram formados dois grupos: o grupo experimental (GE), formado por crianças com hábito de sucção e o grupo controle (GC) formado por crianças sem hábito de sucção.

### **2.3 Critérios de Inclusão para ambos grupos**

- ✓ Crianças entre cinco e 11 anos de idade;
- ✓ Atendidas na Clínica de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina;
- ✓ Grupo Experimental: Crianças com hábitos orais de sucção ativo ou progresso do tipo digital, de chupeta e/ou mamadeira por no mínimo um ano.
- ✓ Grupo Controle: Crianças que não apresentaram hábitos orais de sucção.

## 2.4 Critérios de Exclusão para ambos os grupos

- ✓ Pacientes com sinais indicativos de alterações neurológicas, síndromes ou má-formações/deformações dentofaciais;
- ✓ Pacientes que relatassem deficiência auditiva ou visual;
- ✓ Aqueles pacientes que não continham o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado.
- ✓ Pacientes que não responderam completamente ao questionário sobre hábitos orais.
- ✓ Pacientes que já tivessem realizado tratamento ortodôntico ou fonoaudiológico para a reabilitação do Sistema Estomatognático.

## 2.5 Questões Éticas

Este trabalho é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Correlação entre alterações de motricidade orofacial, fala e hábitos orais deletérios em crianças”, sob a responsabilidade da pesquisadora Fabiane Miron Stefani, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº745. 417 de 11/08/2014 (ANEXO A).

Participaram da pesquisa somente aqueles que os pais ou responsáveis assinaram o TCLE (APÊNDICE A).

Vale ressaltar que, as crianças que apresentaram alterações fonoaudiológicas durante o processo de avaliação, foram encaminhadas para atendimento na Clínica Escola de Fonoaudiologia.

## 2.6 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada em etapas, seguindo a sequência a seguir.

Primeiramente, os pais/responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, foi aplicado um questionário (ANEXO B), baseado em Verrastro (2008), contendo questões gerais sobre o desenvolvimento da criança, como gestação; parto; período peri e pós-natal; desenvolvimento neuropsicomotor e linguístico; além de aspectos socioeconômicos da família; questões referentes aos hábitos orais de mamadeira, chupeta,

sucção digital, onicofagia e bruxismo. Por fim, o questionário investigou informações referentes ao sono, à respiração e à saúde geral do paciente. A aplicação dos questionários foi realizada na Clínica ESCA na Faculdade de Odontologia da UFSC.

Para a presente pesquisa foram selecionados os dados referentes aos aspectos sócio-econômicos da família e às informações sobre os hábitos orais de sucção (mamadeira, chupeta e sucção digital).

Após os pais/responsáveis terem assinado ao TCLE e respondido as questões do questionário, as crianças passaram por avaliação odontológica (APÊNDICE B) na Clínica de Odontologia durante o ESCA.

Foram aplicados 33 questionários de agosto de 2014 a abril de 2015. Todos os pais/responsáveis que assinaram o TCLE e responderam ao questionário foram orientados a comparecer a Clínica Escola de Fonoaudiologia para realização da avaliação fonoaudiológica, mediante horário e data marcada. Destes, apenas 12 compareceram para a realização da avaliação. Se adequaram aos critérios da pesquisa oito delas, sendo quatro crianças para o grupo controle e quatro ao grupo experimental.

A avaliação fonoaudiológica foi realizada por duas pesquisadoras previamente calibradas a fim de se garantir a homogeneidade da aplicação do protocolo. Foram avaliadas as estruturas orofaciais (lábios, língua e bochechas) com relação à postura/ tônus e aparência dos órgãos fonoarticulatórios (OFA's) e a função de deglutição, por meio das provas do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores - AMIOFE (ANEXO C).

A padronização da sala foi feita baseada em Frazão e Manzi (2014). A sala encontrava-se climatizada e com iluminação direta, ambiente, sem luz natural e com fundo fotográfico preto, opaco e liso. Foram utilizados para avaliação luvas e espátulas de madeira descartáveis. Os pacientes foram orientados a sentar-se de maneira confortável, com as costas apoiadas na cadeira. Para a documentação desta avaliação foi utilizada a câmera fotográfica digital Olympus, modelo SP- 810UZ fixada a um tripé, a uma distância padrão da cadeira da criança, a qual encontrava-se sentada na frente da pesquisadora. A centralização da câmera foi feita no terço médio da face da criança. Foi realizada documentação por meio de filmagem da função de deglutição para posterior análise. Vale ressaltar que, toda a avaliação fonoaudiológica foi supervisionada pela professora orientadora responsável.

A avaliação da deglutição foi realizada de acordo com Marchesan (2003), sendo subdividida em duas etapas: deglutição livre e deglutição dirigida. A deglutição livre refere-se a ingestão livre da água ofertada em copo plástico (200 ml) à criança sem que haja a participação da pesquisadora. A criança foi orientada a beber a água como de costume. A segunda etapa foi

a deglutição dirigida. Solicitou-se à criança que colocasse a água na boca mantendo-a até que a pesquisadora solicitasse a deglutição. Ao deglutir, a pesquisadora realizava a eversão do lábio inferior, com a finalidade de verificar o posicionamento da língua e identificar a ocorrência de resistência da musculatura perioral durante a deglutição. Tal procedimento foi realizado com duas deglutições isoladas de água.

Desta forma, foi possível registrar a ocorrência de interposição lingual, movimentação de cabeça, participação da musculatura perioral, interposição do lábio inferior, contração do mental e escape oral durante a deglutição. Com base nessas alterações, a deglutição foi subdividida em alterada e normal. Quando o indivíduo apresentou interposição lingual e/ou três ou mais dessas características, classificou-se a deglutição como alterada. Caso contrário, considerou-se normal. Tal metodologia foi adotada para que se pudesse realizar o agrupamento das crianças com deglutição alterada ou deglutição normal.

## **2.7 Processamento e Análise de Dados**

Para a avaliação da deglutição, a ingestão de líquido foi gravada em vídeo e analisada por três juízas cegas e selecionadas por serem fonoaudiólogas com experiência em Motricidade Orofacial. Os vídeos foram distribuídos de forma aleatória entre o grupo experimental e controle, sendo assim, as juízas não tinham conhecimento algum sobre a criança e sobre o grupo no qual se enquadravam.

Foi entregue às juízas, juntamente com o DVD, uma ficha de análise da deglutição (APÊNDICE C). As fichas foram distribuídas em uma folha por paciente, sendo cada um identificado por números de 01 a 08. A análise da deglutição foi subdividida em: deglutição livre, deglutição dirigida e deglutição final. A deglutição final corresponde à conclusão que as juízas tiveram a respeito daquele paciente, com base nas duas deglutições realizadas anteriormente. A análise dos dados de deglutição foi baseada na concordância entre as três juízas para a deglutição final. Como todos os aspectos analisados eram considerados adequados ou não, não haveria possibilidade de empate entre os critérios avaliados.

Todos os dados foram coletados e posteriormente tabulados no software Microsoft Excel®. Para a análise estatística foi utilizado o programa Statistica 9.0. Para a análise da concordância entre a variável categórica hábitos de sucção, foram cruzados dados sócio-demográficos e econômicos e as respectivas avaliações: odontológica, dos órgãos fonoarticulatórios e da deglutição final, sendo utilizado o Teste Qui-Quadrado. O nível de significância adotado para este estudo foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com uma amostra de oito indivíduos, sendo quatro (50%) com hábitos de sucção e quatro (50%) sem hábitos de sucção, pertencentes ao grupo experimental e ao controle, respectivamente. A idade variou de cinco a 11 anos, com uma média de 7 anos.

A tabela 1 apresenta a caracterização sócio-demográfica e econômica do estudo, especificamente os seguintes dados: sexo, local de residência, escolaridade dos pais e renda familiar.

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica e econômica

		GE	%	GC	%	Valor de P
Sexo	Feminino	2	50	0	0	0,10
	Masculino	2	50	4	100	
Reside	Florianópolis	2	50	2	50	0,13
	São José	2	50	0	0	
	Biguaçu	0	0	2	50	
Escolaridade da mãe	Ensino Fundamental completo	1	25	0	0	0,51
	Ensino Médio incompleto	1	25	2	50	
	Ensino Médio completo	2	50	2	50	
Escolaridade do Pai	Ensino Fundamental completo	2	50	0	0	0,26
	Ensino Médio incompleto	1	25	1	25	
	Ensino Médio completo	1	25	1	25	
Renda Familiar	Nenhuma	1	25	0	0	0,34
	1 salário mínimo	1	25	1	25	
	1 a 3 salários mínimos	2	50	1	25	
	3 a 6 salários mínimos	0	0	2	50	

Legenda: GE: Grupo Experimental / GC: Grupo Controle

Quanto à variável sexo, da amostra total 75 % pertenciam ao sexo masculino e 25% ao sexo feminino, sendo no grupo experimental, dois (50 %) do sexo feminino e dois (50%) do sexo masculino e no grupo controle quatro (100%) pertenciam ao sexo masculino.

Esses achados corroboram o estudo de Gondim (2010), Maciel et al. (2007), Amary (2002) em que houve prevalência do sexo masculino em sua população. Porém contradizem o estudo com hábitos de sucção de Cavassani, Ribeiro e Memr (2003), em que predominou o sexo feminino. Outros estudos relataram não haver associação entre sexo e prevalência de hábitos de sucção (FARSI; SALAMA, 1997; WARREN et al., 2001; BONSIK et al., 2002).

Em relação ao local de residência, no presente estudo pôde-se constatar que, da amostra total, quatro (50%) famílias residiam em Florianópolis e quatro (50 %) em outros municípios. Vale acrescentar que, não somente este, como outros estudos na área da Fonoaudiologia foram

realizados em capitais brasileiras (SOUZA; VALLE; PACHECO, 2006; CAVASSANI; RIBEIRO; MEMR, 2003).

No que diz respeito ao nível de escolaridade das mães, notou-se que quatro mães da amostra apresentam Ensino Médio completo (50%), sendo duas em cada grupo. Quanto a escolaridade do pai, dois (50 %) do GE apresentam Ensino Fundamental completo e 2 (50%) do GC apresentavam Ensino Superior completo. Faz-se importante ressaltar que, não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos quanto à escolaridade dos pais. Na literatura, não há consenso no que diz respeito ao nível de escolaridade dos pais em relação aos hábitos de sucção (OLIVEIRA, 2002; VERRASTRO, 2008; SANTOS et al., 2009).

Em relação a renda familiar, observou-se que no grupo experimental, houve predominância das famílias com renda inferior a 3 salários mínimos, sendo duas (50%) famílias com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e duas (50%) com renda inferior a 1 salário mínimo. Corroborando este achado, nos estudos de Maciel et al. (2007) e Goés et al. (2013) com crianças com hábitos de sucção em que foi elevada a quantidade de famílias com perfil sócio-econômico baixo com renda igual ou inferior a 3 salários mínimos. Diversos autores não encontraram associação em seu estudo entre o tipo de hábito e condição sócio-econômica (RABELLO et al., 2000; TOMITA et al., 2000, WARREN et al., 2000; BITTENCOURT et al., 2002; PIZZOL et al., 2012).

A tabela 2 demonstra a distribuição dos hábitos de sucção nos indivíduos do GE.

Tabela 2. Distribuição dos hábitos de sucção no grupo experimental (GE).

<b>Hábitos</b>		<b>GE</b>	<b>%</b>
<b>Mamadeira</b>	Sim	3	75
	Não	1	25
<b>Chupeta</b>	Sim	3	75
	Não	1	25
<b>Sucção Digital</b>	Sim	3	75
	Não	1	25

Nela pôde-se observar que não houve diferença percentual nos hábitos de mamadeira, chupeta e sucção digital, constatando-se 75% para todos estes, provavelmente, devido a amostra reduzida. Isto nos leva a perceber que a maioria dos indivíduos apresentou mais de um hábito deletério concomitantemente. Conforme ilustra a tabela 3, em que os indivíduos A e D fizeram uso de três hábitos, o indivíduo C de dois hábitos e somente o indivíduo B de um hábito.

Tabela 3. Caracterização dos hábitos no grupo experimental.

Indivíduo	Hábitos
A	mamadeira, chupeta e sucção digital
B	sucção digital
C	mamadeira e chupeta
D	mamadeira, chupeta e sucção digital

Estes achados corroboram Vasconcelos et al. (2009), em que avaliaram 970 crianças da região metropolitana do Recife, quanto aos hábitos bucais deletérios. Verificaram que 47,1 % das crianças apresentaram algum tipo de hábito oral deletério, sendo que o restante apresentava até mais de um tipo de hábito concomitantemente. Este resultado também foi encontrado em Pizzol et al. (2011) em que muitas crianças apresentavam mais de um hábito simultaneamente (25,7%), apontando para a necessidade de ações educativo-preventivas, que promovam a saúde bucal e controlem ou removam estes hábitos.

Em relação a prevalência dos hábitos de sucção, no estudo de Bittencourt (2002) foi verificado em 239 crianças brasileiras de ambos os sexos, em idade pré-escolar, que, dos hábitos bucais deletérios encontrados, o mais prevalente foi a sucção de chupeta (55,6%) em detrimento ao hábito de sucção digital (7,5%). Da mesma forma, foi encontrado no estudo de Maciel et al. (2007), com 50 crianças, onde 44% das crianças avaliadas apresentaram a sucção de chupeta e 16 % a sucção digital.

Pizzol et al. (2012) buscou avaliar a prevalência dos hábitos de sucção presentes em pré-escolares do município de Araraquara (São Paulo), em 1371 crianças, constatou que o hábito mais comumente encontrado foi o de sucção de chupeta (30%), seguido pela sucção de mamadeira (18,4%) e sucção digital (7,6%).

Em contrapartida, no estudo de Amaral, Mussoline e Silva (2009), que tinham como objetivo analisar o hábito de sucção com maior frequência e com maior dificuldade de remoção, observou que dos 100 pacientes avaliados, o hábito de sucção de chupeta foi encontrado com maior frequência (34%), bem maior do que a sucção de dedo (10%) e de mamadeira (4%).

