

Filipa Raquel da Silva Mendes

SUCÇÃO DIGITAL- IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DENTÁRIO



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Porto, 2012



Filipa Raquel da Silva Mendes

SUCÇÃO DIGITAL- IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DENTÁRIO



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Porto, 2012

Autor: Filipa Raquel da Silva Mendes

Título do trabalho: " Sucção digital - implicações no desenvolvimento da dentição "

Atesto a originalidade do trabalho: \_\_\_\_\_

Trabalho apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos requisitos  
para obtenção do grau de Mestre em Medicina  
Dentária.

## **Resumo**

Durante os últimos dez anos, o número de estudos científicos em torno do tema sucção digital aumentou bastante. De facto, o interesse em ver esclarecidas questões pertinentes tem-se revelado um bom incentivo, apesar de ainda hoje existirem muitas controvérsias, quer nos resultados obtidos, quer na sua interpretação.

Tudo começa pelo facto da sucção digital ser um hábito passível de ter início ainda na vida intrauterina. Mas, após o nascimento, tudo indica que o seu aparecimento está relacionado com uma insatisfação fisiológica de sucção, característica do bebé, que deveria ser saciada com a amamentação. No entanto, apesar de ser já uma premissa reconhecida pela Organização Mundial de Saúde de que a amamentação deve ser exclusiva e prolongar-se pelos primeiros seis meses de vida, a necessidade económica das famílias obriga a mãe a ter que trabalhar, impossibilitando-a de dispensar o tempo necessário para o bebé e levando a que não haja possibilidade de cumprir este tempo recomendado.

Por outro lado, o conhecimento acerca das consequências que este hábito nocivo traz para o desenvolvimento dentário da criança nem sempre se revela positivo. Muitos pais desconhecem que o prolongar dos hábitos de sucção não nutritivos por uma idade superior a quatro anos vai dificultar o abandono do hábito e agravar ainda mais os efeitos orais negativos.

É urgente determinar qual a melhor forma de ajudar na prevenção do desenvolvimento destes hábitos, mesmo sendo necessário adaptá-la a cada indivíduo, uma vez que não somos todos iguais e por isso uma solução encontrada para uns pode não ser a melhor para outros.

“Um hábito não é uma necessidade.” (Fernando Pessoa, 1934)

## **Abstract**

During the past ten years, the number of scientific studies has raised. The need to clarify some relevant questions has become a good incentive, although there are still many controversies, either in the results or their interpretation.

Everything starts with the fact that digital sucking is a habit with early intrauterine life. But, after birth, it seems that its appearance is related with the physiological suction dissatisfaction that should be satiated with breastfeeding. However, despite being a premise recognized by the World Health Organization that the breastfeeding need to be exclusive and have to extend up to six months of life, the family's economical needs force mothers to go to work, making it impossible to dispense the necessary time to the baby and they can't accomplish this recommended time.

On the other hand, the knowledge of the consequences that this harmful habit brings to the child's dental development is poor. Many parents don't know that the extension of the non nutritive sucking habits aged over four years will hinder their removal and exacerbate the negative oral effects.

It's urgent to find out the best way to help in this habits prevention even that is necessary to adapt to each subject, once we aren't all equal and therefore the solution to one may not be the best for other.

*"A habit is not a necessity." (Fernando Pessoa, 1934)*

## **Dedicatória**

Aos meus pais e irmão, porque sem o esforço deles, nunca teria chegado ao fim desta bela caminhada. Por todos os sacrifícios, por todos os conselhos e por toda a paciência nas horas de maior ansiedade.

Ao meu namorado, Américo Tavares, que muitas vezes me deu força para virar a página deste grande livro que é a Medicina Dentária.

Às minhas queridas amigas Filipa Amaral, Ângela Azevedo, Sara Ribeiro, Bianca Chaves, Patrícia Mota, Joana Sousa, Filipa Alves e Mariana Rios por terem criado momentos, dito palavras e oferecido sentimentos que jamais serão esquecidos e que eu conto que se continuem a repetir.

Ao meu grupo de amigos de sempre, porque com eles eu sinto que posso ser eu mesma sem que me julguem, pois é como se estivesse entre família.

Para que todos à minha volta possam saciar um pouco dessa sede de conhecimento sobre Medicina Dentária. Isso torna a minha profissão ainda mais importante para mim.

## **Agradecimentos**

Os meus primeiros agradecimentos vão para a minha orientadora, Dr.<sup>a</sup> Maria Gabriel, pelo empenho e esforço sobre-humano que dedicou a este projeto e pela disponibilidade constante com que sempre me recebeu. O meu muito obrigado.

Aos restantes docentes e funcionários da universidade, que direta ou indiretamente me ensinaram e ajudaram a construir a escada que, com certeza me vai levar a um novo patamar da minha vida.

Aos meus pais, irmão e namorado que, apesar dos momentos difíceis, me ensinaram a lutar e a dar tudo de mim para alcançar os meus objetivos.

Aos meus colegas e amigos universitários pela ajuda e motivação, pelos risos e discussões (produtivas) que serviram para solidificar a minha personalidade.

Agradeço, incondicionalmente, à minha binómia, Filipa Amaral, que me ajudou a escolher o tema e, claro, pela amizade e companheirismo incomparáveis com que me brindou e que eu espero que durem para a vida.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha amiga Juliana Pais, por ter enriquecido a minha tese de mestrado com a sua maravilhosa literatura. Obrigada por teres estado sempre presente para ouvir as minhas lamentações e me dares o mais precioso dos conselhos como só tu sabes fazer.

As pessoas felizes lembram-se do passado com gratidão, alegram-se com o presente e enfrentam o futuro sem medo! Obrigada a todos por fazerem parte da minha vida.

## Índice Geral

Índice de Figuras .....	i
Abreviaturas e Siglas .....	ii
I. Introdução.....	1
II. Materiais e Métodos.....	4
III. Desenvolvimento .....	5
1. Desenvolvimento do reflexo de sucção .....	5
2. Hábito de sucção digital na vida embrionária.....	6
i. Estimulação da sucção não nutritiva em bebês prematuros .....	9
3. Etiologia.....	12
i. Teorias explicativas.....	13
4. Diagnóstico .....	14
i. Fatores de confusão no diagnóstico .....	14
5. Morfologia facial: a sua relação com os hábitos.....	15
6. Forma de alimentação realizada nos primeiros meses de vida .....	16
i. Amamentação.....	16
ii. Aleitamento.....	19
iii. Amamentação versus aleitamento .....	19
iv. Fisiologia da sucção na amamentação .....	22

v. Desmame precoce .....	24
7. Descrição do mecanismo de sucção consoante os dedos utilizados .....	25
8. Efeitos na cavidade oral .....	26
i. Medida das arcadas dentárias.....	32
9. Idade apropriada para abandono do hábito .....	33
i. Formas de remoção do hábito .....	35
10. Chupeta ortodôntica .....	37
IV. Conclusão .....	40
V. Bibliografia .....	43

## Índice de Figuras

Figura 1- Vários tipos de sucção não nutritiva	3
Figura 2- Esquema ilustrativo da embriogénese da cavidade oral	7
Figura 3- Ultrassonografia de um feto a realizar sucção do polegar	8
Figura 4- Sucção digital na vida intrauterina	8
Figura 5- Técnica de estimulação da sucção não nutritiva- dedo enluvado	11
Figura 6- Colocação correta da boca do bebé no mamilo	22
Figura 7- Procedimento adequado de amamentação	23
Figura 8- Sucção do polegar	25
Figura 9- Sucção do indicador e dedo médio	25
Figura 10- Esquema ilustrativo dos efeitos da sucção digital na cavidade oral	28
Figura 11- Chupeta convencional e chupeta ortodôntica	38

## **Abreviaturas e Siglas**

DTM- Disfunção temporomandibular

## I. Introdução

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica sobre o tema “Sucção digital- implicações no desenvolvimento da dentição”.

A escolha deste tema surgiu com a necessidade de procurar algumas respostas para questões pertinentes que são a origem de muitas controvérsias e desacordos, tais como a idade a partir da qual o hábito de sucção é considerado nocivo para a criança, a possível relação entre o desenvolvimento do hábito e o tipo de alimentação realizado nos primeiros meses de vida, as principais alterações oriundas deste hábito de sucção não nutritivo, os métodos de prevenção mais eficazes ou mesmo se o abandono do hábito é ou não simples, entre muitas outras.

De facto existe um rol de questões em torno deste tema que demandam esclarecimento científico, para que uma solução mais fidedigna possa ser formulada e aplicada, com as devidas alterações, de forma a tornar possível responder às diferentes exigências de cada sujeito, uma vez que, como se sabe, não existem duas pessoas exatamente iguais.

Hábito, é uma palavra definida por Moresca, C. & Feres, M., (1994) como sendo um reflexo inato que confere prazer e/ou satisfação.

A morfologia do aparelho estomatognático é o resultado da atuação de diferentes fatores, tais como os genéticos, ambientais, morfológicos e fisiológicos. (Graber, T. 1974)

A mastigação, a respiração nasal e a deglutição são denominados hábitos fisiológicos e funcionais, já a sucção digital, o biberão e a chupeta são considerados hábitos não fisiológicos ou parafuncionais, (Cavalcanti, A. *et al.* 2007 *cit in* Agurto, P. *et al.* 1999) e tendem a desenvolver-se na infância, estando fortemente associados a fatores emocionais e nutricionais (figura 1). (Cavassani, V. *et al.* 2003)

Enquanto os hábitos fisiológicos têm um papel determinante no crescimento craniofacial e na fisiologia do sistema estomatognático, (Tenório, M. *et al.* 2005) os

hábitos de sucção não nutritivos interferem no desenvolvimento normal dos maxilares, favorecendo o aparecimento de uma oclusão incorreta, alterações na fonação e na deglutição. (Tanaka, O. *et al.* 2004)

Estas alterações manifestadas no aparelho estomatognático da criança fazem com que aumente, cada vez mais, a preocupação tanto dos progenitores como dos profissionais de saúde em relação ao hábito de sucção digital. (Moresca, C. & Feres, M., 1994)

Os hábitos de sucção não nutritiva mais comuns nas crianças são o dedo e a chupeta (Valdrighi, H. *et al.* 2004 *cit in* Walter *et al.* 1997) e para os dentistas, o primeiro parece ser o fator etiológico de má oclusão mais difícil de corrigir. (Tenório, M. *et al.* 2005).

O período de substituição da dentição decídua pela dentição permanente está associado com a total adaptação e função da musculatura perioral, sendo que é nesta altura que os hábitos de sucção não nutritivos surtem os piores efeitos na oclusão das crianças. (Yokota, R. *et al.* 2007)

Rakosi, T. *et al.* (1993) determinam que quando se exclui a predisposição genética, a relação entre disfunção orofacial e má oclusão é determinada por três fatores essenciais: a intensidade, a duração e o tipo de hábito de sucção.

