



CURSO DE ODONTOLOGIA

AMANDA DOS SANTOS CARDOSO

**CONSEQUÊNCIAS DOS HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS NA
INFÂNCIA**

**Sinop/MT
2024**

CURSO DE ODONTOLOGIA

AMANDA DOS SANTOS CARDOSO

**CONSEQUÊNCIAS DOS HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS NA
INFÂNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, do Centro Educacional Fasipe – UNIFASIPE, com requisito parcial para a aprovação da disciplina.

Orientador (a): Prof.^a Juliana Mohr Farinon

**Sinop/MT
2024**

AMANDA DOS SANTOS CARDOSO

**CONSEQUÊNCIAS DOS HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS NA
INFÂNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia – do Centro Universitário Fasipe - UNIFASIPE, como requisito para a aprovação na disciplina.

Aprovado em _____

Juliana Mohr Farinon

Professor Orientador

Departamento de Odontologia – UNIFASIPE

XXXXXXXXXX

Professora da Disciplina

Departamento de Odontologia – UNIFASIPE

Germana Sousa

Professora Avaliadora

Departamento de Odontologia – UNIFASIPE

Adriano Barbosa

Coordenador do Curso de Odontologia

Departamento de Odontologia – UNIFASIPE

**Sinop/MT
2024**

RESUMO

Os hábitos bucais deletérios na infância, como sucção do polegar, uso prolongado de chupeta, respiração bucal, uso de mamadeiras e outros, podem causar más oclusões e afetar o desenvolvimento e qualidade de vida das crianças. O diagnóstico precoce e a intervenção adequada podem reverter problemas até os 3 anos de idade. Esses hábitos também podem alterar padrões musculares e causar disfunções como mordida aberta e cruzada. Identificando precocemente qualquer alteração para intervir no momento adequado. Essa intervenção oportuna contribui para um prognóstico mais favorável e a restauração da morfologia ideal. Neste trabalho, objetivou-se a realização de uma revisão bibliográfica acerca das consequências dos hábitos bucais deletérios na infância e como tais hábitos causam alterações anatômicas. Esta pesquisa é uma revisão bibliográfica que utiliza as bases de dados Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo, PubMed e Bireme. Com buscas realizadas de agosto de 2023 e junho de 2024. Foram utilizados 112 artigos publicados entre os anos de 1991 e 2023, nos idiomas português, inglês e espanhol. Para a seleção dos artigos, foi utilizada a leitura crítica dos resumos, bem como termos que se associassem ao tema proposto. Concluiu-se que diversos estudos apontam que as alterações da oclusão dentária dependem da intensidade, frequência e duração do hábito. Além disso, hábitos deletérios são considerados fatores etiológicos de algumas más-oclusões, tendo como propósito principal um tratamento multidisciplinar.

Palavras-chave: hábitos bucais deletérios; má oclusão; odontopediatria; sistema estomatognático.

CARDOSO, Amanda dos Santos. **Consequences of harmful oral habits in childhood.** 2024. XF. 51

Conclusion of Course Research – Fasipe University Center – UNIFASIPE.

ABSTRACT

Deleterious oral habits in childhood, such as thumb sucking, prolonged pacifier use, mouth breathing, bottle feeding, and others, can cause malocclusions and affect the development and quality of life of children. Early diagnosis and appropriate intervention can reverse problems up to the age of 3. These habits can also alter muscle patterns and cause dysfunctions such as open bite and crossbite. Identifying any changes early in order to intervene at the appropriate time. This timely intervention contributes to a more favorable prognosis and the restoration of ideal morphology. In this research, the objective was to carry out a bibliographical review on the consequences of harmful oral habits in childhood and how such habits cause anatomical changes. This research is a bibliographical review that uses the Google Scholar, Virtual Health Library (VHL), Scielo, Pubmed and Bireme databases. The article covers research carried out between August 2023 to June 2024, using 112 articles published between 1991 and 2023 were used, in Portuguese, English and Spanish. To select the articles, a critical reading of the abstracts was used, as well as terms that were associated with the proposed theme. It is concluded that several studies indicate that changes in dental occlusion depend on the intensity, frequency and duration of the habit and, in addition, harmful habits are considered etiological factors of some malocclusions, with the main purpose of multidisciplinary treatment.

Keywords: harmful oral habits; malocclusion; pediatric dentistry; stomatognathic system.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Classificações dos hábitos bucais observados em Odontopediatria.....	15
Figura 2 – Diferença entre a adaptação do mamilo e da mamadeira no momento da sucção...	18
Figura 3 – Diferença entre o aleitamento materno e o aleitamento artificial.....	19
Figura 4 – Esquema ilustrativo dos efeitos da sucção digital na cavidade oral.....	20
Figura 5 – Paciente do sexo feminino com oito anos e dez anos de idade, com mordida aberta anterior causada por sucção de chupeta.....	22
Figura 6 – Fotos de face, vista de frente e de perfil de uma paciente com 6 anos de idade com função respiratória nasal restrita crônica, característica de "Fácies adenóidea".....	23
Figura 7 – Interposição da língua na posição de repouso.....	24
Figura 8 – Imagem intrabucal de uma criança na dentição decídua com desgaste generalizado dos dentes provocado pelo bruxismo.....	28
Figura 9 – Vista oclusal superior e inferior: observar as facetas de desgaste nos caninos e molares decíduos com a presença de exposição dentinária.....	29
Figura 10 – Classificação de má oclusão (classe I, II e III).....	31
Figura 11 – Alterações oclusais de apinhamento e mordida cruzada.....	32
Figura 12 – Alterações oclusais de mordida profunda e mordida aberta.....	32
Figura 13 – Aparelho removível instalada grade palatina.....	37
Figura 14 – Corretor de hábitos “trainer for kids”.....	39

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Justificativa.....	11
1.2 Problematização.....	11
1.3 Objetivo.....	12
1.3.1 Objetivo Geral.....	12
1.3.2 Objetivos Específicos.....	12
1.4 Metodologia	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Hábitos Bucais Deletérios	14
2.2 Sucção nutritiva e não nutritiva	15
2.2.1 Aleitamento Materno.....	16
2.2.2 Aleitamento Artificial: Mamadeira	17
2.2.3 Comparação entre o aleitamento natural e o aleitamento artificial.....	17
2.2.4 Hábitos de Sucção Digital	19
2.2.5 Chupetas	20
2.3 Hábitos Funcionais.....	22
2.3.1 Respiração Bucal.....	22
2.3.2 Interposição da Língua e Deglutição Atípica	24
3. HÁBITOS DE MORDER.....	26
3.1 Onicofagia.....	26
3.2 Bruxismo.....	27
3.2.1 Bruxismo primário.....	30
3.2.2 Bruxismo secundário.....	30
3.2.3. Bruxismo infantil.....	30
4. MÁ OCLUSÃO.....	31
4.1 Tipos de má oclusão.....	31
4.2 Causas da má oclusão.....	33
4.3 Sinais e sintomas da má oclusão.....	34
4.4 Tratamento para má oclusão.....	34
4.5 Prevenção e remoção dos hábitos bucais deletérios.....	34
5. ORTODONTIA E HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS.....	35

5.1 Ortodontia preventiva.....	35
5.2 Ortodontia interceptativa.....	36
5.3 Diagnósticos clínicos e medidas de tratamento.....	36
5.3.1 Diagnóstico de hábitos de sucção.....	37
5.3.2 Tratamento para hábitos de sucção.....	37
5.3.3 Diagnóstico de hábito de respiração bucal.....	38
5.3.4 Tratamento para hábito de respiração bucal.....	38
5.3.5 Diagnóstico de hábito de deglutição atípica.....	38
5.3.6 Tratamento para hábito de deglutição atípica.....	39
5.3.7 Diagnóstico de hábito de morder (onicofagia).....	40
5.3.8 Tratamento para hábito de morder (onicofagia).....	40
5.3.9 Diagnóstico de bruxismo.....	40
5.3.10 Tratamento para bruxismo.....	40
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
7. REFERÊNCIAS.....	43

1.INTRODUÇÃO

Desde a vida intrauterina, os seres humanos executam ações frequentes em busca de maior conforto, seja em relação à postura ou ao aspecto afetivo, a fim de se sentirem seguros e fazerem conexões com outras pessoas e situações (SOARES et al., 2016). Assim, os hábitos humanos podem ser explicados como ações que se estendem por um período de tempo, ocorrendo de maneira repetitiva e consciente. Eles são considerados deletérios quando praticados de forma inconsciente e acabam em danos à saúde (LIMA et al., 2021).

Quando se trata de hábitos de natureza oral, eles podem ser divididos em diferentes tipos, como: sucção não nutritiva (como chupetas e dedos), sucção nutritiva (aleitamento materno e mamadeiras para alimentação artificial), hábitos funcionais (respiração bucal e deglutição atípica) e hábitos de morder (como onicofagia, bruxismo e objetos) (GISFREDE et al., 2016).

Esses hábitos podem ser subdivididos em dois grupos: os compulsivos, que estão associados à personalidade e às emoções, sendo usados quando a criança se sente insegura; e os não compulsivos, que estão associados à disponibilidade e tendem a diminuir à medida que a criança amadurece (MACHO et al., 2012). Os hábitos bucais deletérios estão frequentemente associados como um fator etiológico no desenvolvimento das más oclusões (GISFREDE et al., 2016).

A má oclusão é qualificada como uma variação no desenvolvimento e crescimento que impacta a posição dos dentes, ocasionando efeitos negativos no padrão de qualidade de vida do indivíduo (CRUZ et al., 2019). Frequentemente, a má oclusão decorre de uma interação complexa entre causas hereditárias, congênitas, adquiridas, de origem geral ou local. Ademais, a existência de hábitos bucais deletérios pode favorecer o desenvolvimento ou agravamento dessa condição. Essa interação pode provocar desequilíbrios na musculatura, na estrutura óssea ou dentária, acarretando um desenvolvimento ósseo anormal, posicionamento dentário inadequado, dificuldades na respiração e na fala (LEÔNICIO et al., 2015).

Para detectar qualquer alteração no sistema estomatognático, é fundamental avaliar a Tríade de Graber, que inclui a frequência, a duração e a intensidade do hábito em questão. Ademais, a predisposição genética do paciente desempenha um papel fundamental nesse contexto, auxiliando na determinação do fator etiológico da alteração em questão (MACHO et al., 2012).

O sistema estomatognático assimila um conjunto de elementos que engloba tanto estruturas estáticas, como a mandíbula, maxila, arcos dentários, articulações temporomandibulares (ATMs) e o osso hioide, quanto componentes dinâmicos, que abrangem os músculos mastigatórios, supra e infra-hioideos, músculos da língua, bochechas e lábios. Essas partes trabalham em conjunto para desempenhar funções associadas à mastigação, fala, respiração e outras atividades do sistema estomatognático (ANDRADE et al., 2017).

Essas estruturas estão interconectadas para desempenhar funções vitais do organismo, como a respiração, sucção, mastigação e deglutição, bem como funções sociais, como a fonação e articulação. Essas atividades desempenham um papel fundamental na manutenção do equilíbrio físico e biológico do ser humano (MACHADO et al., 2012).

Dentre esses hábitos que podem afetar a harmonia do sistema estomatognático, tornando-se prejudiciais, destacam-se a mamadeira (mesmo sendo nutritiva), a sucção digital (desde o período intrauterino), o uso de chupeta, a onicofagia, o pressionamento atípico da língua durante a fala e a deglutição, a sucção labial, a respiração oral e a postura orofacial (PEREIRA et al., 2017).

Quando há hábitos bucais deletérios que se mantêm até os 3 anos de idade, existe a possibilidade de autocorreção de possíveis desarmonias ósseas e más oclusões que possam se manifestar. Entretanto, após esse período, se o hábito não for eliminado, a criança corre o risco de desenvolver alterações orofaciais que podem afetar o crescimento adequado de sua face (GISFREDE et al., 2016).

Entendendo que a aparência facial de uma pessoa desempenha um papel fundamental em sua habilidade de interagir socialmente, a má formação pode, de fato, ter um impacto negativo no desenvolvimento e na qualidade de vida das pessoas. O tratamento de más oclusões e desarmonias faciais é importante para garantir uma boa saúde bucal e uma função mastigatória adequada. Discutir essas questões no âmbito da atenção primária e dos serviços de saúde pública é fundamental para garantir que o acesso ao tratamento seja mais amplo e acessível, contribuindo para melhorar a saúde bucal e a qualidade de vida da população. Dessa maneira, a identificação das más oclusões como o terceiro maior problema de saúde bucal pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta a importância desse assunto para os

profissionais da odontologia. A relação entre más oclusões e hábitos bucais prejudiciais, bem como a investigação das causas, efeitos e outros fatores associados, são temas cruciais para entender e abordar a saúde bucal de maneira abrangente e eficaz. Esse tipo de pesquisa e discussão é fundamental para melhorar a prevenção e o tratamento das más oclusões, contribuindo para a saúde bucal global..