Goés et al. (2013) em seu estudo buscou identificar a prevalência de hábitos de sucção não nutritiva em pré escolares e verificar fatores associados a sua persistência, constatou elevada predominância (48,7%) de sucção de chupeta, sendo a sucção digital com menor percentual (5,7%).

Segundo Boeck et al. (2013), embora a literatura mostre que a prevalência de sucção digital seja significativamente inferior a de chupeta, os danos causados por esse hábito deletério à oclusão normalmente são mais graves e frequentes.

A tabela 4 demonstra a classificação do tipo de mordida em ambos os grupos (GE e GC), evidenciando que 75 % do GC apresenta mordida normal, enquanto 100% do GE apresenta alterações de mordida.

Tabela 4. Classificação do tipo de mordida nos grupos experimental e controle.

	GE	%	GC	%	Valor de P
Mordida	Normal	0	3	75	0,19
	Aberta Anterior	1	1	25	
	Cruzada Lateral	1	0	0	
	Sobremordida	1	0	0	
	Sobressaliência	1	0	0	

GE: Grupo Experimental / GC: Grupo Controle

Corroborando estes resultados, na literatura encontramos diversos estudos que afirmam que a presença de hábitos orais deletérios aumenta a prevalência de alterações oclusais. A gravidade das alterações depende essencialmente da frequência, intensidade e duração com que este hábito é realizado (AMARY et al., 2002; TANAKA et al., 2004; MONGUILHOTT; FRAZZON; CHEREM, 2003).

Boeck et al. (2013), avaliaram a prevalência de má oclusão em 135 crianças de ambos os sexos, portadoras de hábitos de sucção não nutritiva. Os autores constataram que a má oclusão foi encontrada em 87,4% das crianças. A causa mais provável para a alta porcentagem de má oclusão encontrada nesta pesquisa foi relacionada ao critério de seleção da amostra, uma vez que foram avaliados somente indivíduos que apresentavam algum tipo de hábito oral deletério. Segundo os autores, os hábitos deletérios configuram-se como um fator potencial de alteração das estruturas do Sistema Estomatognático, estando na dependência da intensidade, frequência e duração desse hábito, além da predisposição genética do indivíduo.

Segundo Page (2003), o uso de mamadeira exerce forças negativas na maxila e mandíbula, ocasionando estreitamento dos arcos e conseqüente aumento do risco de más oclusões. Verrastro (2008) em seu estudo, não identificou associação entre o uso de mamadeira e a presença de más oclusões, porém afirma que seu uso deve ser evitado, visto que, a literatura aponta que ela pode ter uma influência importante na instalação da mordida aberta anterior (CHARCHUT; ALLRED; NEEDLEMAN, 2003) e principalmente, mordida cruzada posterior (VAZQUEZ-NAVA et al., 2006; VIGGIANO et al., 2004).

A sucção digital e o uso de chupeta são considerados reforços psicomotores, que tendem a desaparecer com a idade, normalmente até o terceiro ano de vida. Sua persistência além dos quatro anos de idade pode provocar alterações no crescimento e desenvolvimento facial e até mesmo más oclusões na própria dentição decídua. As alterações dentofaciais provocadas pelo

uso de chupeta e sucção digital são semelhantes e, invariavelmente, resultam em mordida aberta anterior (PEREIRA; WECKX, 2006).

Nesta mesma perspectiva, Raitz et al. (2010), por meio de estudo de revisão de literatura, apontam os hábitos deletérios como principais responsáveis pela mordida aberta anterior, dentre eles a sucção digital e a sucção de chupeta, os quais, muitas vezes, estão associados a fatores emocionais.

Forte e Bosco (2001), avaliaram 233 crianças, de ambos os sexos, entre três e seis anos, na fase de dentição decídua, em Florianópolis, Santa Catarina. Constataram que 27,5% da amostra apresentou mordida aberta anterior (MAA), sendo que deste total, 75% possuíam hábitos de sucção não nutritiva (HSNN) - (chupeta ou dedo). Concluíram então, que houve uma relação estatisticamente significativa, entre MAA e HSNN.

Silva (2006) constatou que a má oclusão mais encontrada na literatura foi a mordida aberta anterior, causada pela interposição mecânica, geralmente de dedo ou chupeta. Corroborando Almeida (2010), que afirma que dentre as más oclusões resultantes de hábitos de sucção, a mordida aberta anterior é a alteração mais frequente. Normalmente, a mordida aberta anterior, causada pelo hábito de sucção de chupeta, é simétrica, enquanto que, a causada pelo sucção de dedo pode ser assimétrica.

Emmerich et al.(2004) realizaram um estudo que confirma a associação significativa entre o hábito de sucção de chupeta com sobressaliência e sobremordida, onde puderam observar que é maior a proporção de crianças com sobressaliência alterada entre as que usam ou usaram chupeta (44%), do que aquelas que nunca usaram (18,9%). O mesmo pôde ser observado nas crianças que mostraram mordida aberta.

Segundo Verrastro (2008), a literatura indica que os hábitos de sucção não nutritiva estão associados a mordida aberta anterior, todavia, a prevalência de mordida cruzada posterior normalmente é maior nas crianças que succionam chupeta e a prevalência de sobressaliência aumentada tende a ser superior nas crianças que succionam dedo.

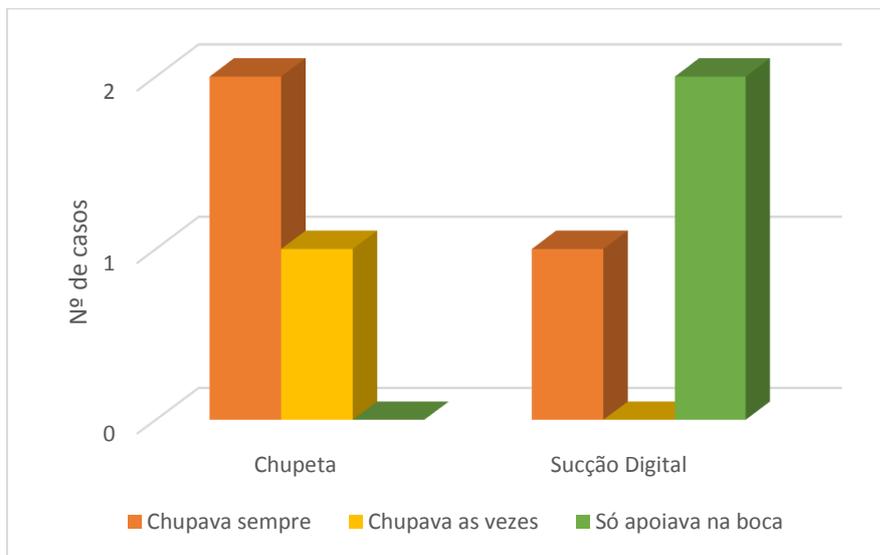
Tais achados corroboram diversos autores, no tocante ao tipo de má oclusão encontrada na literatura, as mais frequentemente associadas aos hábitos deletérios são a sobressaliência acentuada e a mordida aberta anterior. Outras más oclusões incluem a mordida cruzada posterior e a sobremordida acentuada (SOARES; TOTTI, 1996; QUELUZ; GIMENEZ, 2000; MOTONAGA et al., 2000; BEZERRA; CAVALCANTI, 2006).

Vedovello Filho et al. (2004), afirmaram que toda má oclusão apresenta uma origem multifatorial e não uma única causa específica. Silva (2006) afirma que nem todo hábito é o

causador da má oclusão, pois para desencadear essas alterações é necessário intensidade e duração prolongados, associados a predisposição genética do indivíduo.

O gráfico 1 expõe a intensidade do hábito de sucção de chupeta e digital. Não incluiu-se a sucção de mamadeira neste gráfico, uma vez que trata-se de um hábito nutritivo que não se diferencia no que diz respeito a intensidade.

Gráfico 1. Intensidade do hábito de sucção de chupeta e digital.

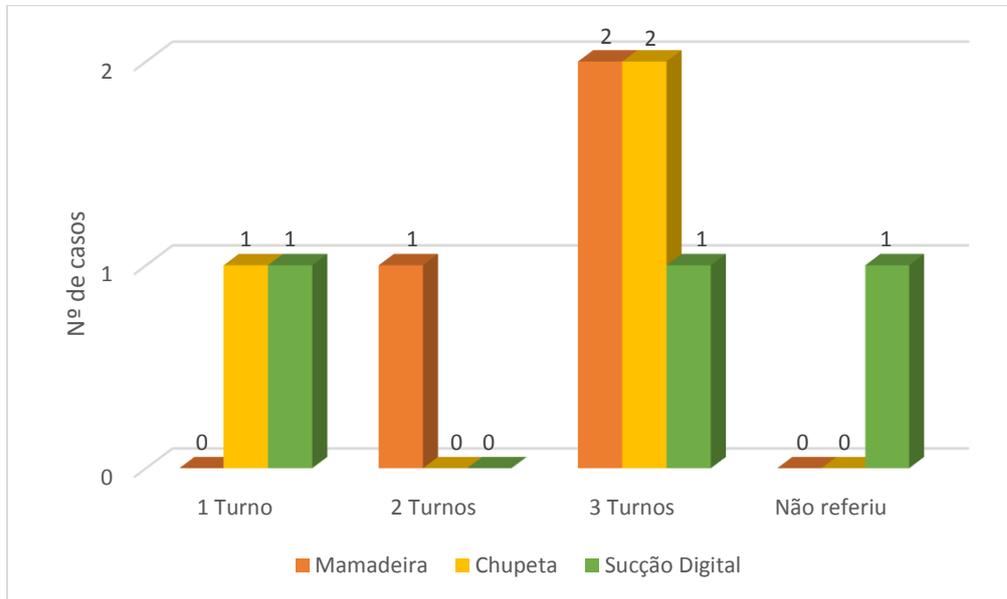


Nota-se que, a maioria das crianças suga com mais intensidade a chupeta do que o dedo. Na sucção digital, o comportamento mais encontrado foi o apoio na boca e não necessariamente uma sucção vigorosa. Na literatura, não foram encontrados estudos específicos a respeito da intensidade com que os hábitos não nutritivos são realizados. No entanto, notou-se unanimidade entre os autores que fatores como: intensidade, duração e frequência dos hábitos, são considerados elementos determinantes sobre a magnitude dos efeitos gerados ao Sistema Estomatognático, suas funções e a oclusão dentária (GOLDIN et al., 2010; PACHECO et al., 2012; ROTTMANN; IMPARATO; ORTEGA, 2011).

No presente trabalho para a variável frequência foram relacionados dois aspectos: turnos do dia e locais de uso.

O gráfico 2 demonstra a frequência dos hábitos de sucção em relação aos turnos de uso.

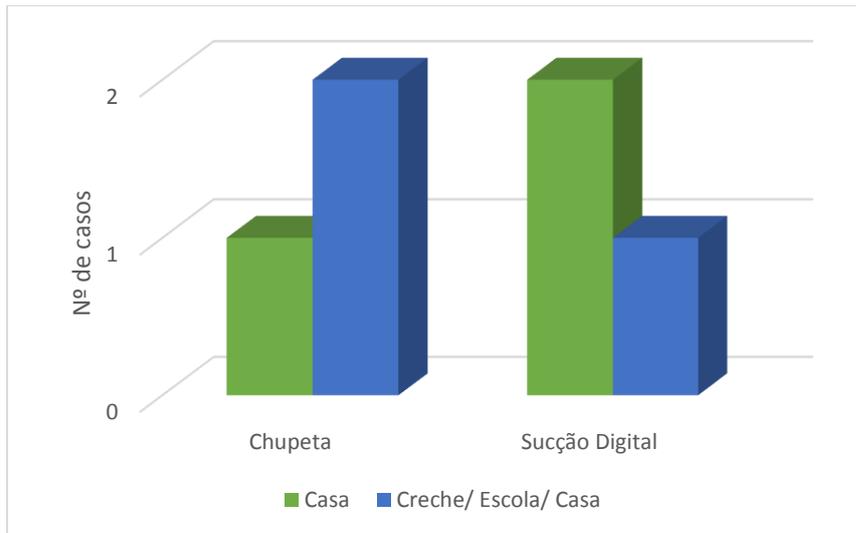
Gráfico 2. Frequência dos hábitos de sucção em relação aos turnos de uso.



Pôde-se notar que a maioria das crianças fez uso dos hábitos de chupeta e mamadeira nos três turnos do dia, ou seja, realizavam o hábito de sucção durante a manhã, tarde e noite. Já o hábito de sucção digital foi realizado de forma variada pela nossa amostra, não determinando um padrão de uso. Segundo Amaral, Mussoline e Silva (2009), em relação a frequência do hábito, 33% das crianças o praticavam o dia todo, 42% apenas quando dormiam e 11% enquanto assistiam televisão, revelando predominância noturna. Outros estudos apontam para o mesmo fato, porém, referem que os hábitos podem ocorrer em qualquer período do dia e em variadas situações: enquanto a criança brinca, quando está aborrecida ou cansada (COLETTI; BARTHOLOMEU, 1998; FOHN, 1998; RABELLO et al., 2000).

O gráfico 3 ilustra a frequência dos hábitos de sucção de chupeta e digital em relação aos locais de uso.

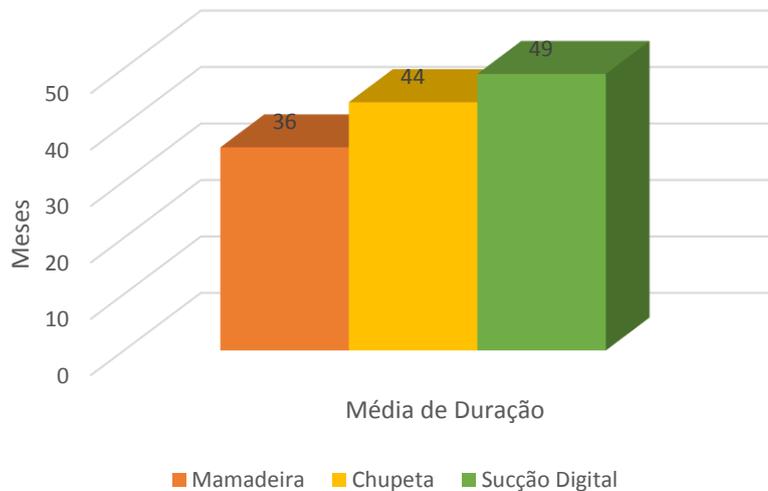
Gráfico 3. Frequência dos hábitos de chupeta e sucção digital em relação aos locais de uso.