Segundo Moresca, C. & Feres, M., (1994) o passar dos anos fez aumentar o número de estudos em torno deste tema, com o objetivo de chegar a uma conclusão mais segura sobre a melhor opção de tratamento.

Mas apesar desta ainda não estar bem delineada, Furtado, A. & Vedovello, M. (2007) concordam que para os profissionais de saúde, a amamentação é muito importante para que a criança tenha um crescimento e desenvolvimento plenos. Por isso, os autores destacam a importância da amamentação ocorrer, pelo menos, durante os primeiros 6 meses de vida. (Cavalcanti, A. *et al.* 2007)

Para Almeida, J. & Novak, F. (2004), o avanço do conhecimento científico tem provado que o ato de realizar a amamentação durante estes primeiros meses oferece não só as

propriedades biológicas ímpares do leite humano, como também se tem mostrado um bom aliado nas questões económicas, que por vezes causam tanto impacto no ambiente familiar.

São muitas as questões colocadas em torno deste tema, sendo que as mais pertinentes pretendem determinar qual o grau de prejuízo oriundo deste hábito, a idade a partir da qual o hábito de sucção se torna prejudicial e se existe alguma relação com o desenvolvimento psicológico da criança. (Moresca, C. & Feres, M., 1994)

Como afirma Graber, T. (1974), existe um limite muito ténue a dividir o que é normal do que é anormal, assim como o que é fisiológico e o que é patológico e as decisões só se aprimoram com a experiência clínica, a aprendizagem e a tendência filosófica do dentista.



Figura 1- Vários tipos de sucção não nutritiva. Disponível em: <http://fonorientando.wordpress.com/>

## II. Materiais e Métodos

A pesquisa bibliográfica realizada consistiu na consulta de três bases de dados: MedLine ([www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)), ScienceDirect ([www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)) e Scielo ([www.scielo.org/php/index.php](http://www.scielo.org/php/index.php)).

Na base de dados da Medline, a pesquisa foi feita com os termos: “Fingersucking” AND “Malocclusions” AND “Published last 10 years” NOT “Therapy”. Também foi selecionada a opção de preferência por língua portuguesa, inglesa e espanhola. Desta pesquisa surgiram 35 artigos, dos quais 10 se revelaram ser de interesse para a revisão bibliográfica.

Na base de dados da ScienceDirect, foram utilizados dois termos na pesquisa, ambos com a limitação de tempo de 10 anos (2002-2012) selecionada, assim como a opção “Journal”. As palavras-chave usadas foram “Thumb-sucking” and “Malocclusion”. Desta pesquisa resultaram 101 artigos, dos quais 3 se mostraram de interesse. Com o termo “Non nutritive sucking habits” obtive 77 artigos, sendo que foram utilizados 5.

Na base de dados da Scielo, a pesquisa foi feita com quatro termos diferentes, todos eles com a opção ano decrescente selecionada, por forma a facilitar o reconhecimento dos artigos incluídos entre 2002 e 2012. É necessário salientar que nas diferentes pesquisas, muitos artigos eram repetidos. O primeiro termo utilizado foi “Sucção digital”. Daqui surgiram 29 artigos, dos quais foram retirados 11. O segundo foi “Thumb sucking”. Daqui resultaram 14 artigos, sendo que 4 se mostraram interessantes. O terceiro termo foi “Non nutritive sucking”. Nesta pesquisa surgiram 52 artigos, dos foram usados 14 e, por fim, o quarto foi “Sucção não- nutritiva”. O resultado foi de 56 artigos, sendo que se revelaram de interesse 6.

No total, foram utilizados 52 artigos científicos.

Foram ainda consultados 2 livros, disponíveis na biblioteca de saúde da Universidade Fernando Pessoa e 3 livros gentilmente cedidos pela orientadora.

### III. Desenvolvimento

#### 1. Desenvolvimento do reflexo de sucção

Todos os bebés possuem, ao nascer, dois estados de fome- a fome fisiológica e a fome neural. Enquanto a primeira fica saciada em pouco tempo, através do processo de amamentação, a segunda tem necessidade de maior tempo de sucção, mesmo quando a fome fisiológica já se encontra satisfeita. (Bervian, J. *et al.* 2008)

É por sentirem necessidade de saciar este desejo de sucção que muitas vezes os bebés desenvolvem este hábito. Mas Hussyeen, A. *et al.* (2009) explicam que a sucção digital característica de muitos bebés só poderá ser considerada um hábito se se tornar contínua e perdurar por vários meses pós-nascimento. Outros autores que corroboram com esta afirmação são Aguiar, K. *et al.* (2005) que, no seu estudo, descrevem que um hábito, no início, tem participação consciente mas com o tempo, devido às sucessivas repetições, automatiza-se e torna-se inconsciente.

Para Pinto, A. *et al.* (1997) o bebé, inicialmente, não consegue distinguir o limite entre o “eu” e a sua mãe, sentindo-se como um só. Esta fase é denominada de simbiose. Só a partir dos 6 a 7 meses de idade é que a criança consegue aperceber-se do limite entre o “eu” e o ambiente que a rodeia.

De facto, os bebés que nascem em condições normais, por si só já estão capacitados para realizarem a sucção, ou seja, obterem o seu alimento por meio da via oral, tal como defende o autor Caetano, L. *et al.* (2003) que refere que o neonato normal a termo possui, ao nascimento, condições de receber o alimento por via oral sem que haja prejuízo para as suas funções vitais.

Moresca, C. & Feres, M. (1994) salientam também, que associado ao nascimento está o reflexo de sucção e o padrão de deglutição infantil conhecido pela posição da língua entre os rebordos alveolares, que são os responsáveis por facilitar o correto desempenho do bebé durante o ato de amamentação.

Graber, T. (1974) reforça ainda mais esta ideia, afirmando que a capacidade de sucção que o recém-nascido possui tão bem desenvolvida garante, não só a alimentação, como a sensação de bem-estar e prazer tão importantes nesta fase da vida.

Além disso, os lábios do lactante são o órgão sensorial de comunicação com o cérebro mais bem desenvolvido. (Graber, T. 1974)

A etapa de coordenação entre a boca, as mãos e os olhos ocorre a partir do 5º mês de vida, a partir do qual o bebê utiliza a boca como um meio de descobrir e investigar tudo o que lhe interessa. (Silva, E. 2006 *cit in* Gellin, M. 1978)

A necessidade de sucção diminui, tanto física como psicologicamente, com a introdução do alimento sólido. Apesar de preferir realizar a sucção, a criança aprende a mastigar e a morder entre os 6 e os 18 meses de idade. Com o desmame gradual, a criança vai-se libertando da fase oral, dando continuidade ao processo de maturação sem qualquer receio ou sentimento de abandono. (Pinto, A. *et al.* 1997)

## **2. Hábito de sucção digital na vida embrionária**

Existem evidências científicas que mostram imagens radiográficas de bebês a realizarem sucção na vida intrauterina, quer do dedo, quer de algumas estruturas que o envolvem. Este é, de facto, um hábito que o bebê possui, pois muito cedo se desenvolve com o intuito de saciar a necessidade fisiológica de sucção.

Ao analisar o desenvolvimento embrionário, Moresca, C. & Feres, M. (1994) destacam que a maturação do sistema estomatognático se realiza de uma forma precoce em comparação com a musculatura esquelética, sendo, a sucção a primeira forma pela qual o feto se alimenta (figura 2).

Entre a sétima e a oitava semana de vida intrauterina é possível identificar um esboço da cavidade oral e dos germens dentários. (Pinto, A. *et al.* 1997)



Figura 2- Esquema ilustrativo da embriogênese da cavidade oral. Adaptado de Bönecker, M. *et al.* (2001)

Barrêto, E. *et al.* (2003) citando Barnet, 1978, descrevem a sucção como um ato tão inerente ao feto que, mesmo alimentado pela placenta, este succiona a língua, lábio e dedo.

Sendo um reflexo, a sucção é realizada de forma involuntária e pode ser observada nos movimentos fetais e nos recém-nascidos. (Tenório, M. *et al.* 2005)

O recurso à ultrassonografia tem-se revelado um método bastante eficaz na observação de sinais de sucção digital em fetos (figuras 3 e 4). (Tenório, M. *et al.* 2005)

Apesar de não ser muito precisa entre os diferentes autores, a data a partir da qual é possível visualizar os movimentos de sucção nos fetos, no geral, a maioria concorda que estes reflexos de sucção e deglutição aparecem a partir da 17<sup>a</sup> semana de gestação, mesmo o feto estando ainda bloqueado a nível neuro motor. No entanto, a coordenação de sugar, deglutir e respirar é apenas observada a partir da 32<sup>a</sup> a 34<sup>a</sup> semana de gestação. (Caetano, L. *et al.* 2003)

No estudo realizado por Tenório, M. *et al.* (2005), foram avaliadas 55 grávidas e os seus bebés, através da aplicação de um aparelho de ultrassons com capacidade de deteção de movimentos do feto. As mulheres grávidas foram avaliadas numa fase pré-natal e numa fase pós-natal. Os autores salientam que a probabilidade de ocorrerem sinais de sucção não está relacionada nem com a saúde, nem com o estado de satisfação da gestante, assim como a presença deste hábito na vida intrauterina não significa que vá surgir após o nascimento. No entanto, aconselham que o médico que realiza a ultrassonografia avise a gestante para que esta previna a persistência do hábito após o nascimento.



Figura 3- Ultrassonografia de um feto a realizar sucção do polegar. Tenório, M. *et al.* (2005)



Figura 4- Sucção digital na vida intrauterina. Disponível em: <http://leandrafono.blogspot.pt/2011/06/habitos-de-succao-na-infancia.html>

### **i. Estimulação da sucção não nutritiva em bebês prematuros**

Harila, V. *et al.* (2007) definem que o nascimento prematuro é aquele que ocorre antes das 37 semanas completas de gestação e está, normalmente, associado a baixo peso.

Um recém-nascido prematuro pode encontrar-se em risco, uma vez que não está anatomofisiologicamente bem desenvolvido, o que o predispõe a determinadas dificuldades na sua adaptação à vida pós-natal. (Caetano, L. *et al.* 2003)

Harila, V. *et al.* (2007) citando Usher, R. (1981) acrescentam que as crianças prematuras têm dificuldade na adaptação à vida extrauterina devido ao pobre desenvolvimento e imaturidade de determinados órgãos que muitas vezes dão origem a complicações e infeções no período que se segue ao nascimento.