1.1 Justificativa

O presente trabalho se justifica pela necessidade de apresentar os hábitos bucais deletérios e as consequências que levam à má oclusão na infância. O número de crianças em fase de dentição mista e permanente com problemas de má oclusão e alterações craniofaciais vem crescendo devido aos hábitos deletérios que não foram eliminados na idade correta e que não tiveram uma devida correção e prevenção no momento adequado.

Ademais, é de extrema importância que o cirurgião-dentista esteja preparado para diagnosticar precocemente e orientar os pais sobre quais serão os cuidados que deverão ser tomados com as crianças, principalmente alertando sobre o uso de chupetas e mamadeiras, além de outros hábitos deletérios que a criança possa apresentar (PEREIRA et al., 2009). Essa prevenção na infância é indispensável, pois, conforme o paciente cresce, às vezes só é possível corrigir com intervenções mais invasivas (BAUMAN et al., 2018).

Justifica-se também para que o profissional clínico geral trabalhe em seu consultório com a conduta de prevenção e orientação não apenas para aqueles que já possuem má oclusão, mas também tornando rotineiras as orientações para toda a população, a fim de prevenir e diagnosticar toda e qualquer alteração que ocorra na cavidade oral o mais precocemente possível

1.2 Problematização

No Brasil, a prevalência de problemas oclusais em crianças em idade pré-escolar tem variado consideravelmente, com índices que oscilam entre 28% e 80%, dependendo da região onde os estudos foram realizados (BAUMAN et al., 2018). Sua etiologia é multifatorial, englobando fatores ambientais e genéticos, que juntos contribuem para o desenvolvimento de diversos tipos de más oclusões. Os fatores intrínsecos estão relacionados à formação do indivíduo e à base genética, definida como a transmissão de características genéticas dos pais para os seus descendentes. Já os fatores extrínsecos resultam do ambiente e dos hábitos deletérios que a criança possa desenvolver (ACHACHE, 2021).

A prática frequente, prolongada e intensa de hábitos bucais deletérios está relacionada a um dos principais fatores contribuintes para o desenvolvimento de más oclusões na dentição decídua. No entanto, seu impacto mais significativo recai sobre a qualidade de vida e a saúde da dentição permanente, especialmente em idades onde a estética ainda não é uma prioridade (MOREIRA et al., 2016).

Os hábitos deletérios que resultam em más oclusões se transformaram em uma questão de saúde pública, uma vez que as más oclusões representam um problema grave e estão mais comuns entre adolescentes de grupos socioeconômicos desfavorecidos. É de extrema importância que políticas públicas garantam o acesso a tratamentos ortodônticos acessíveis para a população (SILVEIRA et al., 2016). Portanto, é crucial buscar um diagnóstico precoce, pois, quando identificado precocemente, podemos obter resultados mais eficazes na correção da má oclusão. Um diagnóstico estabelecido cedo pode direcionar o dentista para a aplicação do tratamento preventivo ou interceptativo mais adequado para cada situação (DA SILVA et al., 2021).

Frente a esse problema, qual é a importância do cirurgião-dentista saber diagnosticar, prevenir e corrigir as más oclusões?

1.3 Objetivo

1.3.1 Objetivo Geral

Elucidar os principais hábitos bucais deletérios na infância, as consequências desses hábitos e sua relação com as más oclusões. Além disso, propor estratégias preventivas e interceptivas para evitar esses hábitos, tratar e promover a saúde bucal e a qualidade de vida..

1.3.2 Objetivos Específicos

- Apresentar os hábitos bucais deletérios;
- Correlacionar hábitos deletérios com a má oclusão;
- Descrever a etiologia dos hábitos bucais deletérios;
- Discorrer à longo prazo quais as consequências;
- Apresentar as intervenções e tratamentos.

1.4 Metodologia

Este trabalho trata-se de um estudo de caráter qualitativo com a finalidade de discorrer sobre os hábitos bucais deletérios que as crianças desenvolvem na infância e como eles interferem na saúde bucal e na oclusão das mesmas. A pesquisa bibliográfica foi realizada por coleta de informações nas seguintes bibliotecas virtuais: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo, Pubmed e Bireme. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 1991 e 2023 com o propósito de realizar leituras pertinentes sobre o tema proposto. Para as buscas, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: sistema estomatognático, hábitos bucais deletérios, odontopediatria, má oclusão e hábitos deletérios.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Hábitos Bucais Deletérios

Os especialistas em Odontopediatria têm dedicado significativamente sua atenção à análise dos hábitos bucais deletérios, que podem ter impactos adversos no desenvolvimento craniofacial. Esses comportamentos podem afetar diversos aspectos morfológicos e motores, ocasionando consequências prejudiciais para o bem-estar psicológico, social e a qualidade de vida das crianças (FONSECA et al., 2023).

Os hábitos podem ser descritos como o resultado da repetição de ações com um objetivo específico, geralmente resultando na resistência à mudança por parte das pessoas que os adotam (MARTINS et al., 2010). São padrões de contração muscular adquiridos pelo indivíduo que, por sua frequência, acabam se tornando inconscientes e passam a ser parte integrante da personalidade do indivíduo (MALTAROLLO et al., 2021). Quando um hábito persiste além do período de autocorreção fisiológica, que comumente ocorre entre os dois e quatro anos de idade, ele pode ser visto como um comportamento regressivo na infância. Diante desse ponto, é possível que ocorram mudanças na posição dos dentes, resultando no desenvolvimento de más oclusões (PEREIRA et al., 2017).

Dessa maneira, os hábitos deletérios são uma das principais causas para o estabelecimento de uma má oclusão, principalmente quando adquiridos na primeira infância. Se forem eliminados logo, não causam problemas, mas se continuarem, podem causar problemas na oclusão dentária e outros problemas na orofacial. (PINHEIRO et al., 2020).

Conforme a figura 1, uma breve explicação das classificações dos hábitos deletérios na infância e seus nichos.



Fonte: (GISFREDE, et al., 2016)

2.2 Sucção nutritiva e não nutritiva

A partir da 29ª semana de vida intrauterina, já é possível observar o desenvolvimento da sucção por meio de ultrassonografia, embora essa habilidade só esteja completamente madura por volta da 32ª semana de gestação. Após o quinto mês de vida, a maioria dos bebês começa a estabelecer uma relação entre a boca, as mãos e os olhos, tornando a boca um meio de exploração e investigação para eles. Esse período de descobertas pode, em alguns casos, levar ao desenvolvimento de hábitos bucais, como a sucção não nutritiva, como chupar os dedos ou chupetas. É importante que os pais e cuidadores estejam cientes dessas fases de desenvolvimento e observem de perto o comportamento do bebê para intervir de maneira adequada, se necessário, a fim de evitar a instalação de hábitos bucais prejudiciais (SOARES et al., 2016).

A sucção é uma função básica do ser humano. Sua funcionalidade principal é para obtenção de alimentos, mas pode também servir como mecanismo para descarregar tensão e energia. Ela pode ser fonte de prazer independente da necessidade de se alimentar, assim, mesmo que o bebê esteja satisfeito com o estômago cheio, ele ainda pode querer praticar o hábito de sucção, levando-o a repetir a prática e instalar o hábito (MARTINS et al., 2010).

O hábito da sucção é dividido em sucção não nutritiva, que envolve o uso da chupeta e sucção dos dedos, e a sucção nutritiva, que inclui a sucção do seio materno e da mamadeira (CARVALHO et al., 2020). No que diz respeito aos hábitos de sucção não nutritivos, como chupar o dedo, chupeta ou lábios, interrompê-los o mais cedo possível ajuda a evitar o desenvolvimento de más oclusões.

2.2.1 Aleitamento Materno

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que os bebês sejam alimentados apenas com leite materno até atingirem os 6 meses de idade. Além disso, é aconselhável que a amamentação continue, mesmo após a introdução dos primeiros alimentos sólidos, até, pelo menos, os dois anos de idade.

O aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida desempenha um papel crucial não apenas na nutrição e no fortalecimento do sistema imunológico, mas também é de extrema importância para a adequada maturação e crescimento das estruturas do sistema estomatognático, mantendo-as saudáveis. Isso contribui para o desenvolvimento da musculatura orofacial, que, por sua vez, desempenha um papel essencial no direcionamento e desenvolvimento das funções fisiológicas necessárias para garantir a sobrevivência e a qualidade de vida do bebê. Além disso, o aleitamento materno desempenha um papel fundamental no correto desenvolvimento da oclusão dentária decídua (ROCHELLE et al., 2010).

Ao ser alimentada no seio materno, a criança tem uma maior possibilidade de desenvolver uma respiração predominantemente nasal ao longo de sua vida. Isso também contribui para o estabelecimento de um padrão propício de postura correta da língua, além de estimular os músculos necessários na amamentação, aumentando o tônus muscular e promovendo um desenvolvimento adequado para exercer, no futuro, a função de mastigação (CARVALHO et al., 2019).

As crianças que são amamentadas pelo seio materno têm uma veracidade mais alta de evitar o progresso de hábitos deletérios. Isso ocorre devido ao trabalho muscular intensivo envolvido na amamentação, que resulta no cansaço dos músculos peribucais, levando o bebê a se sentir satisfeito e, assim, menos propenso a buscar outras formas de sucção prejudiciais (BARRETO et al., 2018).

Os fatores importantes induzem à interrupção da sucção natural, englobando elementos de natureza social, cultural e econômica. Estas causas muitas vezes promovem a utilização de bicos mamários artificiais e a sucção não nutritiva, com destaque para o uso de chupetas (PEREIRA et al., 2017). Segundo estudos, as mães que possuem maior escolaridade ou uma renda tendem a amamentar seus filhos de forma natural e evitar a presença de hábitos deletérios (PIZZOL et al., 2011).

2.2.2 Aleitamento Artificial: Mamadeira

O caminho mais conveniente para encerrar o aleitamento natural seria a adoção do aleitamento artificial, por meio da utilização de mamadeiras, pois isso proporcionaria uma solução imediata para satisfazer as necessidades do bebê e assim acalmar a ansiedade dos pais (VINHA et al., 2008). Com as evoluções na tecnologia, a alimentação por mamadeira passou a ser mais conveniente. Além do uso da mamadeira, outros aspectos podem contribuir para a separação entre mãe e filho, como a presença de uma babá ou cuidadora. Essa pessoa assume a responsabilidade tanto pela alimentação quanto por todos os outros cuidados com o bebê (ENY et al., 2015).

Existem inúmeras causas e modificações que podem surgir devido à utilização de mamadeiras, e uma delas envolve alterações nas funções de mastigação, sucção e deglutição, que podem acabar levando a uma má oclusão dentária. Crianças que adotam uma sucção mista (tanto pelo seio materno como na mamadeira) têm uma maior possibilidade de amplificar uma técnica inadequada de sucção no seio materno (FRANÇA et al., 2008).

Cada vez que a sucção é realizada por meio da mamadeira, a criança obtém uma quantidade limitada de estimulação motora-oral, resultando em inúmeras consequências, tais como a flacidez dos músculos periorais e da língua. Isso pode acarretar em uma instabilidade na deglutição, deformidades nos dentes e no rosto, levando a uma mordida aberta anterior ou lateral, além de disfunções respiratórias (NEIVA et al., 2003).

Além dos desequilíbrios no crescimento que podem resultar em disfunções oclusais, o uso de mamadeira também pode estar ligado ao desenvolvimento da cárie dentária. Quando essa condição afeta crianças com idades até três anos e 11 meses, com um foco notável nas mamadeiras noturnas, ela é chamada de cárie de acometimento precoce da infância, cujo principal fator etiológico é a utilização da mamadeira durante o período noturno (PAGLIA, 2015).