Constatou-se que o hábito de chupeta é realizado pela maioria das crianças em vários ambientes, enquanto o hábito de sucção digital é realizado predominantemente em casa. Na literatura, não foram encontrados estudos que associassem o tipo de hábito ao local de uso. Alguns autores afirmam inclusive, não existir vínculo entre horário e ambiente para a prática do hábito (FERES; MORESCA, 1994; ROTTMANN; IMPARATO; ORTEGA, 2011). O estudo de Pereira, Schardosim e Costa (2009) traz o relato de alguns pais, que indicam o ambiente escolar como estimulante ao uso da chupeta, constatando-se a importância de orientações aos profissionais sobre as possíveis sequelas da permanência dos hábitos. Há estudos indicando que os fatores emocionais incitam a frequência dos hábitos em casa, como por exemplo: negligência dos pais, nascimento de um irmão e carência afetiva. Já no ambiente escolar, a busca pelos hábitos se dá por motivos de competição ou discriminação pelos colegas (RAMOS-JORGE; REIS; SERRA-NEGRA, 2001).

O gráfico 4 demonstra a média de tempo (duração) que as crianças mantêm o hábito de sucção.

Gráfico 4. Média de duração dos hábitos de sucção.



Observou-se que a média de tempo em meses no uso dos hábitos de sucção para as crianças são semelhantes entre si, no entanto, foi verificado que o hábito mais prolongado em nossa amostra foi o de sucção digital (49 meses).

Corroborando estes achados, Goés et al. (2013) revelam em seu estudo que praticamente metade das crianças eram ou foram usuárias de chupeta (48,7%). Deste total, 28,6% a usaram durante 36 meses ou mais de idade. Em relação ao hábito de sucção digital foi verificado que das 50 crianças que iniciaram o hábito, 45 (90,2%) permaneceram com ele por pelo menos 36 meses de idade. Esses resultados apontam para uma baixa prevalência do hábito de sucção digital, mas também, para uma maior dificuldade na remoção deste hábito quando instalado. Ressaltando que a sucção digital é um hábito mais acessível para a criança quando comparado à chupeta, verifica-se que sua interrupção sofre maiores dificuldades, geralmente persistindo até a idade pré-escolar e escolar.

Da mesma forma, Pizzol et al. (2011), analisando as faixas etárias com que as crianças tendem a abandonar os hábitos, observaram que o hábito de sucção de chupeta tende a diminuir com a idade, ou seja, as crianças estão mais predispostas a abandonar o hábito com o passar do tempo. Em contrapartida, afirmaram que a prevalência de sucção digital tende a aumentar com a idade, pois trata-se de um hábito aprendido e não ofertado pelos pais, que sofre a interferência de aspectos emocionais ou da reprodução de hábitos de outras crianças do seu convívio familiar ou escolar.

Assim como os autores mencionados acima, Amaral, Mussoline e Silva (2009) também verificaram que o hábito mais fácil de ser removido é a chupeta, pois 53% foram removidos antes dos 4 anos de idade, enquanto o hábito de sucção de dedo foi o mais difícil e demorado

de ser eliminado, visto que, 90% das crianças estudadas não removeram o hábito, apesar de terem mais de 8 anos.

A tabela 5 informa a respeito da aparência, postura e tônus de lábios, língua e bochechas, em ambos os grupos.

Tabela 5. Aparência, Postura e Tônus dos OFAs nos grupos GE e GC.

		GE (%)	GC(%)	Valor de p
Volume das bochechas	Normal	1 (25%)	2 (50%)	0,46
	aumentado – leve	3 (75%)	2 (50%)	
Tensão/ Configuração de bochechas	Normal	2 (50%)	2 (50%)	1,00
	flácida/arqueada - leve	2 (50%)	2 (50%)	
Posição habitual de lábios	ocluídos com tensão leve	1 (25%)	1 (25%)	1,00
	Desocluídos	3 (75%)	3 (75%)	
Volume de lábios	Diminuído	2 (50 %)	1 (25%)	0,26
	Normal	0 (0%)	2 (50 %)	
	Aumentado	2 (50 %)	1 (25%)	
Tônus lábio superior	Aumentado	3 (75%)	1 (25 %)	0,15
	Diminuído	1 (25%)	3 (75 %)	
Tônus lábio inferior	Diminuído	0 (0 %)	3 (75%)	0,08
	Normal	1(25%)	0 (0%)	
	aumentado	3 (75%)	1 (25%)	
Posição da língua	Interposta aos dentes	3 (75%)	1 (25 %)	0,15
	contida na cavidade oral	1 (25 %)	3 (75%)	
Volume da língua	aumentado leve	2 (50%)	0 (0%)	0,10
	Compatível com a cavidade oral	2 (50 %)	4 (100%)	
Tônus da língua	Diminuído	4 (100%)	2 (50%)	0,10
	Normal	0 (0%)	2 (50%)	

Com base na tabela, pode-se observar que ambos os grupos apresentam alterações miofuncionais. Não houve diferenças estatísticas significantes entre os grupos estudados ( $p < 0,05$ ).

Acredita-se que este fator esteja relacionado a amostra reduzida deste estudo. Uma vez que na literatura, encontram-se vários estudos que relacionam as alterações miofuncionais à presença de hábitos orais nocivos, no sentido destes serem, em grande parte, responsáveis pelos problemas de Motricidade Orofacial. Isso porque a persistência destes hábitos ao longo de desenvolvimento infantil pode refletir diretamente no desenvolvimento sensório-motor oral, craniofacial, assim como nas funções estomatognáticas (MARCHESAN, 2004; CATTONI, 2004, FELICIO, 2004).

No estudo de Czylusniak, Carvalho e Oliveira (2008), as autoras identificaram a incidência de alterações de motricidade orofacial e de hábitos deletérios orais em 31 alunos, na

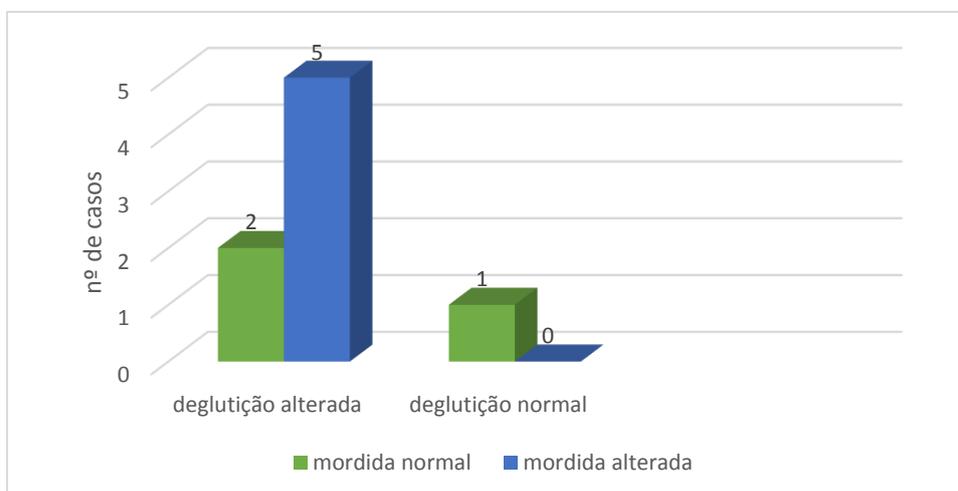
faixa etária de 5 a 7 anos, de uma Escola Pública do Estado do Paraná. As autoras constataram que dos 31 alunos, 24 (77,5%) apresentaram alterações de motricidade orofacial, indicando alta incidência dessas manifestações na amostra. Em relação aos hábitos, do total de crianças com alterações de motricidade orofacial, 19 apresentaram hábitos orais nocivos, tal dado também com alta (61%) incidência.

Vale ressaltar que se observa, no presente estudo, diferenças entre os grupos experimental e controle, no que diz respeito a posição, volume e tônus de língua. Em que 75% do grupo experimental apresentou a posição de língua interposta aos dentes, 50% com volume de língua aumentado e 100% com tônus de língua diminuído. Corroborando o estudo de Czulniak, Carvalho e Oliveira (2008), que constataram que 81% da amostra portadora de hábitos orais nocivos apresentam alterações nas estruturas moles quanto à postura, mobilidade e tonicidade, inclusive de língua. Esses autores ainda observaram a alta incidência de alterações funcionais referentes à mastigação, deglutição e articulação da fala.

Verrastro (2008) concorda, apresentando que o uso da chupeta está associado a alterações miofuncionais orais, sendo estas, posturas inadequadas de lábios e língua e a ocorrência de interposição lingual anterior durante a fala e deglutição. Já a alteração miofuncional associada ao hábito de sucção digital foi no tônus de bochechas, conforme a mesma autora.

O gráfico 5 demonstra a relação entre deglutição e mordida. Para elaboração deste, considerou-se como deglutição alterada os indivíduos que apresentavam interposição lingual e/ou três ou mais alterações diversas de deglutição. Tal metodologia foi adotada para que se pudesse realizar o agrupamento dos indivíduos com deglutição alterada ou deglutição normal.

Gráfico 5. Relação entre mordida e deglutição.



A deglutição corresponde a um ato contínuo e rápido, sendo uma função oral biológica complexa e coordenada, com conexão neurológica e mecanismo sinérgico e antagônico de ações musculares comandadas por reflexos. O mecanismo de deglutição funciona de maneira diferente na criança e no adulto. Pois, até aproximadamente 4 anos de idade, a criança deglute com os maxilares separados e a língua entre eles. A partir dessa fase inicia a deglutição madura, que envolve a oclusão de todos os dentes, o toque da língua na parte anterior do palato e mínima contração labial. A participação da musculatura perioral durante a deglutição madura deve ser passiva, apenas para promover o vedamento anterior. Não deve ocorrer mímica facial e os músculos orbiculares não participam no ato da deglutição (VERRASTRO et al., 2009).

Com base no gráfico, observa-se que da amostra total, foram detectados sete indivíduos (87,5%) com a deglutição alterada e apenas um apresentou deglutição normal (12,5%).

Vale ressaltar o elevado índice de crianças com deglutição alterada nesta amostra (87,5%), corroborando os achados de diversos estudos que constataram que a prevalência de deglutição alterada pode chegar a 93% (PENTEADO; ALMEIDA; LEITE, 1995; BALDRIGHI et al., 2001; BERTOLINI; PASCHOAL, 2001).

Os resultados encontrados corroboram o estudo de Verrastro et al. (2009), realizado com a finalidade de avaliar e correlacionar características oclusais e miofuncionais de 229 crianças, revelando que apenas um pequeno número delas apresentou padrão de deglutição considerado normal, em todos os grupos, inclusive no controle.

Desta forma, pôde-se evidenciar que as alterações de mordida relacionam-se com a deglutição, uma vez que, os indivíduos com alterações de mordida apresentaram maiores alterações de deglutição. Este achado vai ao encontro de Maciel et al. (2007) em que constatou-se alto índice (68%) de crianças com alterações na fase oral de deglutição, relacionando isto com o elevado índice (72%) de alterações oclusais na sua população. Assim como, Baldrighi et al. (2001), que verificaram em seu estudo a relação entre alterações oclusais e deglutição alterada, constatando 47,2 % dos pacientes estudados. Sendo assim, pode-se inferir que as alterações de deglutição, podem ser na verdade, uma adaptação ao padrão oclusal.

A tabela 6 nos mostra os resultados obtidos na avaliação da deglutição de ambos os grupos (experimental e controle), de acordo com as possíveis alterações estabelecidas: interposição lingual, movimentação de cabeça, contração perioral excessiva, contração de mental, escape oral e interposição do lábio inferior.

Tabela 6. Avaliação da deglutição nos grupos experimental e controle.

		GE		GC		Valor de P
		N	%	N	%	
Interposição Lingual	Sim	3	75	3	75	1,00
	Não	1	25	1	25	
Movimentação de cabeça	Sim	1	25	1	25	1,00
	Não	3	75	3	75	
Contração Perioral Excessiva	Sim	3	75	4	100	0,28
	Não	1	25	0	0	
Interposição lábio inferior	Sim	0	0	0	0	*
	Não	4	100	4	100	
Contração do Mental	Sim	2	50	2	50	1,00
	Não	2	50	2	50	
Escape Oral	Sim	1	25	0	0	0,28
	Não	3	75	4	100	

Legenda: \*Não foi possível realizar a estatística desta variável, pois houve 100% de ocorrência categórica.

Nesta tabela pode-se observar que ambos os grupos (GC e GE) apresentam percentual de alterações semelhantes. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos ( $p < 0,05$ ). Porém, observa-se que as principais alterações encontradas foram: a interposição lingual e a contração excessiva da musculatura perioral. Esta análise corrobora outros estudos que destacaram os mesmos aspectos (MODESTO; BASTOS; GLEISER, 1994; OLIVEIRA; SILVA; BASTOS, 1997, BORGES et al., 2001).

Verrastro et al. (2009) concorda o exposto acima, revelando em seu estudo elevada predominância da interposição lingual, pressionamento dental e a participação da musculatura perioral, em ambos os grupos. Sendo que, a principal alteração de deglutição nas crianças com mordida aberta anterior foi a interposição lingual, encontrada em cerca de 70% das crianças com essa má oclusão.

Segundo Kuramae et al. (2001), a mordida aberta anterior é a má oclusão identificada pela presença de um trespasse vertical negativo entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores, sendo sua etiologia associada a uma desarmonia miofuncional orofacial pela ação prolongada de hábitos deletérios. Sendo este tipo de má oclusão frequentemente associado a causa de deglutição atípica, pois a presença do trespasse colaboraria para a projeção anterior da língua entre os dentes no momento da deglutição.

Na relação entre a oclusão e a alteração miofuncional, pôde-se verificar o achado de Almeida (2010) declarando que nos consultórios odontológicos a mordida aberta anterior é frequente, principalmente na dentição mista, e muitas vezes é causada pela interposição lingual.