O nascimento prematuro pode representar a origem do desenvolvimento deficiente da dentição, interferindo com a erupção dos dentes decíduos e mais tarde com os definitivos, promovendo aparecimento de hipoplasias de esmalte, quer generalizadas, quer localizadas, cáries dentárias, e deformações do palato. (Harila, V. *et al.* 2007 *cit in* Seaw, W. 1988)

Apesar do reflexo de sucção estar presente na vida intrauterina, a sua coordenação com a respiração e a deglutição só se dão por volta da 32<sup>a</sup> a 34<sup>a</sup> semana, daí alguns bebês prematuros necessitarem de ser estimulados através da sucção não nutritiva para mais rapidamente estarem aptos a receber alimentação oral. Só que a sucção pelo biberão é diferente da que é realizada no seio da mãe, o que muitas vezes leva a que o bebé rejeite a mama e ocorra, com isso, o desmame precoce. (Neiva, F. & Leone, C. 2007 - B)

Kao, A. *et al.* (2011) salientam as vantagens de se proceder à estimulação não nutritiva dos bebês prematuros, uma vez que esta, entre outras coisas, promove o batimento cardíaco, estimula a musculatura oral, regula os estados de consciência, ajuda na digestão e acelera a transição para a alimentação por via oral.

Harila, V. *et al.* (2007) ao estudarem 328 crianças prematuras e 1804 crianças com parto normal, concluíram que existe maior prevalência de mordida aberta anterior associada ao hábito de sucção nas crianças prematuras.

Neiva, F & Leone, C. (2006) desenvolveram um estudo com 95 recém-nascidos pré-termo com o objetivo de analisar a evolução do padrão de sucção através da aplicação de técnicas de estimulação não nutritiva. Foram avaliadas, durante o estudo, a sucção não nutritiva e a sucção nutritiva, sendo que a primeira avaliação era feita antes da alimentação por via oral e a segunda fazia-se após a alimentação. As autoras concluíram que com o passar do tempo e aumento da idade, dá-se a maturação da sucção, sendo que este pode ser aligeirado pela estimulação da sucção não nutritiva. Além disso, o método mais aconselhado pelas autoras é o dedo enluvado, pois este surte maiores efeitos.

Num estudo realizado por Bauer, M. *et al.* (2008) em 43 bebês prematuros, com o objetivo de determinar a capacidade motora de se alimentarem oralmente, foi concluído que 33% apresentava uma capacidade de sucção fraca, 23% tinham um ritmo lento, 30% não apresentavam pelo menos um reflexo oral adaptativo e 14% não possuíam uma correta coordenação entre a sucção, a respiração e a deglutição.

Devido a este pobre desenvolvimento da capacidade de sucção dos bebês prematuros, normalmente estes são estimulados através da sucção não nutritiva, por forma a garantir uma boa adaptação à vida extrauterina e facilitar a transição para a alimentação por via oral. (Neiva, F. & Leone, C. 2007 - B)

Mas, se por um lado a estimulação da sucção não nutritiva acarreta muitas vantagens, por outro pode resultar numa consequência mais grave que será a rejeição do peito por parte do bebê, uma vez que implica maior esforço para obtenção do leite, ao contrário do que está habituado a fazer durante a aplicação das técnicas de estimulação da sucção não nutritiva.

Por exemplo, um estudo recente, realizado por Calado, D. & Souza, R. (2012) apresentou conclusões idênticas às já mencionadas no estudo anterior, o que vem reforçar a ideia de que esta estimulação tem sortido efeitos positivos e, apesar de alguns

bebés acabarem por rejeitar o peito, a grande maioria evolui corretamente, apresentando, mais rapidamente, a capacidade necessária para efetuar a alimentação por via oral.

Neiva, F. & Leone, C. (2007) - B realizaram uma investigação com 95 crianças prematuras com idade gestacional corrigida de 31,6 semanas, tendo por objetivo avaliar os efeitos da estimulação da sucção não nutritiva sobre a idade em que os bebés iniciam a alimentação por via oral. A amostra foi dividida em 3 grupos, sendo que um não recebia qualquer estimulação da sucção, ao contrário dos outros 2. No entanto a estimulação era diferente: no grupo 2 a chupeta ortodôntica era o dispositivo utilizado como estímulo; já no grupo 3, a estimulação era realizada recorrendo a um dedo enluvado (figura 5). Durante a análise, as autoras autorizavam a transferência de alimentação por sonda para alimentação por via oral. Esta autorização era dada quando o bebé apresentasse capacidade de elevar e baixar a mandíbula, ritmo e força na sucção e coordenação nos movimentos continuados dos lábios, língua e mandíbula. Este estudo permitiu concluir que a estimulação da sucção não nutritiva deve ser encorajada, pois tem a capacidade de antecipar o início da alimentação por via oral. (Neiva, F & Leone, C. 2007 – A)

No entanto, as mesmas autoras, através da mesma amostra decidiram também avaliar num estudo distinto, a evolução do ritmo de sucção em recém-nascidos pré-termo em função da estimulação da sucção não-nutritiva, por meio de chupeta ortodôntica ou dedo enluvado. Este estudo determinou que a estimulação da sucção não-nutritiva não interferiu de forma significativa no ritmo de sucção das crianças prematuras.



Figura 5- Técnica de estimulação da sucção não nutritiva- dedo enluvado. Disponível em: <http://fonodanischepi.blogspot.pt/2010/09/intervencao-fonoaudiologica-na-unidade.html>

O recém-nascido aprimora o seu ritmo de sucção com o passar do tempo, coordenando as eclosões de sucção com as pausas, sendo que quanto mais maduro o recém-nascido fica, maior a frequência de eclosões e menor o tempo das pausas. (Neiva, F. & Leone, C.- B 2007)

Um outro exemplo de nascimentos prematuros são os chamados recém-nascidos prematuros tardios e estes são definidos por Kao, A. *et al.* (2011) como aqueles que têm 34 a 36 semanas contadas desde o primeiro dia da última menstruação da mãe, com peso e tamanho normais, mas com imaturidade, alterações respiratórias, instabilidade na temperatura, dificuldades na alimentação, entre outras.

Kao, A. *et al.* (2011) compararam um grupo de recém-nascidos prematuros tardios com um grupo de recém-nascidos a termo e, apesar de ambos os grupos estarem num nível idêntico de desenvolvimento físico, o grupo de recém-nascidos prematuros apresentou uma sucção predominantemente esporádica, com pausas longas e tremores na mandíbula, e a intensidade demonstrou-se muito baixa devido à imaturidade neurológica. Mas, curiosamente, os bebês prematuros apresentavam uma maior capacidade de retração e canolamento da língua, que era devida à estimulação da sucção não nutritiva.

### **3. Etiologia**

Vários estudos têm apontado para o facto do desenvolvimento deste hábito ter etiologia multifatorial, relacionando o prejuízo funcional com a situação emocional. (Moresca, C. & Feres, M., 1994)

Pizzol, K. *et al.* 2012 afirmam existirem três teorias que explicam a etiologia e o prolongamento do hábito oral nocivo: a insatisfação das necessidades de sucção durante o processo de amamentação, distúrbios emocionais ou uma regressão e fixação na fase oral de Freud.

De facto, inerentes a este hábito de sucção do polegar estão, entre outros, problemas ambientais como a necessidade de atenção e carinho ou mesmo ansiedade. (Moresca, C. & Feres, M. 1994)

Aguiar, K. *et al.* (2005) concluem que o mais importante para a criança são os momentos de interação e conversa com os pais nos quais ela é motivada através do carinho e atenção que lhe são dados.

Para Moresca, C. & Feres, M. (1994) a sucção inicia-se, essencialmente, devido aos movimentos labiais serem insuficientes durante a amamentação, ou porque esta não promove esforço na obtenção do alimento ou porque é feita em intervalos de tempo demasiado grandes, o que vai levar à procura da sucção não-nutritiva pela criança com a finalidade de obter a satisfação.

### **i. Teorias explicativas**

Existem diversas teorias para explicar o desenvolvimento de um hábito de sucção não nutritivo e a sua extensão para idades mais avançadas, entre as quais a teoria do comportamento apreendido de Freud, na qual o hábito é descrito como uma resposta à necessidade de sucção que não foi suprida pela alimentação. (Furtado, A. & Vedovello, M. 2007 *cit in* Levine, R. 1998)

Os autores Tanaka, O. *et al.* (2004) confirmam estas informações acrescentando que existem várias hipóteses de explicação para o desenvolvimento destes hábitos, entre as quais, a teoria de Freud que já afirmava que a boca e os lábios são uma zona erógena e que este hábito não é mais do que uma estimulação dessas áreas com o intuito de chamar a atenção dos pais para o seu problema.

Outras teorias surgem devido a alguns estudos que exploram o desenvolvimento das crianças, e sugerem que a sucção aumenta e permanece durante períodos continuados devido, não só às necessidades nutritivas como também às necessidades psicológicas e emocionais, causadas pela falta de afeto da mãe, ou mesmo pelo processo de imitação de parentes ou amigos. (Albuquerque, S. *et al.* 2007)

Uma pesquisa realizada por Santos, S. *et al.* (2009) teve como objetivo verificar a prevalência de hábitos de sucção não nutritivos em 1190 crianças entre os 3 e os 5 anos. Esta análise permitiu verificar que o hábito mais comum é o de sucção da chupeta com 27,7% seguido de 12,5% com hábito de sucção digital. Ao contrário de outros estudos, este obteve significância estatística para o sexo feminino com maior tendência para a sucção digital.

#### **4. Diagnóstico**

Torna-se cada vez mais importante prevenir os pais da criança, para que o diagnóstico aconteça o mais precocemente possível e conseqüentemente alertar para a necessidade de uma consulta com o Médico Dentista, para que as técnicas aplicadas na remoção do hábito tenham maior sucesso e sejam as mais corretas.

Dalvi, K. & Motta, A. (2007) determinam que é relevante a troca de informação entre profissionais de saúde que cuidam de uma criança, com o objetivo comum de alcançar o seu estado de boa saúde. Para tal, realizaram um estudo com 30 médicos pediatras para apurar a sua conduta quanto ao encaminhamento dos pacientes com hábitos orais de sucção. Foi possível concluir que a maioria tende a encaminhar os pacientes, apesar de nem sempre ser para a área de intervenção mais adequada. Daqui é possível perceber que nem mesmo os profissionais de saúde estão suficientemente informados sobre o melhor caminho a seguir na procura de auxílio para eliminação do hábito.

##### **i. Fatores de confusão no diagnóstico**

Muitas vezes a falta de conhecimento ou atualização do Médico Dentista leva-o a tomar decisões erradas ou precipitadas ao realizar o diagnóstico da origem de uma dismorfia. Por isso, é determinante haver um conhecimento do que é normal, apesar de parecer patológico, assim como ter em conta todas as possíveis causas que poderão estar a originar tal anomalia, não se deixando enganar pelo que parece ser o desencadeador mais óbvio.