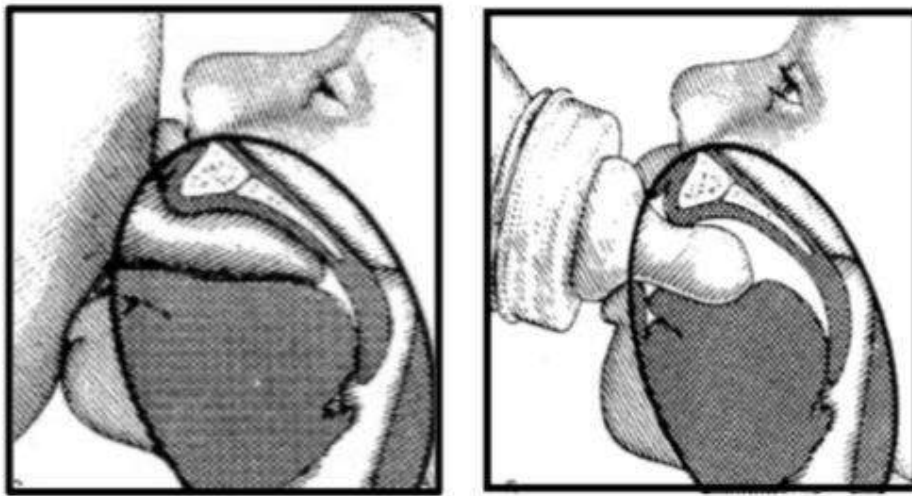
Quando a mãe precisa suspender a amamentação pelo seio materno, o copo educativo é a primeira escolha indicada para alimentar o bebê. Este copo deve ser utilizado como uma solução temporária e alternativa à sucção no seio materno, uma vez que no copo não ocorre a ordenha ou sucção. O bebê simplesmente ingere o leite do copo. Ainda assim, é importante que a sucção no seio materno seja retomada assim que possível (GOMES et al., 2006).

2.2.3 Comparação entre o aleitamento natural e o aleitamento artificial

Conforme a figura 2, a comparação entre o mamilo e a mamadeira é igualmente crucial, mesmo sem ação de sucção. Durante a amamentação, o bebê estende a língua para a

frente, permitindo uma inserção mais profunda do mamilo no interior da boca. Portanto, ao longo do processo de alimentação, durante o ato de sucção, a tetina apresenta uma menor capacidade de alongamento em comparação com o mamilo da mama, resultando em uma elasticidade horizontal reduzida. Isso se traduz na amamentação, onde o leite que é liberado da mama é direcionado para a parte posterior da língua, permitindo uma deglutição automática e reflexa (NETTING et al., 2017).

Figura 2: Diferença entre a adaptação do mamilo e da mamadeira no momento da sucção.



Fonte: (WEISS, 2003)

Conforme a figura 3, é possível analisar a comparação entre o aleitamento materno e aleitamento artificial que a criança possa ter.

Figura 3: Diferença entre o aleitamento materno e o aleitamento artificial.

	Aleitamento Materno	Aleitamento Artificial
Veículo	Mama	Biberão
Músculos envolvidos	Pterigóideu lateral e medial, massêter, temporal, digástrico, genio-hióideu, mílo-hióideu;	Principalmente os músculos bucinadores; Resultado: Estreitamento da maxila, aprofundamento do palato, alterações oclusais;
Fisiologia Imunológica	Proporciona função gástrica normal; Proteção imunológica – anticorpos maternos;	Sobrecarga das funções gástricas; Debilidade orgânica – sem anticorpos maternos;
Dinâmica muscular e trabalho (esforço)	4 movimentos para succionar o leite; abertura, protrusão, fecho e retrusão; Esforço muscular normal; Estímulos adequados para um crescimento ósseo e muscular normal;	2 movimentos necessários para a sucção: abertura e fecho; Distúrbios miofuncionais da face: respiração bucal, mordida aberta anterior, mordida cruzada (uni ou bilateral), classe II de Angle, sobremordida ou deglutição atípica;
Crescimento ósseo mandibular	Mecanismo de rebaixamento, antero-posteriorização e elevação mandibular durante a sucção;	Mecanismos de abertura e fechamento. Ausência de antero-posteriorização; mandibular adequada – manutenção do retrognatismo fisiológico. Mandíbula com estimulação inadequada para o crescimento;
Sucção	Adequada: lábios bem adaptados, impedindo a entrada de ar; posicionamento adequado da língua; ponto de sucção na junção do palato duro com o mole;	Inadequada: lábios entreabertos, permitindo a entrada de ar e compensar a pressão negativa criada dentro da tetina do biberão; língua hipotônica, mal posturada e flácida;
Fluxo de leite	Lento: criança controla a saída do leite;	Controlado mediante o diâmetro do orifício da tetina;

Fonte: (CASAGRANDE, et al., 2008)

2.2.4 Hábitos de Sucção Digital

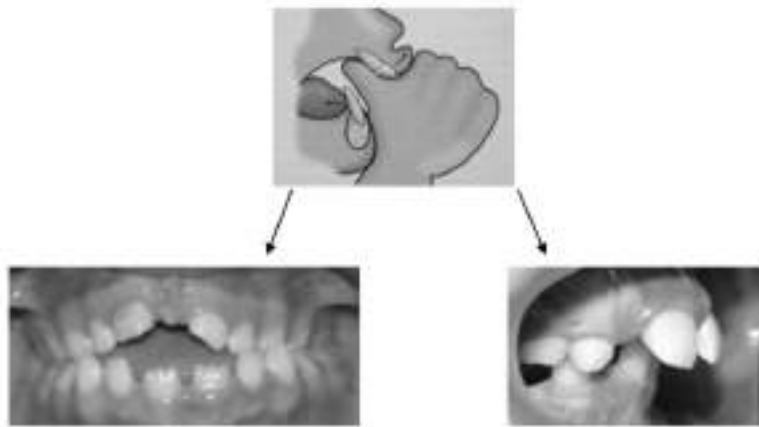
A sucção digital começa a evidenciar-se desde o período intrauterino, a partir do quarto mês de gestação, devido à inerente necessidade do indivíduo de satisfazer a ação de sucção, que é uma necessidade fisiológica desde o início da vida. Porém, ela só pode ser caracterizada como um hábito quando se torna recorrente e persiste por vários meses após o nascimento (MENDES, 2012). De início, a sucção é entendida como um hábito fisiológico natural, mas quando persiste, esse hábito evolui para um estágio parafuncional. Isso pode impactar negativamente o desenvolvimento facial normal e contribuir para o surgimento de várias alterações na dentição, na oclusão e musculatura peribucal, sendo que a gravidade dessas alterações depende da duração, frequência e intensidade do hábito (TENÓRIO et al., 2005).

A persistência do hábito de sucção geralmente está ligada a fatores psicológicos e ambientais, assim como, a carência emocional e a necessidade de atenção. Além disso, a presença desse hábito não nutritivo muitas vezes está relacionada a um período de amamentação

curto ou ausente, o que também pode ser um fator contribuinte para o desenvolvimento desse comportamento (SANTOS et al., 2009).

A sucção digital, que geralmente envolve o uso do polegar, exerce pressão no palato, nos dentes maxilares e provoca uma retração na mandíbula. Conforme a figura 4, isso pode resultar em problemas oclusais, como prognatismo maxilar, retrognatismo mandibular, mordida aberta, hipotonia da musculatura labial superior, hipertonia da musculatura labial inferior, interposição da língua, atresia do palato, atresia do arco superior, respiração pela boca, formação de calo ósseo na região do polegar e assimetria anterior (VASCONCELOS et al., 2011).

Figura 4: Esquema ilustrativo dos efeitos da sucção digital na cavidade oral.



Fonte: (MENDES, 2012)

2.2.5 Chupetas

A sucção da chupeta se evidencia como um dos hábitos de sucção não nutritivos mais comuns na infância (MASSON, SILVA, 2005). No entanto, a avaliação das vantagens em relação às desvantagens do uso da chupeta continua sendo uma questão controversa (CASTILHO, 2009).

A Organização Mundial da Saúde não recomenda fortemente a utilização da chupeta por alegar que seu uso pode atrapalhar o aleitamento materno, enquanto a Academia Americana de Pediatria recomenda sua utilização após o aleitamento materno estar bem estabelecido, devido à prevenção de Morte Súbita do Lactente (LAMOUNIER, 2003).

Conforme as diretrizes da AAP (Academia Americana de Pediatria), a introdução da chupeta deve ocorrer após o primeiro mês de vida, a fim de garantir que o mecanismo de amamentação esteja devidamente estabelecido (SECTION et al., 2012).

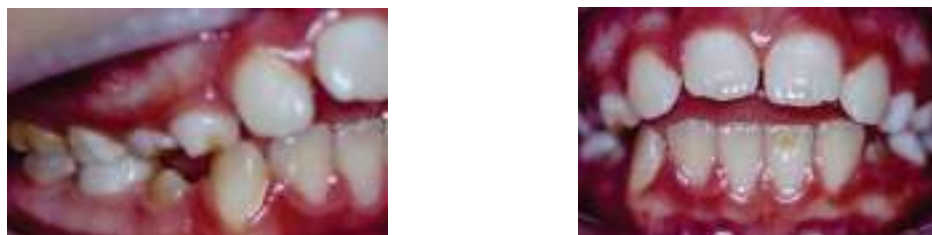
Uma das vantagens do uso da chupeta é seu efeito calmante, desempenhando um papel significativo na regulação da dor e da ansiedade (PEREIRA et al., 2020). Também é associada à prevenção da Síndrome de Morte Súbita Infantil (SMSI) durante o primeiro ano de vida, e existem vários argumentos explicativos sobre esse fato, de acordo com a literatura (MOON et al., 2012).

O mecanismo de sucção é apresentado como um dos argumentos, uma vez que ele gera tensão muscular nas vias aéreas superiores, e a língua adota um movimento contínuo para frente, o que contribui para a manutenção da permeabilização das vias aéreas (HAUCK et al., 2005). Além disso, de acordo com a AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry), o uso da chupeta em vez da sucção digital é preferível, uma vez que a chupeta é um hábito mais fácil de ser descontinuado, o que supostamente resulta em menor duração desse hábito e, conseqüentemente, em menor probabilidade de causar alterações oclusais (CASAMASSIMO, 2012).

Porém, o uso da chupeta pode ter efeitos negativos na correta maturação funcional do sistema estomatognático, levando a alterações na postura e tonicidade dos músculos, além de possíveis deformações esqueléticas na boca e no rosto. Em uma pesquisa, observou-se que as conseqüências no desenvolvimento orofacial de crianças geralmente se tornam mais evidentes a partir do primeiro ano de vida. Essas conseqüências incluem alterações na oclusão labial, uma musculatura responsável menos eficiente e uma postura habitual atípica da língua (ARAÚJO et al., 2009). As chupetas são frequentemente colonizadas por *Candida albicans* e *Staphylococcus*. Portanto, ao estarem em contato constante com a flora oral, podem contribuir para o desenvolvimento de infecções, como a candidíase oral, e aumentar o risco de cáries dentárias (PONTI, 2003).

É amplamente reconhecido que o uso da chupeta está associado a problemas de má oclusão, o que tem gerado grande preocupação entre cirurgiões-dentistas e profissionais da área de saúde (DOMINGUES, 2011). A persistência do hábito de sucção após os três anos de idade da criança está de fato fortemente relacionada a um aumento significativo na probabilidade de desenvolver más oclusões. Entre as crianças que utilizam chupetas, as alterações mais comuns envolvem mordidas abertas anteriores e mordidas cruzadas posteriores conforme demonstra a figura 5.

Figura 5: Paciente do gênero feminino com oito anos e dez meses de idade, com mordida aberta anterior causada por sucção de chupeta.



Fonte: (RAITZ et. Al 2010)

Portanto, é importante estar ciente dos efeitos potencialmente prejudiciais desse hábito e considerar estratégias para ajudar a criança a abandoná-lo a fim de evitar problemas de oclusão e desenvolvimento bucal no futuro (BOECK et al., 2013). A presença de alterações oclusais está associada a diversas causas, incluindo a frequência (quantidade de vezes ao dia e duração do tempo em que a criança suga), a intensidade (força aplicada ao sugar) e a duração do hábito (quantidade de meses ou anos de sucção). Esses fatores podem ter um impacto significativo no desenvolvimento e na gravidade de problemas oclusais, ressaltando a importância de monitorar de perto e intervir em hábitos de sucção prolongados, a fim de prevenir complicações futuras na oclusão e na saúde bucal das crianças (CASTILHO, ROCHA, 2009).

2.3 Hábitos Funcionais

2.3.1 Respiração Bucal

A respiração é considerada normal quando ocorre via nasal; No entanto, as crianças podem ter a respiração bucal, que é um problema respiratório comum na infância e um dos principais problemas de saúde pública. (CARVALHO, 1999). Sua persistência por um período prolongado pode resultar em uma série de modificações tanto estruturais quanto funcionais no sistema estomatognático, com impactos que afetam as esferas física, psicológica e social (PASSOS, FRIAS-BULHOSA, 2010).