No seu estudo, Cavassani, Ribeiro e Memr (2003) concluíram que os hábitos de sucção foram fatores etiológicos de má oclusão e de distúrbios fonoaudiológicos.

Cattoni (2004) relata em seu estudo que os distúrbios orais miofuncionais são consequências dos hábitos nocivos orais, sendo a manifestação mais comum destes distúrbios a interposição de língua durante a fala e a deglutição.

A Tabela 7 demonstra a relação entre alterações miofuncionais orofaciais e deglutição. Para esta análise GE e GC foram agrupados para que se pudesse ter uma visão global desta população como um todo.

Tabela 7. Relação entre aparência, postura e tônus dos OFAs e deglutição.

		<b>Deglutição normal</b>	<b>Deglutição alterada</b>	<b>Valor de p</b>
Volume das bochechas	Normal	1 (12,5%)	2 (25%)	0,16
	aumentado – leve	0 (0%)	5 (62,5%)	
Tensão/ Configuração de bochechas	Normal	0 (0%)	4 (50%)	0,28
	flácida/arqueada - leve	1 (12,5%)	3 (37,5%)	
Posição habitual de lábios	ocluídos com tensão leve	1 (12,5%)	1 (12,5%)	0,06
	Desocluídos	0 (0%)	6 (75%)	
Volume de lábios	Diminuído	0 (0%)	3 (37,5%)	0,18
	Normal	1 (12,5%)	1 (12,5%)	
	aumentado	0 (0%)	3 (37,5%)	
Tônus lábio superior	aumentado	0 (0%)	4 (50%)	0,28
	diminuído	1 (12,5%)	3 (37,5%)	
Tônus lábio inferior	diminuído	1 (12,5%)	2 (25%)	0,38
	normal	0 (0%)	1 (12,5%)	
	aumentado	0 (0%)	4 (50%)	
Posição da língua	interposta aos dentes	1 (12,5%)	3 (37,5%)	0,28
	contida na cavidade oral	0 (0%)	4 (50%)	
Volume da língua	aumentado leve	0 (0%)	2 (25%)	0,53
	compatível com a cavidade oral	1 (12,5%)	5 (62,5%)	
Tônus da língua	diminuído	1 (12,5%)	5 (62,5%)	0,53
	normal	0 (0%)	2 (25%)	

Com base na tabela, pode-se observar que, embora sem diferenças estatísticas significantes ( $p < 0,05$ ), nota-se que, a deglutição alterada correlaciona-se com alterações de volume, aparência e tônus de lábios, língua e bochechas.

Maciel et al. (2007) em seu estudo verificou que os hábitos orais deletérios são desencadeantes de alterações miofuncionais, constando alta incidência (84%) da sua população com presença de distúrbio miofuncional orofacial. Concluíram que, o uso de hábitos

orais deletérios trazem consequências para o desenvolvimento motor oral, influenciando a oclusão dentária e as funções estomatognáticas.

Verrastro (2008) afirma, em seu trabalho, que os hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva podem ocasionar alterações miofuncionais, principalmente promovendo modificações quanto à postura e tônus de lábios e língua, além de alteração no tônus das bochechas. Os lábios tendem a ficar entreabertos, a língua adapta-se a uma posição anteriorizada e inferiorizada, podendo prejudicar o padrão respiratório nasal, além de propiciar a ocorrência de interposição lingual durante a fala e a deglutição nas crianças. Por fim, acrescenta que ao contrário dos estudos sobre a oclusão, os efeitos dos hábitos de sucção sobre a musculatura orofacial e as funções estomatognáticas são pouco abordados pela literatura.

## 4 CONCLUSÃO

Constatou-se na amostra elevado percentual de crianças com alterações de deglutição. Dentre as possíveis alterações, destacaram-se: a interposição lingual e a contração excessiva da musculatura perioral, que estiveram presentes em ambos os grupos (GE e GC). A maioria das crianças com deglutição alterada apresentaram alterações oclusais.

Ambos os grupos (GC e GE) apresentaram alterações miofuncionais. A alteração da deglutição correlacionou-se com a presença de alterações da musculatura orofacial. Cabe ressaltar que os resultados não apresentaram diferenças significantes entre os grupos ( $p < 0,05$ ).

Com base nos resultados obtidos, pôde-se concluir que em relação à mordida, evidenciou-se que a maioria das crianças do GC apresentou mordida normal, enquanto que todas do GE apresentaram alterações de mordida.

A presente pesquisa revelou que grande parte das crianças sugam com mais intensidade a chupeta e a sucção digital foi mais encontrada sob forma de apoio na boca. Pôde-se constatar maior prevalência dos hábitos de chupeta e mamadeira nos três turnos do dia, enquanto que, para a sucção digital, não foi encontrado um turno específico de uso. Verificou-se que o hábito de uso da chupeta é utilizado em diversos ambientes (casa, creche, etc.), ao passo que a sucção digital é realizada principalmente em casa. Observou-se que o uso mais duradouro foi o de sucção digital (49 meses).

No meio literário, são escassos os estudos que discorrem sobre os efeitos dos hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva sobre a musculatura orofacial e as funções estomatognáticas, em especial a deglutição. Considera-se relevante que este assunto seja tema de pesquisas futuras e que se dê continuidade para a presente pesquisa, aumentando sua população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, K.F. et al. Remoção de hábito de sucção não-nutritiva: integração da odontopediatria, psicologia e família. **Arquivos em Odontologia**, v.41, n.4, p. 273-368, 2005.
- ALBUQUERQUE, S.S.L. et al. A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p. 371-378, 2010.
- ALBUQUERQUE-JÚNIOR, H.R. et al. Hábito oral deletério e má-oclusão em pacientes da clínica infantil do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza. **RBPS**, v.20, n.1, p. 40-45, 2007.
- ALMEIDA, R.O. **Interposição Lingual**. 26 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ortodontia, Instituto de Ciências da Saúde Funorte/Soebras, Brasília, 2010.
- ALMEIDA, R.R. Mordida aberta anterior- Considerações e apresentação de um caso clínico. **Rev Dent Press Ortodontol Ortoped Fac**, v. 3, n.2, 1998.
- AMARAL, C.O.F.; MUSSOLINE, J.B.; SILVA, R.O. Estudo dos métodos de remoção dos hábitos nocivos à oclusão dentária na odontopediatria. **Colloquium Vitae**, v.1, n.2, p. 123-129, 2009.
- AMARY, I.C.M. et. al. Hábitos deletérios: alterações de oclusão. **Rev. CEFAC**, v.4, n.1, p. 123-126, 2002.
- ANDO, T. Fatores pós-natais intrínsecos e extrínsecos de interesse para ortodontia preventiva. In: Pinto ACG. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos; 2000. p. 739-66.
- BALDRIGUI, S.E.Z.M. et. al. A importância do aleitamento natural na prevenção de alterações miofuncionais e ortodônticas. **Rev. Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.6, n.5, p. 111-121, 2001.
- BERTOLINI, M.M.; PASCHOAL, J.R. Prevalence of adapted swallowing in a population of school children. **Int J Orofacial Myology**, v.27, p.33-43, 2001.
- BEZERRA, P.K.M.; CAVACALNTI, A.L. Características e distribuição das maloclusões em pré-escolares. **R. Ci. Méd. Biol.**, v. 5, n. 2, p. 117-123, 2006.
- BITTENCOURT, L.P. et al. Hábitos de Sucção: Desigualdades Sociais na Área de Saúde. **Rev. Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, v.2,n.2, p. 63-68, 2002.
- BOECK, E. M. et. al. Prevalência de má oclusão em crianças de 3 a 6 anos portadoras de hábito de sucção de dedo e/ou chupeta. **Rev Odontol UNESP**, v.42, n.2, p. 110-116, 2013.
- BORGES, C.S. et al. Considerações sobre o diagnóstico e o tratamento da deglutição atípica com pressionamento anormal da língua. **Ortodontia**, v.34, n.3, p. 74-79, 2001.
- BOSNJAK, A. et al. Incidence of oral habits in children with mixed dentition. **J Oral Rehabil**, v. 29, n.3, p. 902-905, 2002.

- BRESOLIN, D. Índices para maloclusões. In: Pinto VG, organizador. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 197-302.
- BRONZI, E.S. et al. Mordida aberta em pacientes jovens. Relato Clínico. **UNIMEP-Universidade Metodista de Piracicaba**, v.14, n.1, p.24-29, 2002.
- BRUNELI, B.L.; MELO, J.M.; PACHECO, M.C.T. Hábitos Bucais Indesejáveis: diagnóstico e tratamento. **Rev Odontol**, v.1, n.1, p.20-26, 1998.
- CÂMARA, J.C. **Efeitos dos hábitos deletérios sobre o sistema estomatognático**. 2010.90 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ortodontia, Instituto de Ciências da Saúde, FONORTE/ SOEBRÁS, Montes Claros, 2010.
- CANONGIA, M.B. Hábitos viciosos. **J. Brasileiro Ortodontia e Ortopedia Maxilar**, v.2, p. 35-40, 1996.
- CARMINATTI, K. **Hábitos Deletérios X Maloclusão**. 2000. 43 f. Monografia (Especialização) - Curso de Fonoaudiologia, CEFAC, Rio de Janeiro, 2000.
- CARRASCOZA, K.C. et al. Consequências do uso da mamadeira para o desenvolvimento orofacial em crianças inicialmente amamentadas ao peito. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n.5, p. 395-397, 2006.
- CARVALHO, D.S. Fatores hereditários determinantes das maloclusões. In: Pinto ACG. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos; 2000. p. 721-30.
- CATONI, D.M. Alterações da mastigação e deglutição. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. (eds.). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. Cap. 24, p. 277-291.
- CATTONI, D. M. Alterações da mastigação e deglutição. In: FERREIRA, P. L. LIMONGI, O. C. S.; LOPES, B. M. D. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca:, 2004
- CAVASSANI, V. G. S.; RIBEIRO, S. G.; MEMR, N. K. Hábitos de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. **Rev. Bras. Otorrinolaring.**, v.69, n.1, p. 106-110, 2003.
- CHARCHUT, S.W.; ALLRED, E.N.; NEEDLEMAN, H.L. The effects of infant feeding patterns on the occlusion of the primary dentition. *J Dent Child*, v.70, n.3, p.197-203, 2003.
- COELI, B.M.; TOLEDO, O.A. Hábitos bucais de sucção: Aspectos relacionados com a etiologia e o tratamento. **Rev Odontoped**, v.3, n.1, p.43-51, 1994.
- COLETTI, J.M.; BARTHOLOMEU, J.A.L. Hábitos nocivos de sucção de dedo e/ou chupeta: etiologia e remoção do hábito. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v.1, n.3, p.57-73, 1998.
- COMITÊ DE MOTRICIDADE OROFACIAL – SBFA. **Motricidade orofacial: como atuam os especialistas**. São José dos Campos: Pulso, 2004.
- CÔRREA, M.S.N.P.; DISSENHA, R.M.S.; WEFFORT, SYK. **Saúde bucal do bebê ao adolescente: guia de orientações**. São Paulo: Ed. Santos, 2005.

COSTA, M. Avaliação da dinâmica da deglutição e da disfagia orofaríngea. In: Castro S, Rocha M.C. **Tópicos em Gastroenterologia – deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000. p.177-85.

COTRIM, L.C.; VENANCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. **Rev Bras de Saúde Matern Infantil**, v.2, n.3, 2002.

CZLUSNIAK, G.R.; CARVALHO, F.C.; OLIVEIRA, J.P. Alterações de Motricidade Orofacial e presença de hábitos nocivos orais em crianças de 5 a 7 anos de idade: implicações para intervenções fonoaudiológicas em âmbito hospitalar. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v.14, n.1, p. 29-39, 2008.

DEGAN, V. V. Hábitos de Sucção e Distúrbios Miofuncionais Orofaciais. In: DEGAN, V. V.; BONI, R. C.. **Hábitos de Sucção Chupeta e Mamadeira**. São José dos Campos: Pulso, 2004. Cap. 4. p. 27-28

DEGAN, V. V.; PUPPIN-RONTANI, R. M. Remoção de hábitos e terapia miofuncional: restabelecimento da deglutição e repouso lingual. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 17, n. 3, p. 375-382, 2005.

DEGAN, V. V; PUPPIN-RONTANI, R M. Terapia Miofuncional e Hábitos Oraís Infantis. **Rev CEFAC**, v. 6, n. 4. p.396-404, 2004.

DIAS, A. F. et al. **Hábitos nocivos ou não: sucção e deletérios em crianças de 24 a 60 meses de vida**. 33 f. (Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização). Distrito Federal: Associação Brasileira de Odontologia, 2003.

DOUGLAS, C.R. **Tratado de Fisiologia Aplicada à Fonoaudiologia**. São Paulo: Robe, 2002. 774 p.

ELGERSMA, J.C. **Sucção Digital**: uma abordagem fonoaudiológica. 2000.44 f. Monografia (Especialização) - Curso de Fonoaudiologia, Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, Londrina, 2000.

EMMERICH, A. et al. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringianas e mal-oclusões em pré-escolares de Vitória. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, p. 689-697, 2004

EVANGELISTA, C.D. et al. Percepção dos pais sobre os hábitos de sucção não nutritiva. **J Bras Fonoaudiol**, v.4, n.16, p. 198-202, 2003.

FARSI, N.M.; SALAMA, F.S. Sucking habits in Saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. **Pediatr Dent**, v. 19, n. especial, p. 28-33, 1997.

FELÍCIO, C. M. Desenvolvimento normal das funções estomatognáticas. In: FERREIRA, P. L. LIMONGI, O. C. S.; LOPES, B. M. D. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004.

FERES, M.A.; MORESCA, C.A. Hábitos Viciosos Bucais In: PETRELLI, E. **Ortodontia para Fonoaudiologia**. São Paulo, Lovise, 1994. p.163-76.

FERREIRA, F.V. **Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

FERREIRA, M.I.D.T.; TOLEDO, O. A. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. **Rev ABO nacional**, v.5, n.6, p.317-320, 1997.

FOHN, S.M. A descriptive study of the thumb/finger-sucking behavior off emale and male subjects three years and older. **Int J. Orofacial Myology**, v.24, p. 34-41, 1998.