Cada indivíduo tem um padrão de crescimento próprio que pode sofrer alteração por ação dos fatores ambientais. (Rodrigues, J. *et al.* 2006 *cit in* Enlow, 1993)

Graber, T. (1974) chama a atenção para a necessidade de realizar um diagnóstico diferencial de modo a determinar qual o fator primário da má oclusão. Isto porque é comum nas crianças colocarem a língua entre as arcadas, muitas vezes devido à manutenção de uma deglutição infantil. Daí que o autor pense ser determinante perceber se a anomalia oclusal se deve ao desenvolvimento de um hábito de sucção ou mesmo a esta tendência de posicionamento da língua entre arcadas.

Rodrigues, J. *et al.* (2006) afirmam que os bebês, quando nascem, possuem um retrognatismo mandibular secundário (distoclusão fisiológica do recém-nascido). Esta diferença de 5 a 6mm, que pode variar até um máximo de 10 a 12mm, deverá ser anulada até à fase de erupção dos dentes decíduos (6 a 8 meses de idade), através do crescimento mais acentuado da mandíbula para que a oclusão estabelecida seja a mais correta. Quando tal não ocorre, a situação persiste durante a dentição mista e permanente, dando origem a anomalias de classe II, divisão 1 de Angle.

É muito importante reconhecer a morfologia inicial da criança, uma vez que os danos causados por este hábito são, em muito, semelhantes às características de uma classe II divisão I, nomeadamente o retrognatismo mandibular, a sobremordida profunda, a abóbada palatina alta e as arcadas dentárias estreitas, entre outras, que podem originar conclusões erradas. (Graber, T. 1974)

## **5. Morfologia facial: a sua relação com os hábitos**

Se por um lado, a presença do hábito pode levar a alterações morfológicas da face, também um perfil facial já vinculado num indivíduo pode tornar as consequências do hábito ainda mais graves.

Tanaka, O. *et al.* (2004) destacam a relevância do tipo de face que a criança portadora do hábito tem, uma vez que um hábito moderado numas faces pode ser mais prejudicial do que um hábito severo noutras. Exemplo disso são os pacientes com Classes I que toleram melhor os efeitos da sucção do que os pacientes com Classe II esquelética.

Cozza, P. *et al.* (2005) realizaram um estudo sobre a prevalência de mordida aberta esquelética. A amostra era constituída por 1710 crianças com idade média de 9 anos, e

desvio padrão de cerca de 1 ano e meio, dos quais 923 eram raparigas e 787 eram rapazes. Os resultados do estudo evidenciaram que o hábito de sucção prolongado em conjunto com a hiperdivergência vertical aumentam significativamente a predisposição para mordida aberta anterior dentoalveolar na idade de dentição mista.

As características oclusais das crianças com padrão dolicofacial e hábito de sucção na idade de dentição mista são indicações para realização de tratamento com o objetivo de aumentar as dimensões do arco maxilar. (Cozza, P. *et al.* 2007)

## **6. Forma de alimentação realizada nos primeiros meses de vida**

O primeiro tipo de alimentação que o recém-nascido vai obter é determinante quer para suprir as suas necessidades nutricionais, quer para saciar a necessidade fisiológica de sucção, como também para proporcionar uma correta evolução e maturação das estruturas do aparelho estomatognático (fase de pressão). A escolha, muitas vezes parte da progenitora que prefere abdicar da amamentação em prol do biberão. Outras vezes, é devido ao período de maternidade cedido à mãe que termina por volta dos 3 meses. É nelas que devem incidir os conselhos dados pelo Médico Dentista, alertando para as vantagens e desvantagens que essa escolha pode carregar.

### **i. Amamentação**

A amamentação natural é muito importante durante os primeiros 6 meses de vida, não só para suprir as necessidades nutricionais, como também para o fortalecimento do sistema imunológico e estabelecimento do vínculo afetivo com a mãe. (Neiva, F. & Leone, C. 2007 – B)

Para reforçar esta ideia surge o depoimento da Organização Mundial de Saúde em 1989 referindo que o leite materno deve ser dado como tipo exclusivo de alimentação durante os primeiros 6 meses de vida podendo prolongar-se até aos 2 anos de idade, desde que o crescimento e desenvolvimento da criança estejam a evoluir dentro dos limites normais.

O contacto íntimo com a mãe faculta um vínculo afetivo distinto e, conseqüentemente melhora o desenvolvimento emocional do bebé. (Bönecker, M. *et al.* 2001)

De facto a amamentação é praticada pela maior parte da população mundial, mas ainda se encontra muito distante da situação desejada. Por outro lado, o tempo de espera para amamentar nem sempre é o mais correto, porque a criança pode sentir fome mais cedo ou estar a ser sobrealimentada, o que impede a saciação da necessidade de sucção. (Moimaz, S. *et al.* 2009)

No entanto, a amamentação tem maior probabilidade de não levar a uma superalimentação e reduz a ingestão de açúcar refinado. (Bönecker, M. *et al.* 2001)

Moimaz, S. *et al.* (2009) desenvolveram um estudo no qual pesquisaram junto de 330 mães qual o motivo que levou ao desmame dos seus filhos. As crianças em questão tinham idade compreendida entre os 3 e os 6 anos. Os resultados revelaram que 20,9% das mães ter-se-ia confrontado com a necessidade de voltar ao trabalho; 19,4% referiu ter falta de leite; 18,2% terá sido devido à não-aceitação do bebé; 13,8% deveu-se ao facto do filho ser já crescido. Outras percentagens mais pequenas distribuíram-se por motivos tais como doença da mãe, outra gravidez, dor ao amamentar ou doença da criança. No mesmo estudo foi possível constatar que 70% das famílias tinham baixos rendimentos e que, apesar de saber que a amamentação é uma forma gratuita de alimentar os filhos, as mães optaram pela alimentação artificial que é bem mais cara.

Em 2010, os mesmos autores realizaram outro estudo junto de 80 mães e seus filhos com 6 a 12 meses, constatando que nenhuma criança recebeu amamentação exclusiva até ao 6º mês de vida, além do que, 69% das crianças já estavam a receber aleitamento. Mais de metade da amostra revelava algum hábito de sucção não nutritivo, sendo a chupeta o mais prevalente.

De facto, a duração da amamentação está diretamente relacionada com o aparecimento de hábitos de sucção não-nutritivos. (Passos, M. & Bulhosa, J. 2010)

Para além disso, Bervian, J. *et al.* (2008) chamam a atenção para o facto do desenvolvimento ósseo se realizar junto com os movimentos musculares realizados durante a amamentação e, por isso, o retrognatismo mandibular típico dos bebés ao

nascimento deverá estar corrigido até à idade de erupção dos dentes decíduos, promovendo, desta forma, uma oclusão harmoniosa.

Barrêto, E. *et al.* (2003) realizaram um estudo junto de 100 profissionais de saúde de várias especialidades (odontopediatria, ortodontia, fonoaudiologia e psicologia) através da colocação de questionários. Apesar do objetivo principal do trabalho não ser este, os autores perceberam que a maioria dos profissionais concorda que as crianças amamentadas naturalmente ficam com as necessidades supridas, não só nutricionais como também a nível psicoemocional, o que aumenta a probabilidade de não se desenvolverem estes hábitos.

Cavalcanti, A. *et al.* (2007), apresentam um estudo onde foram observadas 342 crianças entre os 3 e os 5 anos de idade. O objetivo consistia em verificar a permanência de hábitos de sucção não nutritivos em detrimento do tipo de alimentação oferecida nos primeiros meses e a presença de má oclusão. Relacionando a presença do hábito com a idade, a percentagem maior foi atribuída às crianças com 4 anos. Já as crianças que tinham sido amamentadas por um período igual ou superior a 19 meses não apresentavam qualquer evidência de hábito oral nocivo comparativamente com aquelas que o foram por um período inferior a 6 meses, pois 82,4% apresentava sinais de má oclusão. Por outro lado, comparando as crianças que foram amamentadas com as que foram alimentadas por biberão, o segundo grupo apresentou maior percentagem de hábitos de sucção. Este estudo permitiu, ainda, concluir que as crianças que foram alimentadas por biberão mostraram 5 vezes mais probabilidade de desenvolver uma oclusão incorreta.

Num outro estudo realizado com 176 crianças com idade compreendida entre os 6 e 12 anos, com o intuito de poder relacionar o tipo e duração da alimentação nos primeiros meses de vida com o desempenho motor orofacial, o autor detetou várias relações entre o tipo de alimentação proporcionada às crianças e os hábitos de sucção. Por um lado concluiu que quanto maior o tempo de aleitamento, maior a duração do hábito de sucção. Por outro lado detetou que quanto maior o tempo de amamentação, maior e melhor a mobilidade da língua, lábios e mandíbula, movimentos estes medidos por testes de diadococinesia. (Medeiros, A. *et al.* 2009)

A amamentação favorece o bom desenvolvimento muscular que vai representar um auxílio na mastigação, aquando da erupção dos dentes decíduos, promovendo o crescimento ântero-posterior dos ramos da mandíbula assim como a modelação do ângulo mandibular. (Bervian, J. *et al.* 2008) O autor salienta ainda outra vantagem deste tipo de alimentação que se prende com o facto de propiciar um estabelecimento correto da respiração nasal, uma vez que durante o processo de amamentação, as funções orofaciais são perfeitas.

## **ii. Aleitamento**

Na alimentação exercida pelo biberão, a língua não encosta ao palato, levando a uma maior abertura da boca e esforçando em demasia o mecanismo do bucinador, que resulta em pressões musculares anormais como reação de compensação, e os movimentos de sucção são mais reduzidos (Graber, T. 1974), ou seja, apenas realizam esforço os músculos orbicular dos lábios e bucinador. (Bervian, J. *et al.* 2008)

Por outro lado, Moresca, C. & Feres, M. (1994) afirmam que existe uma tendência para aumentar o diâmetro da abertura do biberão, aumentando também o fluxo de leite e, diminuindo, portanto, a necessidade de exercitação muscular.

Assim sendo, Graber, T. (1974), conclui que esta alimentação artificial apenas exige que a criança absorva o leite, não realizando o exercício do maxilar inferior como acontece na amamentação, pois o leite é praticamente expulso para a garganta não sendo necessário os movimentos peristálticos da língua que o levariam até lá.

## **iii. Amamentação versus aleitamento**

A melhor forma de prevenir o desenvolvimento de sucção digital é estimular a alimentação pelo leite materno, exclusivamente, pelo menos até aos 6 meses de vida. (Rodrigues, J. *et al.* 2006)

Silva, E. (2006), declara que ao comparar as formas de aleitamento, há uma valorização bem maior do leite materno como um meio de promover melhor desenvolvimento

orofacial, garantindo satisfação emocional e posterior substituição do padrão de deglutição infantil pelo padrão de deglutição maduro.