Como uma função indispensável e inata do ser humano, a respiração deve ser executada de forma fisiologicamente adequada, visando à proteção das vias aéreas superiores e ao favorecimento do desenvolvimento adequado do complexo craniofacial (DIFRANCESCO et al., 2006). Quando a forma da respiração é modificada, o organismo precisa fazer uma série de adaptações para se ajustar a essa nova situação. Essas adaptações acontecem em vários segmentos e sistemas do corpo e podem acarretar sérias consequências se não forem tratadas

precocemente. Isso é especialmente relevante, já que tais alterações geralmente afetam crianças em fase de desenvolvimento (BIANCHINI et al., 2006).

O respirador bucal é aquele que, por diversos motivos, seja de origem orgânica, funcional ou neurológica, apresenta um padrão inadequado de respiração (POPOASKI et al., 2012). Dentre as causas da respiração bucal mais comuns, destacam-se condições como rinites alérgicas e não alérgicas, hiperplasia adenomigdaliana e a hipertrofia dos cornetos inferiores. Entre essas condições, a rinite alérgica está mais intimamente associada aos indivíduos que respiram pela boca. Essa modificação da respiração altera o padrão de crescimento da face, ocasionando também, em alguns casos, modificações morfofuncionais em todo o organismo (FERLA et al., 2008).

Sob uma perspectiva odontológica, como demonstra a figura 6, pacientes que respiram pela boca exibem características faciais distintivas, incluindo face alongada, vedamento labial inadequado, narinas estreitas, falta de tônus na musculatura facial, olheiras, olhos caídos ou inclinados, desequilíbrio da coluna, fechamento dos ombros e nariz pequeno (CARTES et al., 2020). Entre as características bucais, destacam-se: lábios hipotônicos, ressecados, evertidos, palato estreito e profundo, arcada superior atresíca, boca entreaberta, Classe II, más oclusões como assimetria facial, cruzada posterior e mordida aberta, alterações da deglutição, sucção e fonação (FERES et al., 2009).

Figura 6: Fotos de face, vista de frente e de perfil de uma paciente com 6 anos de idade com função respiratória nasal restrita crônica, característica de "Fácies adenóidea".



Fonte: RAKOSI et al., 1999

Além disso, a respiração bucal crônica, quando se manifesta durante a fase de desenvolvimento da criança, não apenas perturba o desenvolvimento facial adequado, mas

também pode impactar, significativamente na saúde geral (DOS SANTOS et al., 2018).

2.3.2 Interposição da Língua e Deglutição Atípica

A primeira habilidade que se desenvolve no feto por volta das 12 semanas de gestação é a deglutição, um processo complexo e altamente integrado. Crianças que têm uma deglutição atípica frequentemente exibem características como a interposição da língua entre os dentes durante a fase oral da deglutição, o que faz com que a língua se projete para fora da boca. Conforme mostra a figura 7.

Figura 7: Interposição da língua na posição de repouso.



Fonte: (PINHO, 2011)

Além disso, é comum observar um excessivo pressionamento dos lábios, o que pode resultar em mudanças na expressão facial, bem como movimentos compensatórios com a cabeça. Frequentemente, essas crianças também podem produzir ruídos durante o ato de deglutir (VIEIRA, OURIQUE, 2001).

A deglutição atípica se caracteriza pelos movimentos incorretos da língua ou de outras estruturas envolvidas nesse processo. Em grande parte dos casos, essas atipias ocorrem devido a problemas como postura inadequada da cabeça, alterações no tônus muscular, na mobilidade ou na propriocepção dos órgãos fonoarticulatórios, tais como a língua, os lábios, as bochechas e o palato mole (MARCHESAN, 2016). Conseqüentemente, existem diversas formas de deglutição que são classificadas como atípicas, incluindo a deglutição com interposição lingual, a deglutição com contração exagerada dos músculos ao redor dos olhos (musculatura periorbicular), a deglutição sem contração do músculo masséter, a deglutição com movimento compensatório da cabeça e a deglutição com produção de ruídos no período ou após o ato de

deglutir (MACHADO, CRESPO, 2012).

A deglutição atípica com interposição lingual ocorre com mais frequência em pacientes que possuem uma mordida aberta anterior. Não está completamente claro se a mordida aberta é resultado da interposição da língua durante a deglutição, ou se, pelo contrário, a língua se interpõe devido à presença da mordida aberta. Muitos indivíduos manifestam uma deglutição atípica devido à protrusão da língua ou do seu tamanho desproporcional, pois, em alguns tipos de casos, a cavidade oral não possui espaço suficiente para acomodá-la adequadamente (JOTZ, DORNELLES, 2012). Crianças que têm o hábito de sucção prolongada, especialmente sucção de dedos, podem acabar posicionando a língua de forma mais baixa, o que facilita sua protrusão durante a deglutição (PONTES et al., 2010).

As causas mais comuns da deglutição atípica estão relacionadas a alterações neurológicas, como aquelas observadas em indivíduos que sofreram acidente vascular cerebral, traumatismo craniano, ou que têm condições como a Esclerose Lateral Amiotrófica, doença de Parkinson, macroglossia (língua aumentada), perda prematura de dentes, freio lingual alongado, erupção tardia dos dentes decíduos, má oclusão, como a presença de mordida aberta. Além disso, o uso prolongado de chupetas, amamentação artificial e dificuldades na transição da deglutição infantil para a adulta também são fatores frequentes que contribuem para a deglutição atípica. Portanto, é comum que a deglutição atípica esteja presente em indivíduos que, desde os estágios iniciais da vida, desenvolveram hábitos como a sucção não nutritiva, incluindo o uso de chupetas, mamadeiras, ou que enfrentam desafios no sistema nervoso central e na anatomia. (MACHADO, CRESPO, 2012).

Os danos mais comuns causados pela deglutição atípica incluem má oclusão dos dentes, dificuldades na fala, maior propensão a problemas como rinite e amigdalite, redução na produção de saliva e aumento do risco de desenvolver doenças infecciosas na cavidade oral. O movimento adequado da língua dentro da boca durante a deglutição, associado à respiração nasal, desempenha um papel fundamental no desenvolvimento saudável das estruturas orais. Quando a língua é posicionada de maneira inadequada durante a deglutição, as estruturas ósseas flexíveis sofrem pressão excessiva, o que pode resultar em problemas como mordida aberta, mordida cruzada, estreitamento do arco maxilar, inclinação dos dentes anteriores para a frente e erupção excessiva dos dentes posteriores. Um equilíbrio adequado entre os músculos periorais, mastigatórios e a língua é essencial para uma deglutição normal, e qualquer desequilíbrio pode resultar em deglutição atípica, que, por sua vez, pode levar a problemas de má oclusão. (FERNANDES et al., 2010).

A relação entre a deglutição atípica e a má oclusão, especialmente no que diz respeito à mordida aberta, é um tema que tem gerado debates e controvérsias na literatura odontológica. Diferentes perspectivas e estudos oferecem interpretações variadas sobre essa relação. Alguns autores defendem que a deglutição atípica é a causa da mordida aberta, enquanto outros acreditam que a deglutição atípica é uma consequência da própria má oclusão. Essa complexidade na relação entre esses fatores destaca a importância de uma avaliação cuidadosa e individualizada por profissionais de saúde bucal para entender as causas e os efeitos da deglutição atípica e da má oclusão em cada paciente e desenvolver planos de tratamento adequados. (CONDO et al., 2012).

3. HÁBITOS DE MORDER

3.1 Onicofagia

A Onicofagia, é o hábito de roer as unhas, é caracterizada como um comportamento nervoso, repetitivo, embaraçoso e socialmente muito indesejável. Estudos indicam que o hábito é muito comum em todas as faixas etárias, embora haja uma diminuição significativa dessa prevalência após os 40 anos de idade. (WEINLANDER et al., 1998). Tem sido reconhecida como um comportamento sistemático, muitas das vezes refletindo angústia emocional ou ansiedade elevada. (WALKER et al., 1997).

Normalmente, esse hábito está ligado aos dedos das mãos, e todas as unhas são afetadas com a mesma intensidade. Alguma das variações desse comportamento inclui morder as cutículas e a pele ao redor, os lábios e as bochechas, além da sucção digital crônica. (HODGES ED, et al. 1994). A ansiedade, estresse e aborrecimento são os principais fatores envolvidos na origem desse hábito parafuncional, que frequentemente é visto como uma maneira de aliviar essas tensões emocionais. (MUTZ B et al., 2005).

Outras causas incluem a imitação de outros membros da família, fatores genéticos, transferência do hábito de sucção digital e condições de unhas maltratadas. A Onicofagia pode ser classificada como moderada ou severa, dependendo do grau de lesão. (WELLS et al., 1998) Tanto na forma leve quanto na severa, a mordida das unhas é realizada com os dentes. No entanto, na forma severa, a mordida das unhas ultrapassa a borda livre, fazendo com que a margem da unha fique abaixo da borda do tecido mole. (LEONARD HL et al., 1991).

Segundo WELLS et al. (1998), o hábito pode ser considerado grave quando a frequência e a intensidade são elevadas, levando em danos físicos significativos e consequência sociais adversas. Quando a tolerância fisiológica do indivíduo é excedida, a Onicofagia, embora

seja um hábito comum, roer unhas pode ser prejudicial à dentição, musculatura e articulação temporomandibular. As forças parafuncionais podem causar reabsorção apical radicular, pequenas fraturas nas bordas dos incisivos e gengivite associada ao trauma. Contínuo e complicações ortodônticas. Vários autores conduziram estudos relacionando hábitos de morder com distúrbios temporomandibulares. (FARSI NM et al., 2003). Além disso, pode resultar em alterações estruturais localizadas, como mordida cruzada ou intrusão de dentes, com maior incidência nos incisivos superiores. (LINO AP et al., 2002). Devido a frequente de levar as mãos à boca, pode haver um aumento na prevalência de parasitas no trato gastrointestinal. (REDDY et al., 2013). A Onicofagia pode coincidir com outros hábitos orais prejudiciais, como o bruxismo (GONÇALVES et al., 2010), podendo ocorrer o desenvolvimento de disfunção temporomandibular (DTM) (FARSI et al., 2003).

Contudo, a Onicofagia é o hábito bucal deletério que mais se destaca, sendo um hábito de preocupação para a saúde pública, uma vez que pode acarretar prejuízos. Dessa forma, é crucial eliminar esse hábito como medida preventiva para evitar más oclusões e até mesmo uma possível perda dentária. (TANAKA et al., 2008). Isso destaca-se a importância de compreender os diversos tipos de tratamento, uma vez que este deve ser abordado de forma multidisciplinar, requerendo não apenas intervenção odontológica, mas também acompanhamento psicológico. Recomenda-se a realização de exercícios físicos e atividades para distrair e relaxar o paciente. Quanto ao tratamento odontológico, é essencial realizar uma avaliação detalhada da cavidade bucal para determinar o plano de tratamento adequado, que pode incluir ortodontia, ortopedia ou procedimentos de próteses e restaurações.

Nesse contexto, considerando as características dos hábitos analisados e seu impacto, uma abordagem multidisciplinar é de suma importância, pois esses hábitos também atendem necessidades emocionais e socioambientais. Os profissionais devem colaborar em conjunto, visando influenciar positivamente o desenvolvimento psicológico da criança e promover de maneira mais eficaz a saúde bucal e a prevenção de disfunções. Isso requer o respeito ao desenvolvimento mental e ao crescimento em cada fase do ciclo de vida do indivíduo. (REDDY et al., 2013).

3.2 Bruxismo

O bruxismo pode ser definido como uma atividade muscular repetitiva, caracterizada pelo aperto ou ranger dos dentes, ou pela imobilização ou projeção da mandíbula, sendo também conhecido como bruxismo durante o sono ou bruxismo durante a vigília. (LOBBEZOO e outros, 2018) Essa condição é bastante comum em todo o mundo, afetando todas as faixas

etárias, com destaque para as crianças. Nesse sentido, como afirma RÉDUA et al (2019), é importante compreender sobre fatores etiológicos, diagnóstico e tratamentos disponíveis para essa manifestação, a fim de diminuir os riscos e danos aos tecidos dentários. É visto que esse hábito parafuncional pode ter um impacto negativo na qualidade de vida da criança, podendo resultar em fraturas e desgaste dos dentes, conforme mostra a figura 8.

Figura 8: Imagem intrabucal de uma criança na dentição decídua com desgaste generalizado dos dentes provocado pelo bruxismo.