FORTE, F.D.S.; BOSCO, V.L. Prevalência de mordida aberta anterior e sua relação com hábitos de sucção não nutritiva. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integ.**, v.1, n.1, p. 3-8, 2001.

FRANÇA, M.C.T. et al. Uso de mamadeira no 1º mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.4, 2008.

FRAZÃO, Y.; MANZI, S. Documentação fotográfica e em vídeo na motricidade orofacial. In: TESSITORE, A. et al. **Práticas Clínicas em Motricidade Orofacial**. São Paulo: Melo, 2014. p. 85-95.

FRIAS, J.S. et al. Relação entre ceceo anterior e crescimento craniofacial e hábitos de sucção não nutritiva em crianças de 3 a 7 anos. **Rev CEFAC**, v. 6, n. 2, p.177-84, 2004.

FURKIM, A.M. Fisiologia da Deglutição Orofaríngea. In: FERNANDES, F.D.M.; MENDES, B.C.A.; NAVAS, A.L.P. (Org). **Tratado de Fonoaudiologia**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009, p.28-33.

FURKIM, A.M.; SILVA, R.G. **Programa de Reabilitação em Disfagia Neurogênica**. São Paulo: Frontis, 1999.

GALVÃO, A. C. U. R.; MENEZES, S. F. L. D.; NEMR, K. Correlação de hábitos orais deletérios entre crianças de 4: 00 a 6: 00 anos de escola pública e escola particular da cidade de Manaus - AM. **Rev. CEFAC**, v.8, n.3, p. 328-336, 2006.

GALVÃO, A.C.U.R.; MENEZES, S.F.L.; NEMR, K. Correlação de hábitos orais deletérios entre crianças de 4 a 6 anos de escola pública e escola particular da cidade de Manaus- AM. **Revista CEFAC**, v.8, n.3, p.328-336, 2006.

GOÉS, M. P. S. et al. Persistência de hábitos de sucção não nutritiva: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, v.13, n.3, p. 247-257, 2013.

GOLDIN, C. R. et al. Mordida aberta anterior e sua associação com os hábitos de sucção não-nutritiva em pré-escolares. **Rev Gaúcha Odontol**, v.58, n.4, p. 475-480, 2010.

GONZÁLEZ, N.Z.T.; LOPES, L.D. **Fonoaudiologia e ortopedia maxilar na reabilitação orofacial: tratamento precoce e preventivo- terapia miofuncional**. São Paulo: Ed. Santos, 2000. 121 p.

GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 7ª ed. São Paulo: Ed. Santos, 2003.

HANSON, M. L.; BARRETT, R.H. **Fundamento da Miologia Orofacial**. RJ: Enelivros, 1995.

HANSON, M.L.; COHEN, M.S. Effects of form and function on swallowing and the developing dentition. **Am J Orthod**, v. 64, p. 63-82, 1973.

JOHANNIS, C.M. et al. Há relação de hábitos orais deletérios com a tipologia facial e oclusão dentária. **Rev CEFAC**, v.13, n.6., p. 1095-1102, 2011.

JUNQUEIRA, P. Avaliação miofuncional. In: MARCHESAN, I.Q. **Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 13-21.

KURAMAE, M. et al. Atypical swallowing thrust correction associated to anterior open bite: a clinical case report. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, v. 6, n. 36, p. 493-501, 2001.

LAENDER, S. S. S. B. **Mordida aberta anterior e sucção digital – caso clínico**. 2012. 46 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ortodontia, Instituto de Ciências da Saúde Funorte/soebras, Brasília, 2012.

LINO, A.P. Fatores extrínsecos determinantes de maloclusões. In: PINTO, A.C.G. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos; 2000. p. 767-75.

MACEDO, E.D.M.; GOMES, G.F.; FURKIM, A.M. **Manual de cuidados do paciente com disfagia**. São Paulo: Lovise; 2000. p. 19-27.

MACHO, V. et al. Prevalência de hábitos orais deletérios e de anomalias oclusais numa população dos 3 aos 13 anos. **Rev Port Estomatol Med Dental Cir Maxilofac**, v.53, n. 3, p. 143-147, 2012.

MACIEL, K.; ALBINO, R.; PINTO, M. A prevalência de distúrbio miofuncional orofacial nos pacientes atendidos no ambulatório de pediatria do Hospital Luís de França. **Rev Pediatr**, v.8, n.2, p. 81-90, 2007.

MACIEL, K.R.A. et. al. A prevalência de distúrbio miofuncional orofacial nos pacientes atendidos no ambulatório de pediatria do hospital Luís de França. **Rev. de Pediatria**, Fortaleza, v.8 , n.2, p. 81-90, 2007.

MARCHESAN, I. Q. Visão Clínica do Trabalho Fonoaudiológico Integrado com Outras Especialidades. In: - **Motricidade Oral**. São Paulo, Editora Pancast, 1993.

MARCHESAN, I. Q. Alterações de fala de origem musculoesquelética. In.: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p. 292-303.

MARCHESAN, I.Q. Deglutição – Diagnóstico e Possibilidades Terapêuticas. In: MARCHESAN, I.Q. **Fundamentos em Fonoaudiologia – Aspectos Clínicos da Motricidade Oral**. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, Cap. 6, p. 51-8, 1998.

MARCHESAN, I.Q. Deglutição- Normalidade. In: FURKIM, A.M.; SANTINI, C.R.S. **Disfagias Orofaríngeas**. Carapicuíba: Pró- Fono Departamento Editorial, 1999. P. 3-18.

MARCHESAN, I.Q. Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial. In: KRAKAUER, H.L.; FRANCESCO, R.; MARCHESAN, I.Q. (Org.). **Respiração Oral**. Coleção CEFAC. São José dos Campos. Ed. Pulso. 2003. p.55-79

MARQUES, L.S. et al. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian school children. **American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics**, v. 129, n.3, p. 424-427, 2006.

MARTINS, S. O. C. **Hábitos de Sucção Não-Nutritiva: Uma Abordagem em Saúde Coletiva**. 2008. 19 f. Monografia (Especialização) – Curso de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Campinas, 2008.

MAZZONI, A.C. Hábitos de Sucção da criança. **Recomendações: Atualizações de Conduta em Pediatria**, n. 57, p. 12-14, 2011.

MCGRATH, C.; BRODER, H.; WILSON-GENDERSON, M.. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 32, n. 2, p. 81-85, 2004.

MIGOTTO, M. M. P. **Hábitos Bucais Deletérios**. 2011. 61 f. Monografia (Especialização), Curso de Ortodontia, Instituto Ciências da Saúde Funorte/Soebras, Brasília, 2011.

MODESTO, A.; BASTOS, E.; GLEISER, R. Deglutição atípica – Quando e porque tratá-la. Um tema controverso. **Rev Odontopediatr Atual Clin**, v.3, n.1, p. 11-16, 1994.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.2477-2484,2011.

MONGUILHOTT, L.M.J.; FRAZZON, J.S.; CHEREM, .B. Hábitos de sucção: como e quando tratar na ótica da ortodontia X fonoaudiologia. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Maxilar**,v.8 , n.1, p. 95-104, 2003.

MONTEIRO, V.R.; BRESOVICI, S.M.; DELGADO, S.E. A ocorrência de ceceo em crianças de 8 a 11 anos em escolas municipais. **Rev Soc Bras Fonoaud**, v.14, n.2, 2009.

MORESCA, A.C; FERES, A.M. Hábitos Viciosos Bucais. In: PETRLLI, E. (Coord.) **Ortodontia para Fonoaudiologia**, São Paulo: Lovise Cap. 10, p.165-176, 1994.

MOTONAGA, S.M.; BERTE, L.C.; ANSELMO-LIMA, W.T. Respiração Bucal: causas e alterações no sistema estomatognático. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v.66, n.4, p. 373-379, 2000.

MOYERS, R.E. **Ortodontia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4ª ed., 1991.

NEIVA, F.C.B. et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.1, p.7-11, 2003.

NGAN, P.; FIELDS, H.W. Open bite : a review of etiology and management. **Pediatric Dentistry**, v. 19, n. 2, p. 91-98, 1997.

NGOM, P.I. et al. Prevalence and factors associated with non-nutritive sucking behavior. Cross sectional study among 5- to 6-year-old Senegalese children. **L'Orthodontie française**, v. 79, n. 2, p. 99-106, 2008.

NOBRE, D.G. et al. A integração entre a fonoaudiologia e a odontologia no respirador bucal: a relação com malocclusão do tipo Classe II de Angle e o seu tratamento. **Rev Paul Odontol.** v. 2, n.26, p. 4-11, 2004.

NUNES, K.S.C. Hábitos de Sucção e suas Consequências na Oclusão. Centro de Especial. em Fonoaud. Clín. **CEFAC**, 2000.

OLIVEIRA, L.M.C.; SILVA, C.P.V.; BASTOS, E.P.S. Visão atual da função da deglutição: aspectos fonoaudiológico, ortodôntico e odontopediátrico. **J Bras Ortod Ortop Max**, v.2, n.8, p.31-38, 1997.

OLIVEIRA, P.M. **Estudo da prevalência, características e fatores relacionados à persistência dos hábitos de sucção não nutritiva em crianças de 5 a 9 anos de idade** [tese]. São Paulo, SP: USP; 2002.

PACHECO, A. B. et al. Relação da respiração oral e hábitos de sucção não-nutritiva com alterações do sistema estomatognático. **Rev CEFAC**, v.14, n.8, p.281-289, 2012.

PAGE, D.C. Real early orthodontic treatment. From birth to age 8. **Funct Orthod**, v.20, n.2, p.48-58, 2003.

PEDRAS, C.T.P.A.; PINTO, E.A.L.C.; MEZZACAPPA, M.A. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.8, n.2, p.163-169, 2008.

PENTEADO, R.Z.; ALMEIDA, V.F.; LEITE, I.F.D. Saúde bucal em pré-escolares: estudo odontológico e fonoaudiológico. **Pró-fono**, v.7, n.2, p.21-29, 1995.

PEREIRA, S.R.A.; WECKX, L.L.M. **Revisão dos hábitos orais deletérios e suas influencias nas maloclusões dentárias**. Grupo Editorial Moreira Júnior, 2006.

PEREIRA, V.P.; SCHARDOSIM, L.R.; COSTA, C.T. Remoção do hábito de sucção de chupeta em pré escolares: apresentação e avaliação de uma estratégia motivacional. **R. Fac. Odontol.** v.50, n.3, p.27-31, 2009.

PETERSON JR., J.E.; SCHNEIDER, P.E. Oral habits a behavioral approach. **Pediatric Clin North Am**, v.38, n.1, p.1289-3007, 1991.

PIZZOL, K. E.D.C. et al. Influência do ambiente familiar e da condição socioeconômica na introdução e manutenção de hábito de sucção não nutritiva. **Rev Odontol UNESP**, v.40, n.6, p.296-303, 2011.

- PIZZOL, K.E.D.C. et al. Prevalência de hábitos de sucção não nutritiva e sua relação com idade, gênero e tipo de aleitamento em pré-escolares da cidade de Araraquara. **Rev. CEFAC**, v. 14, n. 3, p. 506-515, 2012.
- PRAETZEL, J.R. et al. Relação entre o tipo de aleitamento e o uso da chupeta. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v.5, n.25, p. 235-240, 2002.
- PROFFIT, W.R. **Ortodontia contemporânea**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 105-37.
- QUELUZ, D.P.; GIMENEZ, C.M.M. A síndrome do respirador bucal. **Revista do CROMG**, Belo Horizonte, v.6, n.1, p. 4-9, 2000.
- RABELLO, M. C. V. B. et al. Hábitos de sucção em crianças do município de Marília. **Rev Ciênc Odontol**, v.3, n.3, p. 59-65, 2000.
- RAITZ, R. et. al. Tratamento ortodôntico da mordida aberta anterior causada por hábitos deletérios. **Rev. Bras.Ciência da Saúde**, v.8, n. 25, p. 48-55, 2010.
- RAMOS-JORGE, M.L.; REIS, M.C.S.; SERRA-NEGRA, J.M.C. Como eliminar os hábitos de sucção não nutritiva. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia para Bebê**, v.3, n.11, p.49-54, 2001.
- ROCHA, E.M.S.S. Disfagia: avaliação e terapia. In: MARCHESAN, I.Q. **Fundamentos em Fonoaudiologia**, São Paulo: Guanabara Koogan, 1998.p. 51-58
- ROMANOWSKI, C.M.T. **Hábitos deletérios de sucção não nutritiva infantil**. Trabalho de conclusão de curso, Curitiba, 2008.
- ROTTMANN, R.W.; IMPARATO, J.C.P.; ORTEGA, A.O.L. Apresentação de método de motivacional para remoção de hábito de sucção não-nutritiva. Revisão de literatura e relato de caso. **Journal of Biodentistry and Biomaterials**, n.1, p.49-60, 2011.
- SACALOSKI, M.; ALAVARSI, E.; GUERRA, R. G. **Fonoaudiologia na escola**. Lovise: São Paulo, 2000.
- SANTOS, S. A. et al. Hábitos de sucção não nutritiva em crianças pré-escolares. **Jornal de Pediatria**, v.85, n.5, p. 408-414, 2009.
- SCAVONE-JUNIOR, H. et al. Prevalence of posterior crossbite among pacifier users: a study in the deciduous dentition. **Bras Oral Res.**, v.21, n.2, p. 153-158, 2007.
- SEIKEL, J.A.; KING, D.W. DRUMRIGHT, D.G. Physiology of mastication and deglutition. In: SEIKEL, J.A.; KING, D.W.; DRUMRIGHT, D.G. **Anatomy & Physiology for Speech, Language and Hearing**. 3 ed. New York: Thomson, 2005. Cap. 9. p. 391-405.
- SILVA, E.L. Hábitos Bucais Deletérios. **Rev Paraense de Medicina**, v.20, n.2, p. 47-50, 2006.

SOARES, C.A.S.; TOTTI, J.I.S. Hábitos deletérios e suas consequências. **Revista do CROMG**, Belo Horizonte, v.2, n.1, p. 21-26, 1996.

SONCINI, F.; DORNELLES, S. Ocorrência de hábitos orais nocivos em crianças com 4 anos de idade, de uma creche pública no município de Porto Alegre, **Pró-Fono**, v.12, n.2, p.103-108, 2000.