Além disso, o leite materno é constituído por anticorpos tão benéficos para a criança como uma vacina. (Bönecker, M. *et al.* 2001)

O estudo conduzido por Valdrighi, H. *et al.* (2004) que analisou 195 relatórios de bebés com idades variadas entre 8 e 30 meses, permitiu concluir que dos 82% dos bebés que receberam leite materno, de entre os quais 53% foram amamentados durante 6 meses, 66% não desenvolveram hábitos de sucção, o que reforça a ideia de que a alimentação através do leite materno é mais benéfica para o bebé na prevenção do desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritiva.

Albuquerque, S. *et al.* (2007) realizaram outro estudo com 292 crianças na faixa etária dos 1 aos 3 anos. Destas, 202 apresentavam algum hábito de sucção não nutritiva, com início no período compreendido entre o nascimento e os três primeiros meses de vida. Os autores puderam constatar que crianças com o hábito de sucção persistente mostram maior predisposição para alterações oclusais na relação entre as arcadas dentárias e as estruturas miofuncionais quando comparadas com as que não possuem qualquer tipo de hábito nocivo. Por outro lado, de entre as crianças que foram alimentadas exclusivamente por leite materno, a maioria não tinha registo de qualquer hábito de sucção. E por fim, permitiu concluir que quanto maior o tempo de alimentação por meio do biberão, maior a prevalência de hábitos.

Foi realizado um outro estudo por Furtado, A. & Vedovello, M. (2007) com 142 crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos, sendo que 61 eram do sexo masculino e 81 do sexo feminino com condição socioeconómica baixa e com erupção da dentição decídua completa. Com o estudo, os autores detetaram que 13% dos meninos e 9.6% das meninas não tinham recebido amamentação, ou se a receberam foi por um período inferior a um mês. Por outro lado, 29,5% dos meninos e 21,9% das meninas tinham sido amamentados durante mais de 6 meses. Estes resultados, comparados com a presença de hábitos de sucção não nutritiva, permitiram também reforçar a ideia de que a amamentação por um período mínimo de 6 meses é fulcral,

uma vez que as crianças com este tipo de alimentação adquiriram menos hábitos nocivos de sucção e menos desvios oclusais do que as crianças alimentadas por um período inferior a 6 meses. Ficou ainda estabelecida a relação entre a duração do hábito de sucção e a presença de má oclusão, uma vez que quanto maior a duração do hábito, maior a proporção de crianças portadoras de mordida cruzada posterior, mordida aberta anterior e relação de classe II canina.

Já Peres, K. *et al.* (2007) retirou as mesmas conclusões de uma investigação com 359 crianças de 6 anos de idade com o objetivo de relacionar a prevalência de oclusopatias com o efeito da amamentação e os hábitos de sucção não nutritivos. Os resultados mostraram que 46,2% das crianças tinham mordida aberta anterior e 18,2% eram portadores de mordida cruzada posterior. Por outro lado, os autores verificaram que 15,7% das crianças tinham sido amamentadas por um período inferior a um mês, 36,3% por um período compreendido entre 1 e 3,9 meses, 23,9% entre os 4 e os 8,9 meses e 23,6% recebeu amamentação por um período superior a 9 meses. Estes dados permitiram concluir que tanto a amamentação durante um período inferior a nove meses como o hábito de sucção não nutritivo regular representam um risco aumentado de ocorrência de má oclusão.

Para Telles, F. *et al.* (2009), sem dúvida que o tempo de amamentação tem uma relação de proporção inversa ao aparecimento de hábitos de sucção nocivos, uma vez que no seu estudo em 723 crianças, aproximadamente 75% das crianças que nunca tinham sido amamentadas apresentavam história de hábito oral nocivo. De facto, apenas 10,2% das crianças teria recebido leite materno exclusivo pelo período de 6 meses, comparativamente com 84,9% de crianças que recebeu alimentação mista (amamentação mais aleitamento) ou 4,9% que recebeu aleitamento, exclusivamente. Estes resultados permitiram afirmar que quanto maior o tempo de amamentação, menor a frequência de hábitos parafuncionais.

Um outro estudo, desenvolvido por Thomaz, E. *et al.* (2012) com 2060 crianças com idade compreendida entre os 12 e os 15 anos, com a intenção de relacionar a amamentação, com possíveis traços de má oclusão e as características faciais. Os resultados afirmam que a amamentação, por si só, não está relacionada com o

desenvolvimento de má oclusão. Existe, sim, um efeito sinérgico com os hábitos parafuncionais. Por exemplo, existiu uma relação significativa entre o aleitamento prolongado por mais de 12 meses e o desenvolvimento de uma classe III de Angle. Ou a presença de uma hábito de sucção digital prolongado por mais de 6 anos que admitiu uma probabilidade crescente de desenvolver um perfil facial convexo.

Em jeito de conclusão, Romero, C. *et al.* (2011) salienta a importância de se realizar uma amamentação exclusiva até aos 6 meses, evitando biberões, uma vez que acarreta efeitos bastante positivos não só porque previne a aquisição de hábitos de sucção não nutritivos, mas também pela estimulação do correto desenvolvimento oral, dentário e oclusal.

#### iv. Fisiologia da sucção na amamentação

O bebé tem a capacidade de sentir o peito da mãe através dos lábios e assim iniciar o reflexo de sucção que vai desde esta fase inicial até à obtenção do leite.

Bervian, J. *et al.* (2008), salientam no seu artigo que a fisiologia da sucção descreve todo um percurso desde a capacidade do bebé de detetar o mamilo da mãe, levando à contração do orbicular dos lábios e dos músculos controladores da comissura promovendo um correto selamento hermético, até ao momento em que ocorre a deglutição do leite (figura 6).

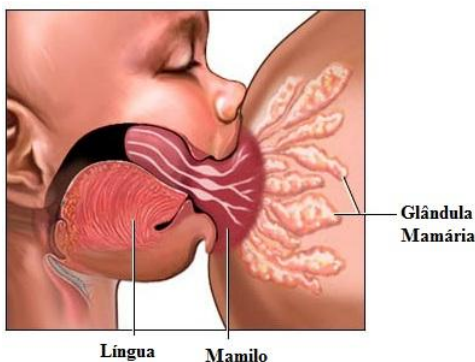


Figura 6- Colocação correta da boca do bebé no mamilo. Adaptado de: <http://www.masterfile.com/stock-photography/image/861-03348312/Biomedical-illustration-of-a-proper-latch-and-nursing-position-for-a-breast-feeding-infant-shown-from-a-lateral-side>

Matheus, J. *et al.* (2004), caracterizam a fisiologia da sucção em três diferentes etapas: Na primeira é conseguido um vácuo intraoral, provocado pela elevação da mandíbula que faz selamento anterior e pelo dorso da língua que promove selamento posterior. Em seguida o leite deposita-se numa depressão lingual formada na zona central e é levado

para uma depressão que se forma na base da língua. Na segunda fase, a concavidade lingual passa a convexidade, levando o leite para trás como se de um êmbolo se tratasse. Na terceira e última fase, a impulsão do leite é facilitada pela depressão da base da língua e posicionamento da laringe para anterior.

Bervian, J. *et al.* (2008) acrescentam ainda, que nos recém-nascidos saudáveis é característico existirem três mecanismos orais que permitem retirar o leite da mama: Contração e relaxamento dos músculos da boca, capacidade de criar um vácuo parcial intraoral e a constante compressão da mama pelos movimentos exercidos pela língua (figura 7).



O bebê abre a boca para envolver o mamilo, que fica orientado para o palato. O lábio inferior posiciona-se abaixo do mamilo. É realizado um movimento peristáltico pela língua que pressiona o peito e faz sair o leite.

Figura 7- Procedimento adequado de amamentação. Adaptado de:  
<http://www.sosamentacao.org.pt/Amamenta%C3%A7%C3%A3o/ComoAmamentar/tabid/207/Default.aspx>

Para Matheus, J. *et al.* (2004), a sucção não-nutritiva é caracterizada como um conjunto de eclosões de sugadas alternadas com pausas mas sem presença de fluxo líquido. Na amamentação pelo seio, a língua é levada à frente e colocada em forma de êmbolo estando em constante contacto com o lábio inferior e promovendo, através do mecanismo do bucinador, os movimentos no sentido anterior, posterior, superior e inferior que promovem a sucção. (Graber, T. 1974)

De forma a adaptar-se ao seio materno, o lábio superior do bebê possui uma zona média que aumenta de volume quando estimulada para realizar a sucção. (Barrêto, E. *et al.* 2003 *cit in* Raubenheiner *et al.* 1987)

## **v. Desmame precoce**

Segundo Moresca C. & Feres, M. (1994) a criança possui necessidade de continuar a sucção após a amamentação, daí que o processo de desmame deva ser gradual para que a criança não sinta necessidade de encontrar um hábito para a substituir.

Bönecker, M. *et al.* (2001) acrescentam que o desmame deve ser realizado aos poucos, sem traumas nem pressas, para que a criança consiga obter prazer e não crie uma relação de conflito com a mãe.

Mas Almeida, J. & Novak, F. (2004) salientam que a sociedade parece possuir uma tendência latente ao desmame que leva as mães a realizarem-no cada vez mais precocemente, apesar das vantagens da amamentação serem apresentadas com contundência pelos profissionais de saúde.

Pizzol, K. *et al.* (2012) desenvolveram um estudo junto de 1371 pares mãe-filho. Apesar do objetivo principal do estudo não ser este, o autor conseguiu perceber que a grande maioria das mães que amamentaram os filhos pela via natural e durante maior tempo foram as que apresentavam um estatuto socioeconómico mais baixo, pois não estavam empregadas e, por isso, puderam dedicar mais tempo aos seus filhos. Por outro lado, os seus resultados revelaram também que as crianças amamentadas por um período superior a 12 meses tenderam a não desenvolver hábitos nocivos de sucção, o que vem reforçar, mais uma vez, que a amamentação é um dos métodos mais eficazes para prevenir o desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritiva.

Normalmente, entre o 6º e o 12º mês, a criança diminui, exponencialmente, a frequência e a quantidade de mamadas, passando a aceitar alimentos fornecidos em copos ou colheres. O sinal mais claro de que a criança está apta a receber alimento sólido prende-se com a erupção dos primeiros dentes. (Bönecker, M. *et al.* 2001)

Determinado está que este desmame precoce pode interferir na maturação adequada dos músculos orofaciais, promovendo alterações na postura e força dos órgãos e prejudicando funções fisiológicas como a mastigação, a deglutição, a respiração e a articulação da fala. (Dalvi, K. & Motta, A. 2007)

Para reforçar esta ideia, existe o estudo de Albuquerque, S. *et al.* (2007) que analisou 292 crianças com idade compreendida entre o 1º e o 3º ano de vida. Os resultados revelaram que 83,3% realizaram alimentação exclusiva por leite materno até as 6 meses, sendo que apenas 12% foram amamentados entre os 6 e os 12 meses e uma pequena percentagem de apenas 4,2% receberam este tipo de alimentação por mais de 12 meses.