Fonte: PIZZOL et al. (2010)

Além de interferir na qualidade do sono, do indivíduo que apresenta essa condição quanto de terceiros. Especificamente no caso do bruxismo do sono, é comum a presença de ruídos devido ao ranger dos dentes realizado de forma inconsciente. (KOYANO et al., 2008).

O bruxismo pode ser classificado como bruxismo do sono ou bruxismo em vigília, dependendo do momento em que ocorre no ciclo circadiano. Isso significa que ocorre durante o sono ou enquanto o indivíduo está acordado. (LAVIGNE et al., 2008). É de importância saber a distinção entre essas condições para elaborar um plano de tratamento e monitoramento adequado, visando promover uma melhor qualidade de vida para aqueles que sofrem desse hábito. Ademais, estudos sobre a prevalência do bruxismo, seja em vigília ou durante o sono, revelam uma alta taxa de variabilidade nos resultados. (MANFREDINI et al., 2013). A maior prevalência dessa condição ocorre entre os 5 e 8 anos de idade, com uma tendência a diminuir à medida que a idade aumenta. (LABERGE et al., 2000; LAVIGNE; MONTPLAISIR, 1994; OHAYON et al., 2001).

Na literatura, é observado que os pais frequentemente relatam o ruído produzido pelo ranger de dentes durante o sono da criança. Por esse motivo, é mais comum que o bruxismo do sono seja abordado em vez do bruxismo em vigília em trabalhos e artigos científicos que têm

as crianças como público-alvo. Além disso, para fins de diagnóstico, consideram-se fatores como ronco, dores de cabeça ao acordar, hábitos bucais deletérios como sucção digital, morder objetos ou outros objetos, problemas de saúde respiratórias, neurológicas e psiquiátricas, além da dificuldade para dormir e do comportamento ansioso ou não da criança. (MANFREDINI et al., 2013; SOUSA et al., 2018).

O bruxismo pode ser definido como uma vigília ou durante o sono. O bruxismo em vigília parece estar mais ligado a tiques nervosos, estados de hiperproteção e reações a situações de estresse. (CARRA et al., 2011; LAM et al., 2011 VAN SEEMS et al., 2012). Essas reações de estresse podem estar ligadas com responsabilidades familiares ou situações de pressão, dificuldade de concentração nos estudos, estresse proveniente do ambiente escolar e uso frequente de dispositivos eletrônicos, como computadores ou videogames, que demandam um alto nível de concentração. Além disso, o ambiente familiar exerce uma influência significativa, já que as crianças têm a tendência natural de imitar o comportamento dos pais. (CARRA et al., 2011; LAM et al., 2011 VAN SEEMS et al., 2012). Quando se trata do bruxismo do sono, o estudo desta modalidade é crucial, pois, embora não seja considerada uma patologia, o bruxismo do sono pode causar distúrbios no sistema estomatognático, resultando em desconfortos orofaciais e fraturas dentárias. (THORPY, 2012) como é possível visualizar na figura 9.

Figura 9: Vista oclusal superior e inferior: observar as facetas de desgaste nos caninos e molares decíduos com a presença de exposição dentinária.



Fonte: PIZZOL et al. (2010)

Além disso, é considerado um fenômeno multifatorial, O bruxismo do sono, muitas vezes, está intimamente ligado ao sistema nervoso central, envolvendo atividades motoras orais e a regulação do ciclo sono-vigília, além de ser influenciado por fatores genéticos e psicossociais. (MACHADO, 2014).

3.2.1 Bruxismo primário

No que diz respeito ao bruxismo primário, também conhecido como idiopático, não há uma causa conhecida, nem está associado a uma doença específica ou outra condição médica. No entanto, há alguns fatores na literatura que parecem estar relacionados a esta condição, influenciada por fatores emocionais como ansiedade, neuroticismo, a propensão a experimentar emoções negativas, como raiva e depressão, além de influências genéticas, visto que crianças cujos pais têm bruxismo têm maior probabilidade de desenvolver essa manifestação. (LAVIGNE et al., 2008; SERRANEGRA et al., 2013).

3.2.2 Bruxismo secundário

No caso do bruxismo secundário, a literatura destaca a presença de uma ou mais condições associadas, tais como problemas de movimento, neurológicos e psiquiátricos, problemas respiratórios como rinite alérgica, asma, infecções respiratórias, Síndrome da Apneia do Sono, dentre outros. (VAN SELMS et al., 2012).

3.2.3 Bruxismo infantil

Enfatizando no público infantil, o método mais utilizado é a declaração dos pais ou responsáveis sobre o barulho que as crianças produzem durante o sono. (SERRA-NEGRA et al., 2010). Assim, o processo de diagnóstico demanda uma anamnese detalhada, juntamente com um exame físico intra e extraoral, a fim de avaliar a presença de fatores como hipertrofia do músculo masseter, sensibilidade muscular, condição da mucosa jugal e desgastes dentários característicos.

Na fase diagnóstica, é comum a aplicação de questionários para investigar a história médica do paciente, a presença de hábitos parafuncionais, alterações sistêmicas e neurológicas, bem como aspectos relacionados à qualidade de vida, relações familiares, entre outros. (SERRA-NEGRA et al., 2010; FERREIRA et al., 2012). Com base na revisão realizada por Siqueira et al. Al (2021), A aplicação de questionários dirigidos aos pais ou responsáveis, combinada com o exame clínico, são os métodos mais frequentemente descritos na literatura para estabelecer critérios de diagnóstico do bruxismo infantil.

4. MÁ OCLUSÃO

As más oclusões são alterações na organização do arco dentário do esqueleto facial ou de ambos, gerando diferentes impactos nas funções do sistema estomatognático (Sabbatini,

2012), A influência desses fatores se estende tanto à aparência e autoestima dos indivíduos afetados quanto aos relacionamentos afetivos e sociais. (Moura et al., 2012).

4.1 Tipos de má oclusão

O sistema mastigatório desempenha um papel fundamental nos processos de mastigação, fala e deglutição. Ele é composto por ossos, músculos, ligamentos e dentes. O osso temporal proporciona suporte à mandíbula e à articulação temporomandibular, que é responsável pelos movimentos de deslizamento por meio da relação entre o côndilo e a fossa mandibular do osso temporal. Essas estruturas são cobertas e movimentadas pelos músculos masseter, temporal, pterigoideo medial, pterigoideo lateral, pterigoideo lateral inferior, pterigoideo lateral superior e digástrico, os quais contribuem para os movimentos necessários durante a mastigação. (OKESON, 2008).

A oclusão é o contato entre as superfícies oclusais e incisais dos dentes superiores e inferiores. A maneira como as arcadas dentárias se encontram é de extrema importância para a harmonia do sistema mastigatório e do sistema estomatognático como um todo. Esse contato pode ocorrer simultaneamente tanto do lado direito quanto do lado esquerdo, abrangendo os movimentos posteriores e anteriores. (GROSSMANN, 2016). A chave para oclusão normal é representada pelo modo como a da cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior no sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior (GROSSMANN, 2016). Como é possível visualizar na figura 10:

Figura 10: Classificação de má oclusão (classe II, II e III).



Fonte: Silva (2003).

Quando há um desalinhamento do contato entre os dois arcos dentários, isso é considerado má oclusão. Na maioria das vezes, está associado ao crescimento ou desenvolvimento anormal do complexo mandibulomaxilar. (GROSSMANN, 2016). A

classificação é realizada de acordo com as características presentes, dividindo em três categorias. Na Classe I, os pacientes podem apresentar espaçamento, apinhamento, giroversão, cruzamento, ausência dentária e dentes supranumerários. (ANGLE, 1899). As más oclusões de Classe II são caracterizadas pela discrepância nos tamanhos das arcadas dentárias, exibindo uma mandíbula retrognata. Esta classe é subdividida em duas divisões, identificadas pelo posicionamento dos dentes anteriores. Os pacientes com má oclusão de Classe II, geralmente são respiradores bucais, apresentando lábios abertos, protrusão dentoalveolar superior alinhada, espaçada ou apinhada, e arcada inferior geralmente bem alinhada, mas que pode apresentar apinhamento e mordida profunda e cruzada, (PINTO, 2014) conforme figuras 11 e 12.

Figura 11: Alterações oclusais de apinhamento e mordida cruzada.



Fonte: (PRESTES et al, 2022).

Figura 12: Alterações oclusais de mordida profunda e mordida aberta.



Fonte: (PRESTES et al, 2022).

Os respiradores nasais fazem parte da Divisão II e geralmente têm os lábios predominantemente fechados. Esta má oclusão é menos comum, mas quando ocorre, é geralmente compreensível. A ação do lábio superior sobre a bateria incisal superior provoca uma característica atípica de linguoversão dos incisivos e vestibuloversão dos incisivos laterais. Normalmente, as arcadas dentárias apresentam uma aparência quadrada. Os pacientes com má

oclusão de Classe III conforme a imagem 12, têm protusão mandibular o que resulta em uma oclusão onde os dentes inferiores estão ocluídos mais à frente em relação à arcada superior. (PINTO, 2014).

4.2 Causas da má oclusão

De acordo com Agurto et al. (1999), a respiração nasal, mastigação e deglutição são consideradas hábitos fisiológicos e funcionais. Que contribuem para o bom funcionamento do sistema estomatognático. No entanto, a sucção digital, o uso de chupeta e mamadeira, assim como a respiração bucal, entre outros, são considerados hábitos deletérios ou parafuncionais, podendo causar impactos negativos na saúde bucal e no desenvolvimento craniofacial.

Segundo Valença et al. (2001), Os problemas de oclusão costumam ter origem em hábitos como onicofagia, bruxismo, respiração bucal, interposição lingual, morder objetos, morder os lábios, além dos mais comuns hábitos deletérios de sucção do dedo, uso de chupeta e mamadeira. Estes últimos são particularmente adquiridos facilmente e persistem, especialmente em crianças que não foram amamentadas naturalmente nos seis primeiros meses de vida. (CAGLAR et al., 2005 apud CAVALCANTI 2007).

A chupeta demonstrou ser o fator mais significativo no desenvolvimento de más oclusões em crianças com idades entre 24 e 58 meses. De acordo com um estudo conduzido por Monteiro (2009), sinais indicativos de respiração pela boca, o uso prolongado da mamadeira, alterações na praxia da língua e foram identificados problemas oclusais como fatores de risco estatisticamente significativo para o surgimento de ceceo.

4.3 Sinais e sintomas da má oclusão

O desequilíbrio pode levar ao desenvolvimento de quadros de Disfunção Temporomandibular (DTM), resultando em condições dolorosas e/ou funcionais, como descrito por Bastos et al. (2008). Isso pode incluir dores musculares, limitações e desvios na trajetória mandibular, ruídos articulares durante a abertura e fechamento bucal, as dores de cabeça, nuca, pescoço e ouvido são os sinais e sintomas mais frequentemente relatados. (SANTOS et al., 2006 apud AREBALO, 2010). Devido à possibilidade de as DTMs surgirem no início do crescimento craniofacial, é frequente encontrar uma grande quantidade de crianças que apresentam sinais e sintomas relacionados a distúrbios temporomandibulares. (Santos et al., 2006). Para o desenvolvimento do complexo estomatognático, é essencial a interação entre fatores genéticos

e ambientais, como destacado por (Viggiano (2004). Sari e Sonmez (2001) Encontraram uma ligação entre oclusão de Classe I de Angle na dentadura mista, mordida cruzada anterior e mordida cruzada posterior de múltiplos dentes, entre outros fatores.

4.4 Tratamento para má oclusão

O diagnóstico precoce e a implementação de medidas preventivas, aliados à conscientização do paciente ou responsáveis, têm como objetivo resolver problemas que poderiam ser difíceis de resolver posteriormente. (LEITE et al., 1999) A conscientização pode ser promovida com o propósito de incentivar a mudança de comportamentos e garantir a manutenção de padrões adequados de saúde bucal tanto para o paciente quanto para a família. Isso pode ser alcançado por meio de informações personalizadas e estratégias de intervenção psicológica. (GIMENEZ, 2008). Os desvios que surgem na dentição decídua tendem a persistir na dentição mista e permanente.

Seguindo esta linha de raciocínio, é crucial que a prevenção e a interceptação precoce ocorram, preferencialmente, durante as fases da dentição decídua e mista. Nessas etapas, o crescimento do indivíduo e a alta capacidade de remodelação permitem que a bioelasticidade óssea esteja presente, facilitando o reequilíbrio do sistema estomatognático. (GIMENEZ, 2008). E entrar se for possível, alternativas mecânicas estão disponíveis e a ortodontia. (CABRERA et al., 2010).