SOUZA, D.F.R.K.; VALLE, M.A.S.; PACHECO, M.C.T. Relação clínica entre hábitos de sucção, má oclusão, aleitamento e grau de informação prévia das mães. **R. Dental. Press Ortodon Ortop Facial**, v.11, n.6, p. 81-90, 2006.

TANAKA, O. et al. A má oclusão e o hábito de sucção de diferentes dedos. **J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial**, v.9, n.51, p. 276-83, 2004.

TEIXEIRA, S. et al. Hábitos bucais deletérios: sucção prolongada. **Rev Ciênc Saúde**, v.13, p.152-61, 1994.

TESSITORE, A.; CATTONI, D. M. Diagnóstico das Alterações de Respiração, Mastigação e Deglutição. In: FERNANDES, F.D.M.; MENDES, B.C.A.; NAVAS, A.L.P.G.P. **Tratado de Fonoaudiologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. Cap. 49. p. 457-467.

TOMITA, N. E. et al. Relação entre determinantes sócio-econômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. **Pesq Odontol Bras**, v.14, n.2, p. 169-175, 2000.

TRAWITZKI, L.V.V. et al. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v.71, n.6, p.747-751, 2005.

TURGEON O'BRIEN, H. et al. Nutritive e non-nutritive sucking habits: a review. **Journal of Dentistry for Children**, v. 63, p. 321-327, 1996.

VALENÇA, A.M.G.; ALEXANDRIA, A.K.F.; LIMA, A.L. Ortodontia preventiva em um projeto de extensão com escolares. **UFPB**, João Pessoa, 2005.

VASCONCELOS, F.M.N. et al. A ocorrência de hábitos bucais deletérios em crianças da região metropolitana do Recife. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, v.9, n.3, p. 327-332, 2009.

VAZQUEZ-NAVA, F. et al. Association between allergic rhinitis, bottle feeding, non-nutritive sucking habits, and malocclusion in the primary dentition. *Arch Dis Child*, v.91, n.10, p.836-40, 2006.

VEDOVELLO FILHO, M. et al. Hábitos deletérios versus aleitamento materno. **Rev Gaúcha Odontol.**, v.52, n.4, p. 237-239, 2004.

VELLINI-FERREIRA, F.; MONTEIRO, E.B. Aspectos psicológicos do tratamento ortodôntico. **Rev Fac Odont**, v.1, n.1, p. 21-28, 1989.

VERRASTRO, A. P. Associação entre os hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e as

**características oclusais e miofuncionais orais em crianças com dentição decídua.** 2008. 150 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontopediatria, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

VERRASTRO, A.P. et al. Características oclusais e miofuncionais orais das crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da USP. **Rev Inst Ciên Saúde**, São Paulo, v.27, n.4, p. 394-399, 2009.

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

WARREN, J. J. et al. Effects of oral habits duration on dental characteristics in the primary dentition. **J Am Dent Assoc**, v. 132, n.12, p. 1685- 93, 2001.

WARREN, J. J. et al. Non- nutritive sucking behaviors in preschool children: A longitudinal study. **Pediatr Dent**, v.22, n. 3, p. 187-191, 2000.

WARREN, J.J.; BISHARA, S.E. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. **Am J Orthod Dentofacial Orthod**, v.121, n.4, p. 347-356, 2002.

YAMAGUCHI, H.; SUEISHI, K. Malocclusion associated with abnormal posture. **Bull Tokyo Dent Coll.**, v.44, n.2, p. 43-54, 2003.

ZAPATA, M. et al.. Ocorrência de mordida aberta anterior e hábitos bucais deletérios em crianças de 4 a 6 anos. **Rev. CEFAC**, v. 12, n. 2, 2010.

ZUANON, A.C.C. et al. Relação entre hábito bucal e maloclusão na dentadura decídua. **Jornal Bras de Odontopediatr e Odontol do Bebê**, v.1, n.12, p. 105-108, 2000.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ANÁLISES CLÍNICAS  
FONOAUDIOLOGIA

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Seu filho está sendo convidado a participar da Pesquisa “Correlações entre alterações de motricidade orofacial e fala e hábitos orais deletérios em crianças”, que tem como objetivo verificar os efeitos causados pelos hábitos orais deletérios, como sucção de dedo, de chupeta, de mamadeira, de lábios e língua, bruxismo e onicofagia, sua interferência na musculatura da face, na fala, respiração, mastigação e na forma que seu filho engole (deglutição).

Inicialmente serão levantados os dados sócio-econômicos tais como emprego, renda e escolaridade da família. Posteriormente você responderá um questionário com perguntas sobre hábitos diários e hábitos orais deletérios. Esta etapa deverá durar aproximadamente 20 minutos. Em seguida, a acadêmica em fonoaudiologia avaliara os lábios, língua, bochechas, formato do “céu da boca”, a respiração, a mastigação, a fala e a maneira que seu filho engole, através de exame clínico e exercícios, em aproximadamente 45 minutos.

O desconforto que será causado por este exame é mínimo, correspondendo ao existente em um exame fonoaudiológico de rotina, relativos a ingestão de pão e água, alimentos comuns à rotina de qualquer criança, e os riscos também são mínimos, relativos à possíveis engasgos decorrentes da ingestão de pão e água. Contaremos no local do exame com um profissional habilitado em primeiros socorros, caso ocorra algum imprevisto. A estagiária em fonoaudiologia se responsabiliza em conversar com a criança, explicando os procedimentos e, caso ocorra alguma problema, você será comunicado, para que juntamente com elas, possa ser resolvido. Esta pesquisa não prevê ressarcimento, uma vez que os pacientes serão analisados em uma de suas consultas habituais às clínicas de Odontopediatria. A UFSC e o CCS se responsabilizam, enquanto Instituição responsável,

por eventuais indenizações decorrentes de intercorrências possam vir a ocorrer durante a aplicação da pesquisa.

Os benefícios que você e seu filho receberão serão avaliação de mordida, de alguns músculos da face, da respiração, fala e deglutição. Vocês também receberão informações sobre as alterações que os hábitos orais deletérios podem causar nos desenvolvimentos dos dentes e musculatura da face e receberão algumas sugestões para ajudar a criança a parar com esses hábitos. A Clínica de Fonoaudiologia da UFSC se responsabilizará pelo atendimento às crianças que apresentarem alterações fonoaudiológicas.

A participação nesta pesquisa é voluntária, podendo desistir a qualquer momento tanto o responsável como a criança, sem prejuízo ao seu tratamento em nenhuma instância desta faculdade. Ressaltando que será mantido total sigilo sobre a identidade do participante e sua família.

O participante e sua família receberão uma cópia deste termo, para que possa entrar em contato com as pesquisadoras quando necessário. Este termo foi aprovado pelo Comitê de Ética.

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_ do menor  
 \_\_\_\_\_, autorizo a participação nesta  
 pesquisa e declaro estar recebendo um cópia deste documento.

#### Termo de Assentimento para a criança

Eu, \_\_\_\_\_, li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de assentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento de assentimento.

---

Assinatura da criança

---

Assinatura do Responsável

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Profa. Dra. Fabiane Miron Stefani

[Fabiane.stefani@ufsc.br](mailto:Fabiane.stefani@ufsc.br)

Av Desembargador Vitor Lima, 222, Trindade, Florianópolis

(48)3721-6111

CEPSH/UFSC

[cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)

(48) 3721-9206

## APÊNDICE B- AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

### Dentição:

SD SE  
 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28  
 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38  
 ID IE

Dentes decíduos: \_\_\_\_\_;  
 Dente(s) permanente(s):  ausentes: \_\_\_\_\_;  extraídos: \_\_\_\_\_;  
 Desgaste(s) dentário(s) por bruxismo: \_\_\_\_\_.

### Oclusão:

Classificação Angle - classe I D / E classe II D / E classe III D / E

Ausência do 1º molar:

\_\_\_\_\_  
 Utilização de aparelho (qual/ tempo):

### Mordida:

normal;  aberta anterior: \_\_\_\_\_;  aberta lateral D/E: \_\_\_\_\_;   
 cruzada anterior: \_\_\_\_\_;  cruzada lateral D/E: \_\_\_\_\_;   
 sobressaliência: \_\_\_\_\_;  
 sobremordida: \_\_\_\_\_;  apinhamento;  diastemas (decídua)

### Força dos músculos masseteres e temporais:

adequada  
 diminuída  leve  moderado  severo  
 aumentada  leve  moderado  severo

**Ruído na ATM:** D / E  trabalho  balanceio  abertura  fechamento

**Dor na ATM:** D / E  trabalho  balanceio  abertura  fechamento

## APÊNDICE C- FICHAS DE ANÁLISE DA DEGLUTIÇÃO

AVALIADORA: X, Y OU Z.

IDENTIFICAÇÃO: 01 – 08.

### DEGLUTIÇÃO LIVRE

<b>APRESENTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NAO</b>
Interposição lingual		
Movimento compensatório de cabeça		
Contração excessiva da musculatura <u>perioral</u>		
Interposição do lábio inferior		
Contração do <u>mental</u>		
Escape oral		

### DEGLUTIÇÃO DIRIGIDA

<b>APRESENTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NAO</b>
Interposição lingual		
Contração excessiva da musculatura <u>perioral</u>		
Interposição do lábio inferior		
Escape oral		

### CONCLUSÃO DEGLUTIÇÃO FINAL

<b>APRESENTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NAO</b>
Interposição lingual		
Movimento compensatório de cabeça		
Contração excessiva da musculatura <u>perioral</u>		
Interposição do lábio inferior		
Contração do <u>mental</u>		
Escape oral		

## ANEXOS

## ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO PELO CEP SH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Correlações entre alterações de motricidade orofacial e fala e hábitos orais deletérios em crianças.

**Pesquisador:** Fabiane Miron Stefani

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 26493614.5.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 745.417

**Data da Relatoria:** 11/08/2014

**Apresentação do Projeto:**

Se trata de um projeto de TCC de Fonoaudiologia, será um estudo quantitativo transversal analítico, realizado com crianças de 2 a 12 anos de idade, que tenham hábitos orais deletérios do tipo: chupeta, sucção de dedo, sucção de mamadeira e sucção de língua e/ou lábios, atendidas na Clínica da Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis. Para estas participarem, os pais deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e reponderão ao questionário. A avaliação será feita com o protocolo de motricidade orofacial MBGR(2013). A avaliação será filmada e analisada estatisticamente pelo software SPSS Statistics 22.0.

**Objetivo da Pesquisa:**

Verificar se os hábitos orais deletérios de sucção podem alterar a motricidade orofacial, funções estomatognáticas e produção da fala de crianças.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Os riscos apresentados referem-se às avaliações de mastigação e deglutição, onde a criança pode apresentar engasgos. Por este motivo, as quantidades oferecidas são mensuradas e padronizadas

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 745.417

para evitar a ingestão exagerada de pão e líquidos.”

Benefícios: “Todas as crianças receberão avaliação completa odontológica e fonoaudiológica, sendo que aquelas que forem diagnosticadas com alterações fonoaudiológicas, receberão atendimento na clínica de fonoaudiologia da UFSC.”

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

No projeto faltaram itens obrigatórios segundo a Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 como: apresentação das providências para evitar/reduzir danos, esclarecimento sobre assistência ao participante, garantia de recebimento de uma via do TCLE, explicitação de garantia de ressarcimento/indenização. Não consta dos documentos cadastrados no processo junto ao CEPISH: declaração de anuência da Instituição onde será desenvolvida a pesquisa, no caso a Clínica de Odontopediatria da UFSC. No cronograma deve constar o período de análise do projeto junto ao CEPISH/UFSC.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Na versão anterior do protocolo submetido para submissão foram solicitados os seguintes itens: No TCLE deveria estar claro em sua metodologia que serão questionados dados sócio-econômicos.

No TCLE faltaram itens obrigatórios segundo a Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 como: apresentação das providências para evitar/reduzir danos, esclarecimento sobre assistência ao participante, garantia de recebimento de uma via do TCLE, explicitação de garantia de ressarcimento/indenização, declaração da pesquisadora responsável, que o projeto foi avaliado e aprovado pelo CEPISH/UFSC, contato telefônico e eletrônico, além de endereço, tanto das pesquisadoras, quanto do CEPISH/UFSC, além das assinaturas estarem na mesma folha. Essas inadequações foram sanadas na versão atual. Não se faz necessário o Termo de Assentimento da criança, pois os participantes terão entre 4 e 6 anos, ainda não alfabetizados. Porém deve ficar claro, tanto no projeto quanto no TCLE dos pais/responsável, que a criança pode se negar a participar ou desistir a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo a ela.

**Recomendações:**

Nenhuma recomendação.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9698 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 745.417

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Concluímos recomendando a aprovação do presente estudo, uma vez que as demandas exigidas pelo sistema CEP-CONEP foram atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 11 de Agosto de 2014

---

Assinado por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9698 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO HÁBITOS ORAIS



### Centro de Ciências da Saúde Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### DADOS GERAIS

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

Idade: \_\_\_\_\_ anos Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Encaminhado por: \_\_\_\_\_

**QUEIXA PRINCIPAL** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### HISTÓRIA PREGRESSA

Dados relevantes (gestação/parto/período peri e pós-natal/desenvolvimento neuropsicomotor e linguístico)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamento odontológico ( ) não ( ) sim Aparelho/prótese: \_\_\_\_\_

Queixas relacionadas à: ( ) audição \_\_\_\_\_

( ) voz \_\_\_\_\_

( ) fala ( ) distorce ( ) omite ( ) substitui ( ) outra \_\_\_\_\_

Problemas relacionados à aprendizagem escolar: ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

Realiza atividade física ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

#### 1. Renda Familiar

( ) Nenhuma renda.

( ) Até 1 salário mínimo (até R\$ 724,00).

( ) De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 724,01 até R\$ 2.172,00).

( ) De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.172,01 até R\$ 4.344,00).

De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 4.344,01 até R\$ 6.516,00).

De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 6.516,01 até R\$ 8.688,00).