A necessidade de sucção diminui, tanto física como psicologicamente, com a introdução do alimento sólido. Com o desmame gradual, a criança vai-se libertando da fase oral, dando continuidade ao processo de maturação sem qualquer receio ou sentimento de abandono. (Pinto, A. *et al.* 1997)

### **7. Descrição do mecanismo de sucção consoante os dedos utilizados**

A leitura dos vários artigos e informação científica para realizar esta revisão bibliográfica permitiram detetar uma situação curiosa: com o passar dos anos, o hábito de sucção digital foi alterando em termos de prevalência. Nos anos 50 a 70 os dados indicavam que a prevalência de indivíduos que faziam a sucção do polegar ou de outros dedos era idêntica. Já nos anos 80, verificou-se um aumento dos indivíduos que realizavam sucção do dedo polegar, ou seja, passou a haver uma preferência por este dedo que, inevitavelmente acarreta problemas mais graves para a cavidade oral.



Figura 8- Sucção do polegar. Disponível em: <http://gegrafmg.com.br/conteudos/imprimir/75>



Figura 9- Sucção do indicador e dedo médio. Disponível em: <http://www.cetrobh.com/2012/04/15-possiveis-efeitos-do-habito-da.html>

Fazendo uma análise sobre a fisiologia da sucção digital, Rakosi, T. *et al.* (1993) fez distinção entre dois tipos: A sucção do polegar (figura 8) que se caracteriza pela colocação da polpa do dedo em contacto com a maxila (restantes dedos a tocar o nariz), promovendo a pressão do dedo contra o palato. O dedo fica posicionado na face anterior da maxila e palatina dos incisivos superiores e apoiado nos incisivos inferiores. Este tipo de sucção está mais relacionado com o desenvolvimento de uma classe II.

Por outro lado, a sucção de outros dedos (figura 9) envolvem a sua colocação na mandíbula, ficando, habitualmente, os restantes dedos apoiados na bochecha. Este gesto cria pressão contra o pavimento da boca e face lingual dos incisivos inferiores, promovendo a inclinação vestibular quer dos incisivos superiores quer dos inferiores com conseqüente mordida topo-a-topo ou cruzada anterior.

## **8. Efeitos na cavidade oral**

Sem dúvida que a maior preocupação dos Médicos Dentistas quando estão perante uma criança com um hábito oral vicioso prolongado, passa por evitar o agravamento das alterações que se dão na cavidade oral, pois quanto mais tarde o hábito é removido, mais difícil será reverter os seus efeitos nocivos. Na maior parte das vezes a autocorreção já é impossível, estando instalado o mecanismo de compensação muscular.

Graber, T. (1974) afirma que o osso, apesar de ser o tecido mais duro do organismo, é o que mais facilmente cede às alterações promovidas pelos músculos.

Os dentes e as estruturas de suporte são um exemplo disso, pois estão sujeitos à contenção interna exercida pela língua e à contenção externa exercida pelos músculos do mecanismo do bucinador, que, ao se contraporem, dão harmonia à arcada dentária. Quando este equilíbrio não existe, a língua tem força suficiente para provocar a protrusão dos incisivos inferiores, criando uma mordida aberta e estreitamento da maxila. (Graber, T. 1974)

Peres, K. *et al.* (2007) afirmam que o crescimento dos componentes da face dá-se nos primeiros 4 anos de idade da criança, sendo que por volta dos 12 anos de idade, 90%

fica completo, daí que a idade dos 4 anos pareça ser a indicada para a interrupção do hábito uma vez que, a partir desta idade, passa a ser caracterizado como persistente.

Assim, surge uma definição para o termo má oclusão, como sendo uma desordem no crescimento craniofacial que pode afetar a mandíbula, a língua e os músculos da face, sendo resultado da relação entre os componentes genéticos e os fatores ambientais. Esta definição foi criada por Simões, W. (1978) citado por Peres, K. *et al.* (2007)

Yokota, R. *et al.* (2007) acrescentam, ainda, que o prolongamento dos hábitos orais pode deixar uma grave marca na morfologia e função do sistema estomatognático durante o período de crescimento e originar anomalias na dentição e oclusão da criança.

Um resultado inevitável que é consequência do hábito de sucção não nutritiva é a mordida aberta anterior, porque a língua tende a interpor-se entre as arcadas impedindo uma oclusão correta. No entanto esta pode ser mais ou menos grave consoante a raça, como determinaram Harila, V. *et al.* (2007) ao estudar 328 crianças prematuras e 1804 crianças com parto normal, sendo que parte das crianças eram caucasianas e a outra parte constituída por crianças Afro-Americanas. Os resultados revelaram maior incidência de mordida aberta anterior nas crianças Afro-Americanas. Por outro lado, a maior ou menor gravidade desta anomalia prendia-se com a presença ou não do hábito de sucção do dedo e da língua.

Outro facto que Tanaka, O. *et al.* (2004) torna evidente é a força com que a criança faz a sucção do dedo, pois, por um lado, as crianças que promovem menor tensão, têm tendência a desenvolver mordida cruzada, por outro, as que aplicam demasiada tensão na sucção tem maior predisposição para Classe II divisão 1. Esta é caracterizada por uma mordida penetrante, em que muitas vezes os incisivos inferiores tocam o palato.

Vasconcelos, F. *et al.* (2011) apresentou uma investigação na qual pretendia relacionar a presença de hábitos orais nocivos com o desenvolvimento de mordida aberta anterior. Para tal, avaliou 1308 crianças com cerca de 5 anos. Descobriu que mais de metade das crianças eram alimentadas pelo biberão e 40% apresentava hábito de sucção não nutritivo. Destas crianças, 30.4% exibia mordida aberta anterior, tendo sido obtida

significância estatística para a relação entre a existência de mordida aberta e a alimentação por biberão e também pela presença de hábitos de sucção não nutritivos.

Em todo o caso, é necessário salientar que apesar dos diferentes tipos de sucção originarem várias anomalias, nem sempre existe uma relação de causa direta. (Rakosi, T. *et al.* 1993)

Num estudo realizado por Katz, C. *et al.* (2004) em que foram analisadas 330 crianças com 4 anos de idade, foi possível comprovar que a maioria das crianças que tinham oclusão incorreta, nomeadamente mordida cruzada posterior, mordida aberta anterior e overjet aumentado, tinham história de hábitos de sucção (figura 10).

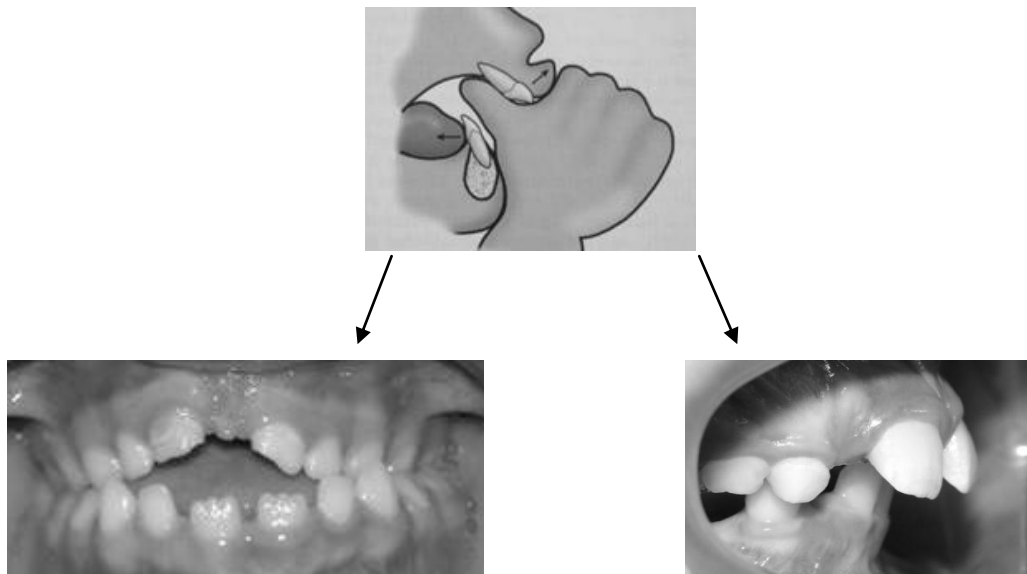


Figura 10- Esquema ilustrativo dos efeitos da sucção digital na cavidade oral. Adaptado de:  
<http://ortodontiaonline.net/omae.html> e <http://odontobloggers.blogspot.pt/2011/05/avaliacao-ortodontica-na-infancia.html>

Este overjet aumentado, quando alcança uma dimensão elevada, é seguido por uma atividade muscular compensatória caracterizada pelo funcionamento anormal dos músculos, responsáveis pelo agravamento das deformações existentes, dificultando o tratamento das anomalias. (Katz, C. *et al.* 2004)

Já a mordida cruzada é explicada pelo estreitamento da região anterior, consequência da pressão exercida pelo dedo, que muitas vezes é colocado apenas num dos lados da cavidade oral. (Cozza, P. *et al.* 2005)

Romero, C. *et al.* (2011) desenvolveram uma investigação junto de 1377 crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, com o objetivo de encontrar uma associação entre a amamentação, a presença de hábitos e a prevalência de mordida aberta anterior. Na sua amostra, havia um pequeno grupo de crianças que nunca tinha recebido amamentação. Por outro lado, mais de metade da amostra tinha recebido este tipo de alimentação, mas por períodos inferiores a 6 meses como é recomendado. Através dos resultados, os autores concluíram que as crianças que não tinham recebido amamentação apresentavam maior prevalência de mordida aberta anterior comparativamente com aqueles que eram amamentados por períodos superiores a 12 meses, uma vez que não tinham tanta probabilidade de desenvolver um hábito de sucção não nutritivo.

Este estudo veio reforçar as convicções de Heimer, M. *et al.* (2010), visto que já anteriormente afirmavam que as crianças com hábitos de sucção digital têm o sêxtuplo de probabilidade de desenvolver mordida aberta anterior.

Num outro estudo fundamentado por Dimberg, L. *et al.* (2010), que avaliou 457 crianças de 3 anos, os resultados revelaram que mais de 70% eram portadores de um tipo de má oclusão, sendo as mais comuns mordida aberta anterior, classe II de Angle, Overjet aumentado e mordida cruzada posterior, sendo que mais de 60% das crianças possuíam hábito de sucção de polegar e as restantes faziam a sucção de outros dedos. O autor encontrou uma relação de causa-efeito entre a presença destes hábitos nocivos e a existência de traços de má oclusão, assim como concluiu, também, que o hábito de sucção do polegar acarreta maiores consequências do que a sucção de outros dedos. Curiosamente, no seu estudo, a duração do hábito apresentou influência apenas na prevalência da mordida cruzada posterior, não havendo qualquer relação de causa com as restantes alterações referidas anteriormente.