4.5 Prevenção e remoção dos hábitos bucais deletérios

As medidas para evitar o desenvolvimento de más oclusões devem ser implementadas com a preocupação principal de preservar a integridade dos dentes. (PINTO, 2014). As orientações devem ser comunicadas aos pais durante o período pré-natal, e caso não sejam seguidas, é responsabilidade do profissional intervir quando identificar hábitos bucais prejudiciais. (CORRÊA, 2010). É apropriado mostrar as consequências desses hábitos e, caso o paciente já apresente alguma deformidade, é recomendável apresentar aos pais com o auxílio de imagens para facilitar a compreensão (PINTO, 2012). Ao interagir com as crianças, é benéfico incentivar, exibindo imagens de dentes bem cuidados, explicando o fator determinante e delineando a melhor abordagem para eliminar os hábitos (CORRÊA, 2010).

Considerando que os hábitos bucais deletérios têm a ver com psicossociais, a abordagem para lidar com eles deve ser adaptada a cada caso específico (TOLEDO, 2012). Tanto os pais quanto os profissionais desempenham papéis importante para ajudar essa criança abandonar esses hábitos. É fundamental motivar a criança nesse processo (CORRÊA, 2010).

Assim, é importante evitar o uso de ameaças e a indução do medo (PINTO, 2012). Estratégias excessivamente restritivas não promovem um desenvolvimento satisfatório, pois apenas eliminam o hábito sem abordar a causa subjacente do problema (TOLEDO, 2012). Um exemplo de abordagem eficaz é substituir a chupeta por um presente. O recurso a aparelhos bucais para eliminar os hábitos deve ser considerado apenas como último recurso (CORRÊA, 2012).

5. ORTODONTIA E HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS

O tratamento ortodôntico tem experimentado um aumento significativo devido a diversos fatores, permitindo uma maior atenção às anomalias oclusais. Atualmente, essas anomalias ocupam a terceira posição em uma escala de prioridades para os problemas bucais. (OMS, 2004) Esses problemas oclusais acabam comprometendo o crescimento e desenvolvimento dos músculos e ossos maxilares durante a infância e adolescência, podendo resultar em alterações estéticas. Estas mudanças podem ser causadas tanto por hábitos bucais deletérios já mencionados, quanto por influências genéticas. Assim, a ortodontia pode fazer o indivíduo voltar a ter uma mastigação, fonação, respiração e deglutição, de qualidade além de contribuir na postura corporal, prevenir e interceptar nas más oclusões que acabam tendo efeitos negativos na vida do indivíduo, tais como dificuldade de integração social e estética. (BRASIL OMS, 2004).

Durante a prática clínica, a análise minuciosa da oclusão é essencial, especialmente na rotina do odontopediatra. Um diagnóstico preciso é fundamental para planejar o tratamento mais adequado ao paciente. Para isso, é necessário realizar registros precisos e documentar cuidadosamente o caso. Isso inclui registros de mordida precisos, fotografias dos dentes e do rosto, radiografia panorâmica, cefalometria facial, telerradiografia lateral do perfil e imagens interproximais, além de modelos de gesso. Esses registros fornecem informações valiosas que auxiliam no planejamento e execução do tratamento ortodôntico. (ARNETT et al., 2004)

5.1 Ortodontia preventiva

A Ortodontia Preventiva desempenha um papel importante no contexto de prevenção e integração da saúde bucal com a saúde geral ao orientar e direcionar o desenvolvimento craniofacial, abordando aspectos morfológicos, estéticos e funcionais. Os procedimentos preventivos devem começar desde o nascimento e se estender até a puberdade. Com foco principal no controle do crescimento e desenvolvimento do complexo craniofacial, é importante manter os fatores epigenéticos locais, representados pelas funções do sistema estomatognático. (MOYERS et al., 1991).

Os procedimentos preventivos da Ortodontia e Ortopedia Facial incluem cuidados específicos com a amamentação natural, respiração, deglutição, mastigação, fala, hábitos bucais e equilíbrio oclusal. Durante a fase de dentição decídua e mista também é importante fazer uma prevenção na manutenção de espaço e é a intervenção precoce é realizada rotineiramente diante da perda prematura de dentes decíduos, especialmente quando o prognóstico na dentição mista indica uma irrupção favorável dos dentes permanentes sucessores, como destacado por Dogan et al. (2005). Além disso, como procedimentos preventivos, destaca-se a suspensão de hábitos de sucção por meio de medidas psicológicas apropriadas, juntamente com a reeducação da fala e da deglutição atípica. (LOPES et al., 2003)

5.2 Ortodontia interceptativa

A Ortodontia interceptativa visa deter um problema anormal já presente, buscando restabelecer uma oclusão normal. Quando certas disfunções oclusais começam a se manifestar devido a fatores externos ou internos, intervenções podem ser adotadas para reduzir sua gravidade ou, em alguns casos, eliminar a causa (DOGAN et al., 2005).

Na prática de intercepção, são empregados procedimentos destinados a superar as dificuldades que interferem no desenvolvimento e crescimento normais da face e dos dentes. As intervenções clínicas abordadas pela Ortodontia interceptativa preconizam tratamentos precoces e não complexos, os quais, quando baseados em diagnósticos específicos e precisos, proporcionam benefícios e vantagens significativas no desenvolvimento da dentição dos pacientes. Algumas das atividades interceptativas incluem a correção de cruzamentos de dentes posteriores e anteriores, a recuperação de espaços, a correção de sobremordidas incipientes, frenectomias e a extração de dentes decíduos. (VIAZIS, A. D., 1999).

5.3 Diagnósticos clínicos e medidas de tratamento

O tratamento ortodôntico precoce, também conhecido como tratamento interceptivo, é visto como uma das medidas preventivas. Para garantir o sucesso do tratamento, é importante executá-la nos estágios iniciais dos problemas, prevenindo assim consequências mais graves, como a má oclusão severa. (PINTO, 2014).

5.3.1 Diagnóstico de hábitos de sucção

O diagnóstico das más oclusões decorrentes dos hábitos bucais prejudiciais segue a prática ortodôntica padrão, exigindo um exame clínico minucioso e uma anamnese completa com os pais e a criança, realizados de forma cuidadosa. Em seguida, são analisados os modelos de gesso e é feita uma interpretação radiográfica detalhada. Além disso, é essencial considerar

fatores como a idade do paciente, a duração, frequência, intensidade e a posição do dedo ou da chupeta e mamadeiras, uma vez que esses aspectos influenciam nas características clínicas e nos possíveis tratamentos (SEIXAS; ALMEIDA; FATTORI, 1988; BORRIE et al., 2015)

5.3.2 Tratamento para hábitos de sucção

Aparelhos mecânicos são empregados para interromper o hábito de sucção e possibilitar a subsequente correção da mordida aberta anterior. Esses dispositivos intraorais, como as grades palatinas, exemplos de grade palatina demonstrada na figura abaixo.

Figura 13: Aparelho ortopédico cimentado grade palatina.



Fonte: BOB et al. (2014)

Atuando como lembretes para a criança, a grade palatina tem uma dupla função: impossibilitar a sucção do dedo e dificultar a interposição da língua. Ao eliminar a pressão mecânica do dedo e da língua sobre os dentes, a musculatura labial assume a responsabilidade de corrigir as alterações dento-alveolares (ALMEIDA, 1998; GURGEL, 2003). Depois de corrigir o desvio morfológico, é necessário substituir a grade palatina por uma placa de Hawley para garantir a contenção. (SILVA FILHO, 1986). Além disso, se houver mordida cruzada posterior, é importante fazer uma mecânica para corrigir a mordida. (SILVA FILHO, 1986; GURGEL, 2003).

A colaboração do paciente para usar o aparelho pelo tempo estipulado é fundamental para o sucesso do tratamento ortodôntico. Em casos de pacientes não colaboradores, pode-se considerar a instalação de um aparelho fixo. Se houver hábitos secundários decorrentes do hábito primário original, uma abordagem multidisciplinar é recomendada, envolvendo fonoaudiólogos, psicólogos e possivelmente fisioterapeutas. (BOB et al, 2014).

5.3.3 Diagnóstico de hábito de respiração bucal

A avaliação clínica pode ser realizada por meio de alguns exames, os quais devem ser conduzidos com o paciente sentado de maneira adequada, com a cabeça bem alinhada à coluna

vertebral para evitar qualquer desvio postural que possa afetar as observações. A análise deve ser iniciada antes do paciente perceber. Os respiradores bucais, mesmo sendo capazes de respirar pelo nariz, não influenciam a forma das narinas externas, pois não têm controle sobre os músculos alares. Frequentemente, contraem os orifícios nasais durante a inspiração. A dificuldade de obter ar suficiente por essa via mantém os lábios entreabertos durante a respiração relaxada. Durante esse processo, os olhos, o tórax e o abdome são observados, assim como qualquer mudança na expressão, comportamento ou movimento físico. (VIGORITO, 1993). Assim, o diagnóstico final só pode ser dado por um especialista, o otorrinolaringologista.

5.3.4 Tratamento para hábito de respiração bucal

O tratamento da respiração bucal será mais eficaz quanto mais cedo for iniciado, devido aos seus efeitos prejudiciais durante o processo de crescimento facial. Portanto, o diagnóstico precoce e a colaboração de profissionais de áreas relacionadas, como o otorrinolaringologista, o cirurgião-dentista e o fonoaudiólogo, são de suma importância (GURGEL et al., 2003).

5.3.5 Diagnóstico de hábito de deglutição atípica

Para avaliar clinicamente os movimentos normais da língua durante a deglutição, é solicitado à criança que beba líquidos ou degluta saliva para observar se a língua fará protrusão, com os lábios entreabertos ou abrindo-os com os dedos. Ao apoiar a mão no masseter, analisamos a se há contrações e movimentos ascendentes do osso hioide na cartilagem tireoide. Também é importante observar se o paciente retrai a cabeça e se há deglutição infantil. (MACHADO JUNIOR et al., 2011). Para que o processo de deglutição seja considerado normal, é essencial que haja harmonia entre os músculos periorais, mastigatórios e a língua. Qualquer desequilíbrio nesse processo pode resultar em uma deglutição atípica. (FERNANDES et al., 2010).

5.3.6 Tratamento para hábito de deglutição atípica

Para o tratamento da deglutição atípica, é essencial uma colaboração entre o cirurgião-dentista e outros profissionais da saúde, como neurologistas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos e psicólogos. O tratamento fonoaudiológico para a deglutição atípica é reeducativo, assim evitar hábitos nocivos e corrigir movimentos desajustados do sistema estomatognático em relação ao padrão normal. Inicialmente, trabalha-se na preparação da musculatura para a realização adequada da função, e posteriormente, quando os elementos

musculares envolvidos estão aptos, são feitos os ajustes nos movimentos da deglutição. (PONTES et al, 2010).

Para corrigir as consequências da deglutição atípica, uma abordagem ideal é a utilização de um novo método chamado corretor de hábitos, também conhecido como trainer for kids, conforme a figura 14.

Figura 14: Corretor de hábitos “trainer for kids”.



Fonte: PINHO (2011).

O aparelho, conhecido como "corretor de hábitos", é uma opção removível e miofuncional, com formato flexível em U, projetado para ser usado durante a fase de dentição mista na idade pediátrica. Com base em estudos sobre o tratamento precoce da deglutição atípica utilizando este aparelho, os resultados demonstram o restabelecimento da oclusão dental, correção do overjet, overbite, relação molar, inclinação dos incisivos e posição da mandíbula. É recomendado o uso contínuo do aparelho durante toda a noite, além de mais duas horas ao longo do dia, com duração aproximada de 12 meses. (CONDO, 2012).

5.3.7 Diagnóstico de hábito de morder (onicofagia)

Por meio da anamnese e exame clínico é possível observar as forças parafuncionais que leva à reabsorção apical radicular, e também é comum ter pequenas fraturas nas bordas dos incisivos, gengivite associada ao trauma contínuo, e também complicações ortodônticas e pode vir apresentar distúrbios temporomandibulares (MIYAKE, et al 2004).

5.3.8 Tratamento para hábito de morder (onicofagia)

O tratamento da onicofagia começa com o uso do aparelho de sucção, o qual é associado um tipo de mordedor de borracha. Os exercícios são alternados entre eles durante 4 minutos. Conforme o tratamento avança, o aparelho de sucção é removido, deixando apenas o

mordedor. O profissional também deve recomendar a introdução de alimentos mais firmes na dieta para estimular o hábito de mastigação. Se já houver deformações decorrentes desse hábito, como uma mordida aberta, é recomendado o uso de placas para evitar que as estruturas labiais e linguais ocupem os espaços causados pela mordida aberta e se for diagnosticado por ansiedade ser acompanhado por psicólogos e dentistas. (PINTO, 2012).