**2. Quantos filhos você tem?**

Este é o 1º  2º  3º  4º  5º   \_\_\_\_\_

Idade e sexo dos outros filhos: \_\_\_\_\_

**3. A gravidez foi planejada?**  sim  não  não sei

**4. Escolaridade da mãe:**  analfabeta  1º grau incompleto  1º grau completo  2º grau incompleto

2º grau completo  3º grau completo

**5. Atualmente a mãe trabalha fora?**  sim  não – Pule para a 7

**6. Qual o horário de trabalho da mãe?**

manhã  tarde  noite

manhã / tarde  manhã / noite  tarde / noite

manhã / tarde / noite

**7. Escolaridade do pai:**  analfabeto  1º grau incompleto  1º grau completo  2º grau incompleto

2º grau completo  3º grau completo

**8. Atualmente o pai trabalha fora?**  sim  não – Pule para a 10

**9. Qual o horário de trabalho do pai?**

manhã  tarde  noite

manhã / tarde  manhã / noite  tarde / noite

manhã / tarde / noite

**10. A criança vai para escola/creche?**  sim  não – Pule para a 12

**11. Que período?**  manhã  tarde  manhã / tarde  outro \_\_\_\_\_

**12. Quem fica com a criança enquanto ela está em casa?**  mãe  pai  avó ou avô  babá

vizinho  a criança fica sozinha  outro \_\_\_\_\_

**SOBRE A AMAMENTAÇÃO.....**

**13. Você amamentou seu filho?**  sim  não – Pule para a 21

**14. Quando você começou a dar o peito?** ( ) logo ao nascimento ( ) até 1 mês de idade ( ) entre 1 e 3 meses de idade ( ) outro \_\_\_\_\_

**15. Por quanto tempo o seu filho RECEBEU EXCLUSIVAMENTE o leite materno? Isto é, até quando a criança recebeu somente o leite do peito, sem água, chá, leite em pó ou suco? R:** \_\_\_\_\_

( ) até 1 mês de idade ( ) entre 1 e 3 meses de idade

( ) entre 3 e 6 meses de idade ( ) entre 6 meses e 1 ano de idade

( ) mais de 1 ano de idade

**16. Até quando você deu o peito? R:** \_\_\_\_\_

( ) até 1 mês de idade ( ) entre 1 e 3 meses de idade

( ) entre 3 e 6 meses de idade ( ) entre 6 meses e 1 ano de idade

( ) entre 1 e 2 anos de idade ( ) entre 2 e 3 anos de idade

( ) mais de 3 anos de idade

**17. Por que você parou de dar o peito?**

( ) não se aplica. A criança ainda mama no peito

( ) a criança não quis mais ( ) voltei a trabalhar

( ) acabou o leite ( ) o leite era fraco

( ) o pediatra orientou ( ) o dentista orientou

( ) familiares e amigos orientaram ( ) eu achei que era melhor

( ) outro \_\_\_\_\_

**18. A criança ainda mama no peito?** ( ) sim ( ) não

**19. Em que momentos a criança mama (mamava)?**

( ) manhã ( ) tarde ( ) noite

( ) manhã / tarde ( ) manhã / noite ( ) tarde / noite

( ) manhã / tarde / noite

**20. Por que motivos a criança mama (mamava)?**

( ) sem motivo aparente ( ) em momentos de aborrecimento/nervosismo

( ) para dormir ( ) vendo televisão

fome ( ) \_\_\_\_\_

**SOBRE A MAMADEIRA.....**

**21. Você adquiriu mamadeira no enxoval do bebê?** ( ) sim ( ) não

**22. Você levou mamadeira para maternidade?** ( ) sim ( ) não

**23. Você recebeu orientação sobre uso da mamadeira?** ( ) sim ( ) não – Pule para a 25

**24. De quem?** ( ) médico ( ) dentista ( ) familiares e amigos ( ) outros \_\_\_\_\_

**25. A criança usa ou usou mamadeira?** ( ) sim ( ) não – Pule para a 38

**26. Por que a criança começou a usar mamadeira?**

a criança não quis mais o peito ( ) voltei a trabalhar

acabou o leite ( ) o leite era fraco

o pediatra orientou ( ) o dentista orientou

familiares e amigos orientaram ( ) eu achei que era melhor

é normal a criança usar ( ) meu(s) outro(s) filho(s) também usam

para tranquilizar a criança ( ) nascimento de irmã/irmão

separação dos pais ( ) período de tensão em casa

fome ( ) \_\_\_\_\_

**27. No início, o que você colocava na mamadeira?**

só leite ( ) leite e açúcar

leite e espessante ( ) leite e espessante com açúcar

leite e achocolatado ( ) leite e achocolatado com açúcar

chá ( ) suco ( ) refrigerante ( ) água

outro \_\_\_\_\_

**28. A partir de que idade você começou a dar a mamadeira? R: \_\_\_\_\_**

desde o nascimento ( ) entre 1 e 3 meses de idade

entre 3 e 6 meses de idade ( ) entre 6 meses e 1 ano de idade

após 1 ano de idade ( ) \_\_\_\_\_

**29. Até que idade? R: \_\_\_\_\_**

- ( ) até 1 mês de idade ( ) entre 1 e 3 meses de idade  
 ( ) entre 3 e 6 meses de idade ( ) entre 6 meses e 1 ano de idade  
 ( ) entre 1 e 2 anos de idade ( ) entre 2 e 3 anos de idade  
 ( ) entre 3 e 4 anos de idade ( ) entre 4 e 5 anos de idade  
 ( ) mais de 5 anos de idade ( ) \_\_\_\_\_

**30. Atualmente, ou pouco antes da criança parar, o que você colocava na mamadeira?**

- ( ) só leite ( ) leite e açúcar  
 ( ) leite e espessante ( ) leite e espessante com açúcar  
 ( ) leite e achocolatado ( ) leite e achocolatado com açúcar  
 ( ) chá ( ) suco ( ) refrigerante ( ) água  
 ( ) outro \_\_\_\_\_

**31. Por que a criança parou de usar a mamadeira?**

- ( ) não se aplica. A criança ainda usa a mamadeira  
 ( ) a criança não quis mais ( ) a criança foi para a escola/creche  
 ( ) a mãe não quis mais oferecer ( ) o cuidador não quis mais oferecer  
 ( ) o pediatra orientou ( ) o dentista orientou  
 ( ) familiares e amigos orientaram ( ) eu achei que era melhor  
 ( ) outro \_\_\_\_\_

**32. A criança ainda usa mamadeira? ( ) sim ( ) não**

**33. Qual é (era) o formato do bico?**

- ( ) ortodôntico ( ) convencional



**34. Qual é (era) o material do bico da mamadeira? ( ) silicone (transparente) ( ) borracha (amarela)**

**35. Quais fatores você considera (considerava) na compra da mamadeira? Pode assinalar mais de 1 alternativa.**

tamanho e forma  marca  beleza  preço  outros \_\_\_\_\_

**36. Em que momentos a criança toma (tomava) a mamadeira?**

manhã  tarde  noite

manhã / tarde  manhã / noite  tarde / noite

manhã / tarde / noite

**37. Por que motivos a criança toma (tomava) a mamadeira?**

sem motivo aparente  em momentos de aborrecimento/nervosismo

para dormir  vendo televisão

fome  \_\_\_\_\_

**SOBRE A CHUPETA.....**

**38. Você adquiriu chupeta no enxoval do bebê?**  sim  não– Pule para a 40

**39. Quantas?**  1  2  mais de 2

**40. Você levou a chupeta para a maternidade?**  sim  não

**41. Você recebeu orientação sobre o uso da chupeta?**  sim  não– Pule para a 43

**42. De quem?**  médico  dentista  familiares e amigos  outros \_\_\_\_\_

**43. A criança usa ou usou chupeta?**  sim  não – Pule para a 59

**44. Quem deu a chupeta pela primeira vez para a criança?**

mãe  pai  mãe e pai  avós  babá  outros \_\_\_\_\_

**45. Por que a criança começou a usar chupeta?**

o pediatra orientou  o dentista orientou

familiares e amigos orientaram  eu achei que era melhor

é normal a criança usar  meu(s) outro(s) filho(s) também usam

para tranquilizar a criança  nascimento de irmã/irmão

separação dos pais  período de tensão em casa

para trocar o hábito de chupar dedo

outro \_\_\_\_\_

**46. Com que idade a criança começou a usar a chupeta? R: \_\_\_\_\_**

- ( ) desde o nascimento ( ) entre 1 e 3 meses de idade  
 ( ) entre 3 e 6 meses de idade ( ) entre 6 meses e 1 ano de idade  
 ( ) após 1 ano de idade ( ) \_\_\_\_\_

**47. Até que idade a criança usou a chupeta? R: \_\_\_\_\_**

- ( ) até 1 mês de idade ( ) entre 1 e 3 meses de idade  
 ( ) entre 3 e 6 meses de idade ( ) entre 6 meses e 1 ano de idade  
 ( ) entre 1 e 2 anos de idade ( ) entre 2 e 3 anos de idade  
 ( ) entre 3 e 4 anos de idade ( ) entre 4 e 5 anos de idade  
 ( ) mais de 5 anos de idade ( ) \_\_\_\_\_

**48. Por que a criança parou de usar a chupeta?**

- ( ) não se aplica. A criança ainda usa a chupeta  
 ( ) a criança não quis mais ( ) a criança foi para a escola/creche  
 ( ) a mãe não quis mais oferecer ( ) o cuidador não quis mais oferecer  
 ( ) o pediatra orientou ( ) o dentista orientou  
 ( ) familiares e amigos orientaram ( ) eu achei que era melhor  
 ( ) outro \_\_\_\_\_

**49. A criança usa chupeta agora? ( ) sim ( ) não**

**50. Quantas chupetas a criança tem (tinha)? ( ) 1 ( ) 2 ( ) mais de 2**

**51. Você costuma (costumava) molhar a chupeta em alguma substância?**

- ( ) sim \_\_\_\_\_ ( ) não

**52. Qual é (era) o formato do bico da chupeta?**

( ) convencional

( ) ortodôntica



**53. Qual é (era) o material do bico da chupeta? ( ) silicone (transparente) ( ) borracha (amarela)**

**54. Quais fatores você considera (considerava) na compra da chupeta? Pode assinalar mais de 1 alternativa.** ( ) tamanho e forma ( ) marca ( ) beleza ( ) preço ( ) outros \_\_\_\_\_

**55. Em que momentos a criança usa (usava) a chupeta?**

( ) manhã ( ) tarde ( ) noite

( ) manhã / tarde ( ) manhã / noite ( ) tarde / noite

( ) manhã / tarde / noite

**56. Por que motivos a criança usa (usava) a chupeta?**

( ) sem motivo aparente ( ) em momentos de aborrecimento/nervosismo

( ) para dormir ( ) vendo televisão

( ) depois da amamentação ( ) quando esta com fome

( ) \_\_\_\_\_

**57. Onde a criança usa (usava) a chupeta?**

( ) na creche/escola ( ) só em casa ( ) na creche/escola e em casa

**58. Como é (era) o hábito de sucção da chupeta?**

( ) fica chupando sempre ( ) chupa as vezes ( ) só apoia na boca

**SOBRE O DEDO....**

**59. Você recebeu orientação sobre o hábito de chupar dedo?** ( ) sim ( ) não – Pule para a 61

**60. De quem?** ( ) médico ( ) dentista ( ) familiares e amigos ( ) outros \_\_\_\_\_

**61. A criança chupa ou chupou dedo?** ( ) sim ( ) não – Responda a 62 e pule para a 74

**62. Alguém estimulou a criança a chupar o dedo?**

( ) não. A criança começou sozinha

( ) mãe ( ) pai ( ) mãe e pai

( ) avós ( ) babá

( ) outros \_\_\_\_\_

**63. Por que a criança começou a chupar o dedo?**

( ) o pediatra orientou ( ) o dentista orientou

( ) familiares e amigos orientaram ( ) eu achei que era melhor

é normal a criança usar  meu(s) outro(s) filho(s) também usam

para tranquilizar a criança  nascimento de irmã/irmão

separação dos pais  período de tensão em casa

para trocar o hábito de chupar chupeta

outro \_\_\_\_\_,

**64. Com que idade a criança começou a chupar dedo? R: \_\_\_\_\_**

desde o nascimento  entre 1 e 3 meses de idade

entre 3 e 6 meses de idade  entre 6 meses e 1 ano de idade

após 1 ano de idade  \_\_\_\_\_

**65. Até que idade a criança chupou dedo? R: \_\_\_\_\_**

até 1 mês de idade  entre 1 e 3 meses de idade

entre 3 e 6 meses de idade  entre 6 meses e 1 ano de idade

entre 1 e 2 anos de idade  entre 2 e 3 anos de idade

entre 3 e 4 anos de idade  entre 4 e 5 anos de idade

mais de 5 anos de idade  \_\_\_\_\_

**66. Por que a criança parou de chupar o dedo?**

não se aplica. A criança ainda chupa o dedo

a criança não quis mais  a criança foi para a escola/creche

a mãe não quis mais oferecer  o cuidador não quis mais oferecer

o pediatra orientou  o dentista orientou

familiares e amigos orientaram  eu achei que era melhor

outro \_\_\_\_\_

**67. A criança chupa dedo agora?  sim  não**

**68. Quantos dedos a criança chupa (chupava)?  1  2  mais de 2**

**69. Qual (quais) dedo(s) a criança chupa (chupava)?**

- polegar  indicador  dedo médio  anelar  dedo mínimo  
 direito  esquerdo



**70. Em que momentos a criança chupa (chupava) o dedo?**

- manhã  tarde  noite  
 manhã / tarde  manhã / noite  tarde / noite  
 manhã / tarde / noite

**71. Por que motivos a criança chupa (chupava) o dedo?**

- sem motivo aparente  em momentos de aborrecimento/nervosismo  
 para dormir  vendo televisão  
 depois da amamentação  quando esta com fome  
 \_\_\_\_\_

**72. Onde a criança chupa (chupava) o dedo?**

- na creche/escola  só em casa  na creche/escola e em casa

**73. Como é (era) o hábito de sucção do dedo?**

- fica chupando sempre  chupa as vezes  só apóia na boca

**E FINALMENTE....**

**74. Você acha que existe relação entre a amamentação e hábitos de sucção (dedo ou chupeta)?**

- sim  não  não sei

**75. Você acha que o hábito de sucção (dedo ou chupeta) pode estar relacionado com o desenvolvimento psicológico e emocional da criança?**  sim  não  não sei