Vallejo, A. *et al.* (2011) pesquisou, entre 368 crianças com 3 a 9 anos, a prevalência de traços de má oclusão relacionados com os hábitos de sucção não nutritivos e a respiração oral. Com os resultados obtidos concluiu que as crianças com hábitos orais nocivos têm 12 vezes maior probabilidade de apresentar traços de má oclusão, assim como a persistência do hábito tem uma relação direta com a presença de respiração oral.

O hábito de sucção sustentado durante um período de tempo prolongado cria um obstáculo mecânico para a erupção dos dentes anteriores. (Cozza, P. *et al.* 2005)

Para Moresca, C. & Feres, M. (1994) um hábito continuado de sucção digital vai dar origem a consequências bastante pronunciadas na face da criança: O lábio inferior posiciona-se na face palatina dos incisivos superiores (quer em função, quer em repouso), a língua é responsável pelo selamento labial, ficando colocada anteriormente e aumentando a contração do mentoniano e o lábio superior fica hipertónico.

Cozza, P. *et al.* (2005) defendem que quer a sucção do polegar quer a sucção da chupeta sejam responsáveis pela diminuição da largura do maxilar e do aprofundamento do palato, assim como estão na origem da mordida cruzada e mordida aberta anterior. Para agravar, os autores chamam a atenção para as crianças que possuem crescimento facial no sentido vertical (dolicofaciais), pois estes padrões representam fatores de risco para mordida aberta anterior quando associados a hábitos de sucção não nutritivos durante a idade de dentição mista.

Além destas alterações, Diouf, J. *et al.* (2010) acrescentam que as crianças com hábito de sucção digital apresentam, por norma, um overbite diminuído, assim como Pacheco, A. *et al.* (2012) salienta a existência de assimetria nas bochechas.

Por outro lado, Harila, V. *et al.* (2007) salientam que a mordida cruzada e mordida aberta anterior (resultantes do hábito de sucção) podem ser um potencial fator da causa de disfunções temporomandibulares.

Apesar disto, Merighi, L. *et al.* (2007) apresentaram um estudo realizado com 79 crianças com idade compreendida entre os 6 e os 11 anos, sendo 38 rapazes e 41 raparigas com o objetivo de verificar a existência de disfunção temporomandibular (DTM) em crianças portadoras do hábito de sucção não nutritiva, correlacionando estes dois fatores. Os autores dividiram as crianças por três grupos distintos consoante os critérios da academia americana de dor orofacial: grupo com DTM muscular, grupo com DTM articular e grupo com DTM mista. Os resultados obtidos não permitiram associar a presença de DTM com o hábito de sucção não nutritiva, apesar da maior parte

dos estudos determinar o contrário. Uma explicação provável para os resultados serem contraditórios é o facto de não ser muito comum ocorrerem disfunções na articulação temporomandibular nestas idades, uma vez que esta é perfeitamente adaptativa.

Yokota, R. *et al.* (2007) realizaram uma pequena investigação com 3 crianças portadoras do hábito de sucção digital, com 8, 10 e 12 anos, sendo que o objetivo era medir a pressão aplicada na região anterior do palato durante a sucção, através de um barorreceptor introduzido num saco preenchido com pasta de dentes e atado à polpa do dedo. Apesar das várias limitações que o estudo acarretou, nomeadamente o número de crianças avaliadas, foi possível visualizar que as 3 crianças aplicavam diferentes forças de pressão durante o hábito, registando-se desde forças de baixa pressão mas contínuas a forças de alta pressão mas momentâneas. O autor concluiu que as pressões exercidas eram, em muito, superiores à pressão provocada pela deposição da língua na face palatina/ lingual dos dentes anteriores, sendo, portanto, o hábito de sucção digital o responsável pela má oclusão das três crianças assim como pela deslocação da posição dos dentes.

No estudo realizado por Cozza, P. *et al.* (2007), foram observadas 265 crianças com idade média de 8 anos. No grupo controlo ficaram 185 crianças com dentição mista, classe I de Angle e sem hábito de sucção. Já no grupo de teste ficaram 80 crianças com dentição mista, padrão dolicofacial e portadores de hábitos de sucção. A avaliação dos resultados permitiu observar que o overbite era menor nas crianças do grupo de teste, havendo maior prevalência de mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior. Foi ainda possível observar que as crianças do grupo de teste possuíam menor largura maxilar ao nível dos molares e caninos, sendo que a diferença detetada no grupo de teste em relação ao grupo de controlo era de até 3mm entre molares e 1,5mm entre caninos. O grupo de teste era detentor de uma grande discrepância transversal posterior, responsável por originar mordida cruzada posterior, sendo que mais de metade das crianças do grupo controlo possuía este tipo de mordida, pelo menos ao nível dos molares permanentes. O estudo possibilitou reforçar a teoria de que a mordida aberta anterior está bastante associada às crianças que possuem padrão dolicofacial e hábitos de sucção, uma vez que a prevalência era 3 vezes maior nos sujeitos com hábitos de sucção digital do que nas crianças sem qualquer hábito de sucção.

Heimer, M. *et al.* (2008) propuseram-se observar se havia alguma relação entre a existência de hábitos de sucção e a presença de mordida aberta anterior ou cruzada posterior e ainda se poderia haver uma associação com a morfologia facial em crianças com 4 a 6 anos de idade. De facto, os autores conseguiram observar que havia maior prevalência de mordida aberta anterior em crianças com hábitos orais nocivos e encontraram uma forte associação entre mordida cruzada posterior e a presença de hábitos em crianças com 4 anos. Quanto à morfologia facial dos pacientes, concluíram que os indivíduos com um perfil facial aumentado têm maior probabilidade de desenvolver mordida aberta anterior. Além destas constatações, referiram ainda que a cessação do hábito levou a uma autocorreção da mordida aberta anterior. O mesmo já não ocorrendo com a mordida cruzada posterior. Mas salientaram que isto só ocorre quando os mecanismos de compensação ainda não foram acionados. Quando a compensação muscular é ativada, as alterações já não conseguem regredir espontaneamente.

Os mesmos autores depararam-se com resultados idênticos num estudo realizado mais recentemente (2010), ou seja, que a mordida aberta pode autocorrigir-se após o abandono do hábito.

Por tudo o que foi constatado anteriormente, acredita-se que é importante que os pais sejam alertados para as anomalias que os hábitos de sucção não nutritiva acarretam, por forma a estarem preparados para as detetar e, com isso, recorrerem à ajuda do Médico Dentista, ou mesmo de outros profissionais capazes de auxiliar na remoção do hábito ou reencaminhar os pacientes para que se possa proceder à regressão destes traços de má oclusão e alterações respiratórias.

#### **i. Medida das arcadas dentárias**

Alguns estudos têm recorrido às medidas intraorais para determinarem o nível de gravidade de uma determinada anomalia, pois comparam esses valores medidos em pacientes portadores de hábitos de sucção não nutritiva com os valores de pacientes que não possuem qualquer hábito.

As relações intra e interarcadas na dentição decídua têm-se revelado um parâmetro interessante, tendo em conta o papel importante que têm para o correto desenvolvimento da dentição permanente. (Diouf, J. *et al.* 2010)

Yemitan, T. *et al.* (2010) realizaram um estudo no qual relacionaram o tipo e duração do hábito de sucção digital com as dimensões das arcadas dentárias em crianças com idade compreendida entre 3 e 5 anos, comparando com os resultados obtidos na medição das arcadas dentárias de crianças não portadoras do hábito. As medidas foram realizadas ao nível da cúspide dos caninos e entre as cúspides mesio-vestibulares dos segundos molares decíduos. Foi, também, medida a profundidade do arco canino através do comprimento de uma linha perpendicular à linha que une os pontos de contacto distais dos caninos com o ponto médio entre os Incisivos centrais decíduos. Os resultados revelaram diferenças significativas nas medidas obtidas nos maxilares em cada um dos grupos. Além disso, estas alterações tornam-se mais pronunciadas, quanto maior a duração do hábito, e mesmo após a sua cessação, as alterações persistem. Relativamente à profundidade do arco canino, este revelou-se mais estreito, quando comparados os resultados entre crianças com hábito de sucção do polegar e crianças com hábito de sucção de outros dedos.

As crianças que receberam uma alimentação mista enquanto bebés apresentam uma arcada maxilar mais alongada assim como uma profundidade maior na região anterior do palato. (Diouf, J. *et al.* 2010)

## **9. Idade apropriada para abandono do hábito**

A grande questão que se coloca prende-se com qual será a idade ideal para abandono do hábito e de que forma a criança deve ser abordada. Sem dúvida que esta é uma questão pertinente e cada autor justifica a sua escolha, tornando a resposta pouco lúcida. Apesar de tudo, existem pessoas que alargam o hábito até à idade adulta e não o confessam por vergonha.

A transição da amamentação para a alimentação mista, normalmente já leva a que o bebé abandone o hábito de sucção. Ou seja, a criança deixa de precisar da chupeta ou dedo por volta dos 18 meses. Mas por vezes a própria introdução precoce de alimento

sólido pode ser rejeitada pelo bebê que não quer aceitar novos sabores e ser mais um componente incentivador para o prolongamento do hábito. (Aguiar, K. *et al.* 2005 *cit in Corrêa, 1998*)

No entanto, em muitas crianças os hábitos persistem e é por este motivo que existem bastantes divergências de opinião. Alguns autores como Moresca, C. & Feres, M. (1994) e Dalvi, K. & Motta, A. (2007) defendem que é importante iniciar a interrupção do hábito logo que seja feito o seu diagnóstico pois quanto mais precoce a intervenção, melhor será o prognóstico.

Pelo contrário, para Graber, T. (1974), aconselhar os pais a eliminar o hábito durante o tempo em que este é considerado normal é um erro, pois está-se a ignorar a fisiologia básica típica desta idade (compreendida entre o primeiro e o segundo ano de idade).

Assim sendo, é da responsabilidade do profissional orientar os pais quanto aos hábitos, alertando-os que até aos 2 anos de idade o hábito de sucção pode ser parte integrante da vida da criança, pois esta encontra-se na fase oral. A partir desta idade, deve ser aconselhado aos pais que ajudem na remoção do hábito. (Valdrighi, H. *et al.* 2004 e Dalvi, K. & Motta, A. 2007)

Mas, apesar de, para estes autores, tudo levar a crer que a idade dos 2 anos é mais apropriada para remoção do hábito, deparamo-nos com outras opiniões, como a de Santos, S. *et al.* (2009) que consideram como idade correta para remoção do hábito os 3,5 anos. Ou Katz *et al.* (2004) que referem que a idade de dentição mista será a ideal, ao contrário de Valdrighi, H. *et al.* (2004) que defendem que se o hábito atingir a idade da dentição mista, inevitavelmente será utilizada terapia ortodôntica. Outras opiniões são as de Hussyeen, A. *et al.* (2009) e Yemitan, T. *et al.* (2010) que concordam que a idade indicada para abandonar o hábito são os 4 anos.