5.3.9 Diagnóstico de bruxismo

Um exame clínico precisa ser feito para um diagnóstico preciso. Um exame clínico minucioso é essencial para alcançar um diagnóstico preciso. No exame extraoral, é importante realizar a palpação da cabeça e do pescoço, incluindo os músculos e a região da articulação temporomandibular, além de avaliar o desgaste dentário, a dimensão vertical e a hipertrofia muscular.

No exame intraoral, é necessário observar a mucosa oral, as estruturas dentárias e periodontais, e analisar a quantidade e qualidade da saliva secretada, uma vez que a sua ausência ou insuficiência pode aumentar o risco de atrito dental. (SAULUE et al., 2015). É possível observar clinicamente dentes com fratura, reclamações de dores na DTM, pode ser também observada por exames radiográficos como a panorâmica.

5.3.10 Tratamento para bruxismo

Não há um tratamento específico padronizado para o bruxismo. Cada paciente deve ser avaliado individualmente, levando-se em consideração os fatores presentes, a fim de evitar complicações dentárias futuras. (CHEN et al., 2016). Quando iniciado na infância, o tratamento pode prevenir danos à saúde futura em adultos (SERRA NEGRA et al., 2010).

Na odontologia, algumas abordagens incluem proteger os dentes para reduzir o rangimento, prevenir dores e melhorar a qualidade do sono. Em casos mais graves, podem ser necessários tratamentos restauradores, ajustes na oclusão e dispositivos interoclusais/placa protetora para preservar a superfície oclusal contra atrito e desgaste (CARRA, et al., 2013).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hábitos bucais deletérios são os principais causadores de más oclusões, afetando o crescimento e a qualidade de vida dos pacientes. O diagnóstico precoce permite um tratamento reversível até os 3 anos de idade, evitando consequências na dentição decídua e mista. Uma abordagem multiprofissional, envolvendo psicólogos, fonoaudiólogos e dentistas, é essencial. É preferível investir em prevenção antes de recorrer a dispositivos ortodônticos para eliminar o hábito. A cooperação da criança é crucial para resultados satisfatórios e redução da recorrência.

Após as pesquisas bibliográficas, foi possível notar que no SUS não há preocupação com as alterações causadas pelas más oclusões e, é um tema que devia ter mais atenção, mas pelo seu alto custo de tratamento por ortodontista acaba sendo inviável. Portanto, cabe ao cirurgião dentista de qualquer unidade, identificar, avaliar e orientar os pais a respeito dos hábitos bucais, para que sejam removidos mais cedo e fisiologicamente as más oclusões voltem ao normal.

REFERÊNCIAS

ACHACHE, David. Etiologia e Tratamento de Malocclusão de Classe III: Revisão Narrativa. **PQDT-Global**, 2021.

Agurto PV, Diaz RM, Cadiz OD, Bobenrieth FK. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Rev Chil Pediatr* 1999;70(6):470- 482.

ALMEIDA R.R. et al. Mordida aberta anterior -considerações e apresentação de um caso clínico. *Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial*, v.3, n.2, p.17-29,1998.

ANGLE, E.H. Classification of malocclusion. *Dent Cosmos*. 41:248-64, 1899.

ARAÚJO, C. M. T; SILVA, G. A.P; COUTINHO, S. B. A utilização da chupeta e o desenvolvimento sensório motor oral. *Revista Cefac*, v. 11, n. 2, p. 261-267, jun. 2009.

Arebalo IR, Vedovello SAS, Milton S Jr, Mayury K. Carlos Alberto MT. Relação entre disfunção temporomandibular e mordida cruzada posterior. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, 2010; 58(3): 323-326.

ARNETT, G. W.; MCLAUGHLIN, R. P. Planejamento facial e dentário para ortodontistas e cirurgiões bucomaxilofaciais. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

BADARÓ, Isabele Lima; CORREA, Gefer Thiago Batista; PINCHEMEL, Edite Novais Borges. Desenvolvimentos de Hábitos Deletérios em Tempos de Covid-19/Developments of Deleterious Habits in Times of Covid-19. ID on line. **Revista de psicologia**, v. 15, n. 56, p. 36-43, 2021.

Bastos LVW, Tesh RS, Denardin OV. Alterações cefalométricas presentes em crianças e adolescentes com desordens da ATM nas diferentes classificações sagitais de má oclusão. *Ver Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2008;13(2):40-8.

BAUMAN, José Mansano et al. Aspectos sociodemográficos relacionados à gravidade da malocclusão em crianças brasileiras de 12 anos. **Ciência & Saúde**, 2018.

BAUMAN, José Mansano et al. Padrão epidemiológico da má oclusão em pré-escolares brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3861-3868, 2018.

BOB, ROGER KENNEDY MIRANDA et al. Tratamento de mordida aberta anterior com uso de grade palatina: relato de caso. **Uningá Review**, v. 20, n. 1, 2014.

BORRIE F.R.P. et al. Interventions for the cessation of nonnutrive sucking habits in children (Review). *Cochrane Database Syst. Rev.*, n.3, 2015. doi: 10.1002/14651858.CD008694.pub2.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Cabrera MC, Cabrera CAG, Freitas KMS, Janson G, Freitas MR. Lateral open bite: treatment and stability. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2010; 137:701-711.

Caglar E, Larsson E, Andersson EM, Hauge MS, Ogaard B, Bishara S, Warren J, Noda T, Dolci GS. Feeding, artificial sucking habits, and malocclusions in 3- year-old girls in different regions of the world. *J Dent Child* 2005, apud Cavalcanti AL, Medeiros-Bezerra PK, Moura C. Breast-feeding, bottle-feeding, sucking habits and malocclusion in brazilian preschool children *Revista de Salud Pública*. [internet] 2007; [acesso 2014 jan17]; 9 (2): 194.

CARRA, M. C.; HUYNH, N.; MORTON, P.; ROMPRÉ, P. H.; PAPADAKIS, A.; REMISE, C.; LAVIGNE, G. J. Prevalence and risk factors of sleep bruxism and wake-time tooth clenching in a 7- to 17-yr-old population. *European Journal of Oral Sciences*, vol. 119, no. 5, p. 386–394, Oct. 2011.

CARTES, Paulina Jovanna Gacitúa et al. Características principales del síndrome del respirador bucal. *RECIAMUC*, v. 4, n. 1, p. 346-354, 2020.

Carvalho CM, Carvalho LFPC. Prevalence of Anterior Open Bite among the Children Aged 3 to 5 Years in Cabedelo, PB, Brazil, and its Relationship with Deleterious Oral Habits. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, [internet] 2009.

CASAMASSIMO, Paul S. et al. *Pediatric dentistry: infancy through adolescence*, 5/e. Elsevier India, 2012.” “BOECK, Eloisa Marcantonio et al. Prevalência de má oclusão em crianças de 3 a 6 anos portadoras de hábito de sucção de dedo e/ou chupeta. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, p. 110-116, 2013.

Cavalcanti AL, Medeiros-Bezerra PK, Moura C. Breast-feeding, bottle-feeding, sucking habits and malocclusion in brazilian preschool children *Revista de Salud Pública*. [internet] 2007; [acesso 2014 jan17]; 9 (2): 194. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000200004.

CONDO, R.; PERUGIA, C.; COSTACURTA, M. Atypical deglutition: Diagnosis and interceptive treatment. A clinical study, *European Journal of Paediatric Dentistry*, v.13, n. 2, 2012.

CORRÊA MSN. *Odontopediatria na primeira infância*. 3ª edição. Livraria Santos Editora Ltda, 2010.

DA SILVA MARTINS, Flávia et al. Má oclusão e fonoaudiologia e fatores associados: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e27610111714-e27610111714, 2021.

DA SILVA, Jadson Mathyas Domingos; PINTO, Ana Cláudia Ramos; RAPOSO, Mariana Josué. Prevalência de Maloclusões em Crianças e sua Associação com Hábitos Bucais Deletérios. **SEMPESq-Semana de Pesquisa da Unit-Alagoas**, n. 6, 2018.

DA SILVA, Savana Ranyella Correia et al. Impactos da maloclusão na qualidade de vida de crianças e adolescentes: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e4510816910-e4510816910, 2021.

DE MATOS BEZERRA, Isadora Cristina et al. HÁBITOS DELETÉRIOS DE SUÇÃO NÃO NUTRITIVA EM PRÉ-ESCOLARES. **Revista da OARF**, v. 2, n. 1, p. 13-21, 2011.

DOGAN, M. C.; DOGAN, S. K.; KENDI, E. Complications of pediatric denture misuse: a case report. *Oral Health Prev. Dent.*, Balcali, 2005. 19.

Farsi NM. Symptoms and signs of temporomandibular disorders and oral parafunctions among Saudi children. *J Oral Rehabil.* 2003; 30:1200-8.

FERNANDES, L. F. T.; et al. A influência da deglutição atípica no padrão craniofacial e na morfologia mandibular. *RFO*, 2010.

FONSECA, Ariane da et al. Os hábitos bucais deletérios e o desenvolvimento das más oclusões em crianças. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 7, 2023.

Gimenez CMM, Moraes ABA, Bertoz AP, Bertoz FA, Ambrosano GB. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* Maringá, [internet] 2008; [acesso 2014 jan17]; 13(2): 70-83.

GISFREDE, Thays Ferreira et al. Hábitos bucais deletérios e suas consequências em Odontopediatria. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 73, n. 2, p. 144, 2016.

GOMES CF, Trezza EMC, Murade ECM, Padovani CR. Avaliação eletromiográfica com eletrodos de captação de superfície dos músculos masseter, temporal e bucinador de lactentes em situação de aleitamento natural e artificial. *J Pediatr.* 2006.

Gonçalves LPV, Toledo OA, Otero SAM. The relationship between bruxism, occlusal factors and oral habits. *Dental Press J. Orthod.* 2010; 15(2):97-104.

GROSSMANN E, SIQUEIRA JTT, SIQUEIRA SRDT. Algias neuropáticas orofaciais. *Revista Dor*, vol. 17, supl. 1. São Paulo, 2016.

GURGEL, J.A. et al. A terapia multidisciplinar no tratamento da respiração bucal e do hábito prolongado de sucção digital ou de chupeta. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*, v.8, n.3, p. 81-91, 2003.

Hodges ED, Allen K, Durham T. Nail-biting and foreign body embedment: a review and case report. *Pediatr Dent.* 1994; 16:236-8.

KOYANO, K.; TSUKIYAMA, Y.; ICHIKI, R.; KUWATA, T. Assessment of bruxism in the clinic. *Journal of Oral Rehabilitation*, vol. 35, no. 7, p. 495–508, Jul. 2008. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2842.2008.01880.x>. Acesso em: 07 jul.2020.

LABERGE, L.; TREMBLAY, R. E.; VITARO, F.; MONTPLAISIR, J.; PHD, C. Development of Parasomnias From Childhood to Early Adolescence. *Pediatrics*, vol. 106, no. 1, p. 67–74, 1 Jul. 2000.

LAVIGNE, G. J.; KHOURY, S.; ABE, S.; YAMAGUCHI, T.; RAPHAEL, K. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. *Journal of Oral Rehabilitation*, vol. 35,

no. 7, p. 476–494, Jul. 2008. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2842.2008.01881.x>. Acesso em: 01 jul.2020.

LAVIGNE, G. J.; MONTPLAISIR, J. Y. Restless legs syndrome and sleep bruxism: prevalence and association among Canadians. *Sleep*, vol. 17, no. 8, p. 739–43, Dec. 1994.

Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Rapoport JL. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine treatment of severe onychophagia (nail biting). *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48:821-7.

Leite ISG. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. *Rev. Assoc. Paul. Cirur. Dent.*, Santo Amaro, v. 53, n. 2, p. 151-156, 1999.

Lino AP. Hábitos e suas influências na oclusão. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. *Ortodontia/Ortopedia funcional dos maxilares*. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 69-79.

LOBBEZOO, F.; AHLBERG, J.; RAPHAEL, K. G.; WETSELAAR, P.; GLAROS, A. G.; KATO, T.; SANTIAGO, V.; WINOCUR, E.; DE LAAT, A.; DE LEEUW, R.; KOYANO, K.; LAVIGNE, G. J.; SVENSSON, P.; MANFREDINI, D. International consensus on the assessment of bruxism : Report of a work in progress. *Journal of Oral Rehabilitation*, v.45, p. 837–44, 2018. Disponível em: DOI. Acesso em: 20 jul.2020.