**76. Você acha que o hábito de sucção (dedo ou chupeta) pode prejudicar o desenvolvimento dos dentes do bebê?**  sim  não  não sei

**77. Se a resposta da pergunta 76 foi sim, quais problemas podem aparecer?**

- os dentes ficam para a frente
- abertura de espaços entre os dentes
- os dentes de cima deixam de encostar nos de baixo
- outros \_\_\_\_\_

**78. O que você acha que causa maior dano?**

- chupar chupeta  chupar o dedo  mamadeira
- tanto faz  \_\_\_\_\_

### **HÁBITOS DE MORDER...**

#### **Onicofagia**

**79. Roe as unhas?**  sim  não

**80. Qual (is) unha (s) roe?**



- todas
- polegar esquerdo  polegar direito
- dedo indicador esquerdo  dedo indicador direito
- dedo médio esquerdo  dedo médio direito
- dedo anelar esquerdo  dedo anelar direito
- dedo mínimo esquerdo  dedo mínimo direito
- pé  esquerdo  direito
- cutícula dos cantos \_\_\_\_\_

**81. Com qual (is) dente (s)?**  anteriores  posteriores

**82. Grau:**  apenas parte branca da unha  além da parte branca  há sangramento  deformação nos dedos  deformação nos dentes

**83. Motivo?**  nervosismo  ansiedade  distração  medo  sem motivo aparente  outros:

**84. Tempo de hábito? R:** \_\_\_\_\_  até 6 meses  6 meses – 1 ano  mais de 1 ano

**85. Morde Objetos?**  lápis  cabelo  caneta  camisetas/ outros tecidos  outros: \_\_\_\_\_

**86. Morde a mucosa oral?**  sim  não

Qual lado da mucosa? ( ) direito ( ) esquerdo

Causa danos? ( ) sim ( ) não

**87. Morde o (s) lábio(s)?** ( ) sim ( ) não

( ) lábio superior ( ) lábio inferior

**88. Em que momento (s)?** ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite ( ) manhã/tarde ( ) manhã/noite ( ) tarde/noite ( ) manhã/tarde/noite

**89. Tempo de hábito? R:** \_\_\_\_\_ ( ) até 6 meses ( ) 6 meses – 1 ano ( ) mais de 1 ano

**90. Motivo?** ( ) nervosismo ( ) ansiedade ( ) distração ( ) medo ( ) sem motivo aparente

### Bruxismo

**91. Range ou aperta os dentes ?** ( ) sim (aperta) (range) ( ) não ( ) não sabe

**92. Se sim, qual o período de ocorrência?** ( ) diurno ( ) noturno ( ) ambos ( ) não sabe

**93. Pressiona ou range os dentes diante de tarefas do cotidiano?**

( ) sim - ( ) brincando ( ) computador ( ) assistindo TV ( ) jogando vídeo game ( ) lendo ( ) fazendo tarefa ( ) outros \_\_\_\_\_

( ) não

**94. Qual a frequência?** ( ) uma vez/semana ( ) três vezes ou mais/semana ( ) episódios isolados desiguais

**95. Tem alguém na família que também tem bruxismo?** ( ) sim Quem? \_\_\_\_\_ ( ) não

**96. Ingere com frequência alimentação e/ou bebida ácida?** ( ) sim ( ) não

Qual: \_\_\_\_\_

**97. Tem refluxo gastroesofágico?** ( ) sim ( ) não

**98. Apresenta resistência na hora ir para cama?** ( ) sim ( ) não

**99. Vai para outra cama durante a noite?** ( ) sim ( ) não ( ) não sei

**100. Molha a cama à noite?** ( ) sim ( ) não ( ) não sei

**101. Fala durante o sono?** ( ) sim ( ) não ( ) não sei

**102. Acorda gritando, suando?** ( ) sim ( ) não ( ) não sei

**103. Apresenta dores orofaciais?** ( ) sim ( ) não

**Onde?** ( ) lado direito ( ) lado esquerdo



**Quando?** ( ) ao acordar ( ) ao mastigar ( ) ao falar ( ) ao fim do dia ( ) durante a noite

## ANEXO C – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL COM ESCORES (AMIOFE)



Centro de Ciências da Saúde  
Curso de Graduação em Fonoaudiologia  
Clínica Escola de Fonoaudiologia  
Telefone: (048) 3721-6111

### AVALIAÇÃO MOTRICIDADE OROFACIAL

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Estagiário(a): \_\_\_\_\_

Professora responsável: \_\_\_\_\_

#### DADOS GERAIS

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Nº prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Encaminhado por: \_\_\_\_\_

**QUEIXA PRINCIPAL** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### HISTÓRIA PREGRESSA

Dados relevantes (gestação/parto/periodo peri e pós-natal/desenvolvimento neuropsicomotor e linguístico)

\_\_\_\_\_

Foi amamentado no seio materno?  não  sim Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Desmame: \_\_\_\_\_

Tratamentos anteriores: \_\_\_\_\_

#### HÁBITOS ORAIS

chupeta tipo: \_\_\_\_\_  mamadeira tipo: \_\_\_\_\_

sucção digital- qual dedo e posição: \_\_\_\_\_

Tempo, intensidade e frequência: \_\_\_\_\_

onicofagia  mastigação não nutritiva \_\_\_\_\_

bruxismo cêntrico (aperta dentes)  bruxismo excêntrico (range dentes). Situação/tempo: \_\_\_\_\_

morder mucosa oral  morder objetos (lápiz, caneta)  outro \_\_\_\_\_

#### HISTÓRIA ATUAL

Dados da alimentação (o que costuma comer, onde faz as refeições, como come): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aspectos respiratórios:  sem alteração  rinite alérgica  asma  bronquite  sinusite  resfriados constantes  amigdalites e/ou laringites constantes  coriza  prurido nasal  desvio de septo

Sono (agitado, tranqüilo, ronco, apneia, sialorreia, postura): \_\_\_\_\_

Dores Orofaciais  não  sim \_\_\_\_\_

Aspectos posturais: \_\_\_\_\_

Tratamentos recentes, medicações, cirurgias, consulta otorinolaringológica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamento odontológico  não  sim Aparelho/prótese: \_\_\_\_\_  
 Queixas relacionadas à:  audição \_\_\_\_\_  
 voz \_\_\_\_\_  
 fala [ ] distorce [ ] omite [ ] substitui [ ] outra \_\_\_\_\_  
 Problemas relacionados à aprendizagem escolar:  não  sim \_\_\_\_\_  
 Realiza atividade física  não  sim \_\_\_\_\_  
 Observações: \_\_\_\_\_

## PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL COM ESCORES AMPLIADO (AMIOFE-A)

### APARÊNCIA E CONDIÇÃO POSTURAL/POSIÇÃO

Face		Escores
Simetria	Normal	(4)
Assimetria	Leve	(3)
	Moderada	(2)
	Severa	(1)
Lado aumentado	Direito   Esquerdo	
Proporção entre os terços da face	Normal	(4)
Proporção alterada	Leve	(3)
	Moderada	(2)
	Severa	(1)
Terço da face aumentado	Inferior   Médio   Superior	
Sulco Nasolabial	Normal para a idade	(4)
Sulco Nasolabial Acentuado	Leve	(3)
	Moderado	(2)
	Severo	(1)
<b>Resultado do sujeito avaliado</b>		
<b>Pontuação máxima = 12</b>		

Aparência das Bochechas		Escores
Volume	Normal	(4)
Volume Aumentado	Leve	(3)
	Moderado	(2)
	Severo	(1)
Lado Aumentado	Direito   Esquerdo   Ambos	
Tensão/Configuração	Normal	(4)
Flácida e/ou Arqueada	Leve	(3)
	Moderada	(2)
	Severa	(1)
<b>Resultado do sujeito avaliado</b>		
<b>Pontuação máxima = 08</b>		

Relação mandíbula/maxila		Escore		
Relação Vertical – Mantém o Espaço Funcional Livre (EFL)		Normal		(4)
Relação Vertical Alterada				
Dentes em oclusão	Sem tensão aparente	Leve		(3)
	Tensão aparente	Moderada		(2)
	Tensão aparente	Severa		(1)
Mandíbula abaixada – Ultrapassa o EFL (mais que 4 mm)		Leve		(3)
		Moderada		(2)
		Severa		(1)
Relação antero-posterior		Normal		(4)
Relação antero-posterior alterada		Leve		(3)
		Moderada		(2)
		Severa		(1)
Trespasse Horizontal ( <i>overjet</i> )		Positivo	Negativo	
Relação com a linha média		Normal		(4)
Alterada (desvio lateral)		Leve		(3)
		Moderado		(2)
		Severo		(1)
Desvio para o lado		Direito	Esquerdo	
<b>Resultado</b>				
<b>Pontuação máxima = 12</b>				

Lábios		Escore		
Função labial no repouso				
Ocluídos	Cumpram normalmente a função			(4)
Disfunção				
Ocluídos com Tensão cumpram a função, mas com contração aparente dos lábios e Mm. Mental		Leve		(3)
		Moderada		(2)
		Severa		(1)
Lábios desocluidos		Leve (entreabertos)		(3)
		Moderada		(2)
		Severa		(1)
Volume e configuração		Normal		(4)
Volume diminuído e estirados		Leve		(3)
		Moderado		(2)
		Severo		(1)
Volume aumentado		Leve		(3)
		Moderado		(2)
		Severo		(1)
Comissuras Labiais				(3)
No nível da rima bucal e simétricas		Normais		(4)
Abaixo da rima bucal (deprimida) e/ou assimétricas		Leve		(3)
		Moderada		(2)
		Severa		(1)
Lado abaixo da rima		Direito	Esquerdo	Ambos
<b>Resultado</b>				
<b>Pontuação máxima = 12</b>				

Tônus Lábio Superior: ( ) Diminuído ( ) Normal ( ) Aumentado  
 Tônus Lábio Inferior: ( ) Diminuído ( ) Normal ( ) Aumentado

<b>Músculo Mental</b>		<b>Escores</b>
Contração não aparente (com os lábios ocluídos)	Normal	(4)
Contração aparente	Leve	(3)
	Moderada	(2)
	Severa	(1)
<b>Resultado do sujeito avaliado</b>		
<b>Pontuação máxima =</b>		

<b>Língua</b>		<b>Escores</b>	
<b>Posição/ Aparência</b>			
Contida na cavidade oral	Normal	(4)	
Comprimida por oclusão tensa dos dentes	Apertamento	(3)	
Comprimida e com marcas	Apertamento	(2)	
Interposta aos dentes (ou rebordos)	DVO reduzida (limite das faces incisais)	(3)	
	DVO normal (limite das faces incisais) (ou em soalho bucal)	(2)	
	Ultrapassa as faces incisais/ou cúpides vestibulares	(1)	
Interposta aos dentes, com trespasse vertical negativo ("overbite") ou trespasse horizontal positivo ("overjet")	Limite das faces incisais	(3)	
	Ultrapassa as faces incisais	(2)	
	Ultrapassa muito as faces incisais e/ou vestibulares	(1)	
Local Interposição	Direito	Esquerdo	Ambos
	Anterior	Posterior	Total
<b>Aparência - Volume</b>			
Volume compatível com a cavidade oral	Normal	(4)	
Volume aumentado e/ou alargada	Leve	(3)	
	Moderado	(2)	
	Severo	(1)	
<b>Resultado do sujeito avaliado</b>			
<b>Pontuação máxima = 9</b>			

Tônus Língua: ( ) Diminuído ( ) Normal ( ) Aumentado

**FUNÇÕES**

Respiração		Escores
<b>Modo</b>		
Respiração nasal	Normal	(4)
Respiração oronasal	Leve	(3)
	Moderada	(2)
	Severa	(1)
Resultado do sujeito avaliado		

Deglutição: Comportamento dos lábios		Escores
Vedam a Cavidade Oral	Sem aparentar esforço	(6)
Vedam a Cavidade Oral, mas apresentam contração além do normal ou interposição labial.	Leve	(4)
	Moderada	(3)
	Severa	(2)
Não vedam a Cavidade Oral	Não cumpre a função	(1)
Resultado do sujeito avaliado		

Deglutição		Escores		
<b>Comportamento da Língua</b>				
Contida na cavidade oral	Normal	(4)		
Interposta aos dentes (ou rebordos)	DVO reduzida (limite das faces incisais)	(3)		
	DVO normal (limite das faces incisais)	(2)		
	Ultrapassa as faces incisais e /ou cúspides vestibulares	(1)		
Interposta aos dentes, com trespasse vertical negativo ("overbite") ou trespasse horizontal positivo ("overjet")	Limite das faces incisais	(3)		
	Ultrapassa as faces incisais e /ou cúspides vestibulares	(2)		
	Ultrapassa muito as faces incisais	(1)		
Local Interposição	Direito	Esquerdo	Ambos	
	Anterior	Posterior	Total	
Resultado do sujeito avaliado				
Pontuação máxima = 9				

Outros comportamentos e sinais de alteração	Escore	
	Presente	Ausente
Movimentação da cabeça ou outras partes do corpo	(1)	(2)
Deslize da mandíbula	(1)	(2)
Tensão da musculatura facial	(1)	(2)
Escape de alimento	(1)	(2)
Engasgo	(1)	(2)
Ruído	(1)	(2)
<b>Resultado do sujeito avaliado</b>		

Deglutição Eficiência	Escore
Bolo sólido	
Não repete a deglutição do mesmo bolo	(3)
Uma repetição	(2)
Deglutições múltiplas (duas ou mais)	(1)
Bolo líquido	
Não repete a deglutição do mesmo bolo	(3)
Uma repetição	(2)
Deglutições múltiplas (duas ou mais)	(1)
<b>Resultado do sujeito avaliado</b>	

<b>Resultado Total da Deglutição</b>	
--------------------------------------	--

Mastigação - Mordida	Escore
Incisivos	Normal (4)
Caninos-pré-molares	(3)
Molares	(2)
Não Morde	(1)
<b>Resultado do sujeito avaliado</b>	