Locks A, Weissheimer A, Ritter DE, Ribeiro GLU, Menezes LM. Mordida cruzada posterior: uma classificação mais didática. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2008;3(2):146-8.

LOPES MONTEIRO, S.; NOJIMA, M. C. G.; NOJIMA, L. I. *Ortodontia Preventiva X Ortodontia Interceptativa: Indicações e Limitações*. J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial, Rio de Janeiro, 2003.

MACHADO, E.; DALFABBRO, C.; CUNALI, P. A.; KAIZER, O. B. Prevalence of sleep bruxism in children: A systematic review. *Dental Press Journal of Orthodontics*, vol. 19, no. 6, p. 54–61, Dec. 2014.

MACHADO JÚNIOR, A. J.; CRESPO, A. N. Avaliação postural em crianças com deglutição atípica: estudo radiográfico. *J Soc Bras Fonoaudiol*, v. 24, n. 2, p. 125-9, 2012.

Machado Júnior, Almiro J., and Agrício N. Crespo. "Influence of mandibular morphology on the hyoid bone in atypical deglutition: a correlational study." *International Journal of Orofacial Myology*, 2011.

MANFREDINI, D.; RESTREPO, C.; DIAZ, S.K.; WINOCUR, E.; LOBBEZOO, F. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review of the literature. *Journal of Oral Rehabilitation*, vol. 40, no. 8, p. 631–642, Aug. 2013. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/joor.12069>. Acesso em: 10 jul.2020.

MARCHESAN, I. *Deglutição – Diagnóstico e possibilidades terapêuticas*. [S.I.; s.n.,2016] Disponível em: Acesso em: 23 de setembro de 2018.

MALTAROLLO, Thalya Horsth et al. Hábito deletério não nutritivo: sucção digital e a consequência mordida aberta. **E-Acadêmica**, v. 2, n. 1, p. e042122-e042122, 2021.

MARCANTONIO, Camila Chierici et al. Associação de condições socioeconômicas, saúde bucal, hábitos orais e má oclusão com o desempenho escolar de escolares de 5 anos. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 50, p. e20210054, 2021.

MARTINS, Bruna Serrano et al. Métodos usados para remoção dos hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta em crianças do município de Mutum-MG. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 12, n. 4, 2010.

Martins DC. Avaliação das disfunções temporomandibulares no exame ortodôntico inicial. Ver Dent Press Ortodon Ortop Facial. 2000;5(1):12-16.

MENDES, Filipa Raquel da Silva. Sucção digital: implicações no desenvolvimento dentário. 2012.

Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012; [acesso em 2019 jul 13]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

Monteiro VR, SM Brescovici, SE Delgado. A ocorrência de ceceo em crianças de oito a 11 anos em escolas municipais Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009;14(2):213-8.

MOREIRA, Andressa Ferreira et al. Impacto da má oclusão na dentição decídua e permanente na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 72, n. 1/2, p. 70, 2016.

Moura C, Cavalcanti AL, Gusmão ES, Soares RSC, Moura FTC, Santillo PMH. Negative self-perception of smile associated with malocclusions among Brazilian adolescents. Acessado em 16 de junho de 2012.

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

Mutz B, Sturmer D. Is stress higher in nail biters? An examination of survey data. Soc Work Res. 2005; 25:1-15.

NOVAES M.S.P.; VIGORITO J.W. Respiração bucal: aspectos gerais e principais metodologias empregadas para avaliação. Ortodontia, v.26, n.3, p.43-52, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. Santos, 1991.

OKESON JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 6. ed. 12 Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 515 p.

PASSOS, Maria Moniz; FRIAS-BULHOSA, José. Hábitos de sucção não nutritivos, respiração bucal, deglutição atípica-Impactos na oclusão dentária. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, v. 51, n. 2, p. 121-127, 2010.

PEREIRA, Mayara Rodrigues et al. Prevalência de má oclusão em crianças de quatro anos de idade e fatores associados na Atenção Primária à Saúde. **Stomatós**, v. 23, n. 45, 2017.

PEREIRA, Vanessa Polina; SCHARDOSIM, Lisandrea Rocha; DA COSTA, Catiara Terra. Remoção do Hábito de Sucção de Chupeta em Pré-escolares: apresentação e avaliação de uma estratégia motivacional. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 50, n. 3, p. 29-33, 2009.

PINHEIRO JC, et al. A inter-relação da oclusão dentária com a amamentação e os hábitos deletérios da criança: Uma revisão de literatura. **Revista da RvACO**, 2020; 9(2): 8-10.

PINHEIRO, Juliana Campos et al. A INTER-RELAÇÃO DA OCLUSÃO DENTÁRIA COM A AMAMENTAÇÃO E OS HÁBITOS DELETÉRIOS DA CRIANÇA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Revista da AcBO-ISSN 2316-7262**, v. 9, n. 2, 2020.

PINHO, Teresa. A ortodontia intercetiva nas deformidades dento-maxilares. **Nascer e crescer**, v. 20, n. 20 (3), p. S192-S196, 2011.

PINTO ACR, et al. Prevalência de maloclusões em crianças escolares e sua associação com hábitos bucais deletérios. **Diversitas Journal**, 2020; 5(3): 1818-1827.

PINTO VG. Saúde bucal coletiva. 6ª edição. Guanabara Koogan. 720 p. 2014.

PIZZOL, Karina Eiras Dela Coleta et al. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 35, n. 2, p. 157-163, 2013.

PONTES, R. T.; et al. Alterações da fonação e deglutição na Esclerose Lateral Amiotrófica: Revisão de Literatura. *Rev. Neurocienc*, 2010.

PRESTES, Carla Pantaleão; WEBER, Janaina Jeane; SANTANA, Ana Laura Valadão. HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS E SEUS PREJUÍZOS NA ODONTOPEDIATRIA. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 14, n. 2, 2022.

RAITZ, Ricardo; SABER, Marcos; DE JESUS, Helena Benites. Tratamento ortodôntico da mordida aberta anterior causada por hábitos deletérios. **Revista de Atenção a Saúde**, v. 8, n. 25, 2010.

RAKOSI, T., IRMTRUD, J., GRABER, T. Ortodontia e ortopedia facial: diagnóstico. Porto Alegre: Artmed, 1999. 271p.

Reddy S, Sanjai K, Kumaraswamy J, Papaiah L, Jeevan M. Oral carriage of enterobacteriaceae among school children with chronic nail-biting habit. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2013 May;17(2):163-8.

RÉDUA, R. B.; KLOSS, P. C. A.; FERNANDES, G. B.; DA SILVA, P. L. F. Bruxismo na infância – aspectos contemporâneos no século 21 – revisão sistemática. *Full Dentistry in Science*, vol. 10, no. 38, p. 131–137, 2019.

Sabbatini IF. Avaliação dos componentes anatômicos do sistema estomatognático de crianças com bruxismo, por meio de imagens obtidas por tomografia computadorizada cone beam. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. Universidade do Estado de São Paulo, São Paulo, 2012.

Santos ECA, Bertoz FA, Pignatta LMB, Arantes FM. Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. Rev Dental Press Ortod Ortop Facial. 2006 apud Arebalo IR, Vedovello SAS, Milton S Jr, Mayury K. Carlos Alberto MT. Relação entre disfunção temporomandibular e mordida cruzada posterior. RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, 2010; 58(3): 323- 326.

SANTOS SA dos, Holanda ALF de, Sena MF de, Gondim LAM, Ferreira M Ângela F. Nonnutritive sucking habits among preschool-aged children. J Pediatr (Rio J). 2009

Sari S, Sonmez H. The relationship between occlusal factors and bruxism in permanent and mixed dentition in Turkish children. J Clin Pediatr Dent. 2001, Spring;25(3):191-4.

SEIXAS, C.A.O; ALMEIDA, E.F; FATTORI, L. Diagnóstico, prevenção e tratamento precoce para hábitos bucais deletérios. J. Bras. Ortod. Ortop. Maxilar., v.3, n.14, p.53-60,1988.

SERRANEGRA, J. M.; RAMOS-JORGE, M. L.; FLORES-MENDOZA, C. E.; PAIVA, S. M.; PORDEUS, I. A. Influence of psychosocial factors on the development of sleep bruxism among children. International Journal of Paediatric Dentistry, vol. 19, no. 5, p. 309–317, 2009.

SERRANEGRA, J.; TIRSA-COSTA, D.; GUIMARÃES, F.; PAIVA, S.; PORDEUS, I. Evaluation of parents/guardian knowledge about the bruxism of their children: Family knowledge of bruxism. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry, vol. 31, no. 3, p. 153, 2013.

Silveira, M. F., Freire, R. S., Nepomuceno, M. O., Martins, A. M. E., Marcopito, L. F. (2016). Gravidade da maloclusão em adolescentes: estudo de base populacional no norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública.** 50(11). 1-10.

Siqueira et. al (2021), SIQUEIRA, L.; MACHADO, C.; RIPPLINGER, T.; DA COSTA, C. Diagnóstico do bruxismo infantil: uma revisão da literatura para auxiliar o cirurgião-dentista. Revista da Faculdade de Odontologia - UPF, v. 25, n. 2, p. 311-318, 2 jun. 2021.

SOARES-MAFFEI, Marlussy et al. RELAÇÃO DO DESMAME PRECOCE COM HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA. **Scientific-Clinical Odontology**, v. 15, n. 4, 2016.

SOUSA, H. C. S.; LIMA, M. de D. M. de; DANTAS NETA, N. B.; TOBIAS, R. Q.; MOURA, M. S. de; MOURA, L. de F. A. de D. Prevalência e fatores associados ao bruxismo do sono em adolescentes de Teresina, Piauí. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol. 21, 28 May 2018.

Tanaka OM, Vitral RW, Tanaka GY, Guerrero AP, Camargo ES. Nailbiting, or onychophagia: a special habit. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2008; 134(2): 305-8.

Thilander B, Pena L, Mayorga C. Prevalence of temporomandibular dysfunction and its Association with malocclusion in children and adolescents: an epidemiologic study related to

specified stages of dental development. Angle Orthod. 2002 apud Arebalo IR, Vedovello SAS, Milton S Jr, Mayury K. Carlos Alberto MT. Relação entre disfunção temporomandibular e mordida cruzada posterior. RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, 2010; 58(3): 323-326.

THORPY, M. J. Classification of Sleep Disorders. Neurotherapeutics, vol. 9, no. 4, p. 687–701, 14 Oct. 2012

TOLEDO OA. Odontopediatria, fundamentos para a prática clínica. Editora Premier LTDA, 4ª ed. 2012.

Valença AMG, Vasconcelos FGG, Cavalcanti AL, Duarte RC. Prevalência e características de hábitos orais em crianças. Pesqui Bras Odontoped Clin Integr 2001;1(1):17- 24.

VAN SELMS, M. K. A.; VISSCHER, C. M.; NAEIJE, M.; LOBBEZOO, F. Bruxism and associated factors among Dutch adolescents. Community Dentistry and Oral Epidemiology, vol. 41, no. 4, p. 353–363, 2013. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/cdoe.12017>. Acesso em: 30 jun.2020.

VASCONCELOS, F. et al. (2011). Non-nutritive sucking habits, anterior open bite and associated factors in Brazilian children aged 30-59 Months. Braz. Dent. J., 22 (2), pp.140-145.

VIAZIS A. D. Atlas de ortodontia Avançada – Um guia para eficiência clínica. São Paulo. Ed. Santos, 1999.

Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. Arch Dis Child. 2004; 89(12): 1121-3.

VINHA PP. et al. Alterações morfofuncionais decorrentes do uso da mamadeira. In: Issler H. O aleitamento materno no contexto atual - políticas, práticas e bases científicas. Ed. Sarvier, 200

WALDOLATO, Amandi et al. MÁ OCLUSÃO E HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS: uma revisão crítica. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 1, n. 2, p. 35-45, 2015.

WALKER BA, Ziskind E. Relationship of nail biting to sociopathy. J Nerv Ment Dis. 1977;164(1):64-5.

WEINLANDER MM, Lee SH. Suicidal age and childhood onychophagia among neurotic veterans. J Clin Psychol. 1978; 34:31-2.

WEISS.P. Sucking on the Breast and on the Bottle. 2003.

WELLS JH, Haines J, Williams CL. Severe morbid onychophagia: the classification as self-mutilation and a proposed model of maintenance. Aust N Z J Psychiatry. 1998; 32:534-45.