Moresca, C. & Feres, M. (1994) salientam ainda o perigo do hábito de sucção se prolongar até aos sete anos de idade, uma vez que as oclusões incorretas aumentam significativamente nesta idade. (Moresca, C. & Feres, M. 1994)

De facto, pelo estudo realizado por Barrêto *et al.* (2003) é possível perceber que o conhecimento geral sobre a idade a partir da qual o hábito se torna nocivo e deve ser removido não é muito consistente.

Numa avaliação consciente das diversas opiniões, a idade que realmente parece ser a mais indicada será a dos 4 anos, porque se trata do momento onde é necessária intervenção urgente, uma vez que se passa a introduzir o conceito de persistência.

### **i. Formas de remoção do hábito**

Uma ideia é consistente entre os vários autores: não vale a pena tratar a dismorfia, se não se proceder à remoção do hábito, pois isso irá resultar numa recidiva. Mas por vezes, inconscientemente, são os pais que enraízam o hábito pois demonstram ficar aborrecidos, o que para a criança, muitas vezes representa uma forma de receber atenção. Por isso, os Médicos Dentistas devem contrariar esta tendência e ajudar a criança a perceber que é errado pois está a lesar-se a si mesma.

Os hábitos de sucção e mordida devem ser substituídos de forma gradativa por outras formas de contato e atividades adequadas para a idade e estimulação. (Pinto, A. *et al.* 1997)

Hussyeen, A. *et al.* (2009) estudaram 181 mães com o objetivo de perceber quais os seus conhecimentos em relação aos hábitos de sucção nociva, assim como identificar os métodos usados na tentativa da sua remoção. Através dos resultados obtidos, os autores conseguiram perceber que as mães ficaram divididas entre três opiniões distintas: 43.5% pensavam que o hábito de sucção nocivo se teria instalado pelo facto dos filhos chorarem bastante durante a noite; 27.6% achavam estar relacionado com a exposição contínua à chupeta; apenas 10,1% acreditavam dever-se ao facto dos filhos estarem com fome. Por outro lado, apercebeu-se que mais de metade das mães estudadas acreditava que o hábito era inofensivo. Quanto aos métodos utilizados na tentativa de remover o hábito, os autores detetaram que 63% das mães tentou alterar a marca da chupeta, 26% recorria-se dos reforços positivos com recompensa. Quanto ao hábito de sucção digital, os métodos foram: envolver o dedo em fita-cola e aplicar um sabor desagradável no dedo utilizado para realizar o hábito. De uma forma lastimável, perceberam, também,

que apenas uma mãe teria recorrido à opinião de um Médico Dentista. Qualquer uma das técnicas aplicadas não sortiu grande efeito, sendo justificado pelo autor que tais técnicas deveriam ter sido consolidadas por um profissional.

Dalvi, K. & Motta, A. (2007), citando Jorge, M. (2001) afirmam que a sucção digital é caracterizada por ser de difícil remoção, pois o dedo é intracorpóreo, possui calor, odor e consistência semelhantes ao mamilo materno, e além disso, está sempre presente, não permitindo que os pais o retirem da criança para evitar a persistência nem possam alterar a sua forma para diminuir o prazer obtido, como facilmente podem fazer com a chupeta.

Vallejo, A. *et al.* (2011) acrescentam que apesar da prevalência da sucção digital ser menor, comparativamente com a sucção de chupeta, este hábito tem tendência a persistir durante mais tempo, sendo, por isso, mais difícil de remover.

Antigamente, o abandono do hábito era promovido à força, não havendo qualquer preocupação com a situação emocional da criança ou mesmo interesse pelo que terá motivado o desenvolvimento do hábito. (Moresca, C. & Feres, M. 1994)

Por isso mesmo, as investigações evoluíram no sentido de ajudar a criança a ultrapassar o vício e não correr risco de recidiva, pois sem a sua cooperação e compreensão, o sucesso da suspensão do hábito fica comprometido. (Barrêto *et al.* 2003)

Tanaka, O. *et al.* (2004), acreditam ser relevante determinar as causas do problema emocional que despoletou o vício e direcionar o tratamento, substituindo o hábito por algo benéfico para a criança.

Farias, A. *et al.* (2010) avaliaram as repercussões da aplicação de um incentivo ao abandono do hábito em 90 crianças com idade compreendida entre os 2 e os 11 anos. Resumidamente, numa primeira fase o grupo foi exposto a uma abordagem lúdica (através de um teatro de fantoches) sobre os malefícios dos hábitos orais nocivos, seguida de uma segunda fase em que as crianças eram questionadas para se perceber o nível de consciencialização. Numa terceira fase foram abordados os parentes das

crianças com publicidade a elucidar sobre métodos de remoção de hábitos e consultas com o Médico Dentista para uma melhor orientação. No final do estudo, que terá durado cerca de trinta dias, 28,9% das crianças tinham já alcançado a remoção dos hábitos de sucção, sendo necessária uma avaliação mais prolongada para confirmar tais resultados.

Aguiar, K. *et al.* (2005) citando Locks *et al.* (2002), afirmam que a remoção do hábito de sucção prolongada do dedo deve ser feita com uma abordagem multidisciplinar com intercâmbio de informação entre os profissionais que cuidam da saúde da criança, nomeadamente o pediatra.

Da mesma forma, Cavassani, V. *et al.* (2003) determinam ser relevante que a primeira intervenção ortodôntica por parte do Médico Dentista seja recorrer a procedimentos preventivos.

As crianças conseguem apreender facilmente a ideia de que a sucção digital é uma forma de obter a atenção dos pais, ainda que seja para os corrigirem de um hábito prejudicial, logo, nunca deve ser aconselhado aos pais que façam demasiada pressão à criança no sentido de abandonar o hábito, pois estarão a promover ainda mais o seu enraizamento. (Graber, T. 1974)

Aguiar, K. *et al.* (2005) criaram um método de auxílio no abandono do hábito de sucção que implica uma conversa informativa com os pais ou responsáveis, a apresentação do hábito e das suas consequências à criança (recorrendo a fotografias de casos anteriores, contando histórias semelhantes, para que a criança fique motivada para abandonar o hábito) e a última fase é o desenvolvimento de atividades diárias que distraiam a criança e nas quais os pais participem, de modo a criar um período de tempo-qualidade entre ambos. Este método foi aplicado a 3 crianças não sendo, portanto, ainda muito conclusivo quanto aos seus resultados.

## **10. Chupeta ortodôntica**

Para diminuir as consequências advindas do aleitamento, foram aperfeiçoadas a tetina do biberão e a chupeta de modo a diminuir a necessidade da criança em procurar satisfação fora do tempo de alimentação. (Graber, T. 1974)

Valdrighi, H. *et al.* (2004), apresentam a chupeta ortodôntica como um meio indicado para realizar movimentos de estimulação muscular semelhantes à forma de alimentação por amamentação, levando a um desenvolvimento mais natural das arcadas dentárias.

Estes dispositivos ortodonticamente melhorados são aconselhados para as crianças na fase de erupção dentária, pois são mais fáceis de remover. (Graber, T. 1974)

Estas chupetas são menos prejudiciais para a oclusão, uma vez que a extremidade da chupeta se assemelha ao seio materno, o que não acontece com a chupeta convencional. (Valdrighi, H. *et al.* 2004)

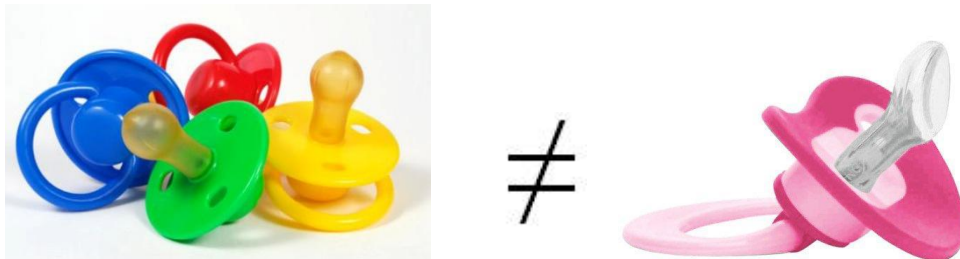


Figura 11- Chupeta convencional e chupeta ortodôntica. Adaptado de:  
<http://babysdores.blogspot.pt/2010/07/chupar-bico-e-um-habito-prejudicial.html> e  
<http://www.farmaciasviviane.com.br/chupeta-kuka-soft-ortodontica-rosa-n-2.html>

Mas, apesar de não promoverem alterações tão graves na oclusão da criança como o hábito de sucção digital, Dalvi, K. & Motta, A. (2007) chamam a atenção para que este dispositivo não seja utilizado de forma indiscriminada.

Para Barrêto *et al.* (2003), as chupetas ortodônticas são uma forma mais saudável de prevenir a sucção digital.

A chupeta ortodôntica é, assim, indicada quando após a sucção nutritiva, a criança continuar a demonstrar necessidade de sucção. (Dalvi, K. & Motta, A. 2007)

No estudo realizado por Albuquerque, S. *et al.* (2007) com 292 crianças de idade compreendida ente os 12 e 36 meses, apenas 17,8% da amostra faziam uso da chupeta ortodôntica, sendo que o autor sugeriu como justificação a falta de informação das

progenitoras, associada à ausência de orientação correta dos pais que deve ser atribuída pelos profissionais de saúde. Por outro lado, determina que o custo pode também ser um fator associado a tão pouca utilização deste dispositivo, uma vez que as chupetas tradicionais ainda têm um custo inferior à ortodônticas.

Esta chupeta não é um dispositivo muito conhecido, quer por falta de estudos comprovativos da sua ação benéfica, quer porque a maioria das mães não sabe da sua existência. Por outro lado representa mais um gasto que se pode revelar oneroso e nem sempre isso é bem aceite na sociedade atual, sem que sejam bem esclarecidas as suas vantagens.

#### **IV. Conclusão**

Esta revisão bibliográfica demonstrou que tem aumentado o interesse em torno deste tema e com isso, o número de investigações científicas.

Ao tomar conhecimento desta literatura é possível ver alguma evolução na forma de agir e pensar quanto às medidas a adotar para proceder à prevenção do hábito, ainda que alguns conceitos tenham permanecido imutáveis.

É relevante dizer-se que alguns subtemas são mais difíceis de esclarecer, uma vez que as opiniões são bastante distintas e cada autor procura justificar-se, validando, de certa forma, as suas afirmações.

Como é sabido, o sistema estomatognático é responsável por funções fisiológicas como a mastigação, deglutição, respiração e fala, sendo que as estruturas que dele fazem parte trabalham em conjunto para que estas funções ocorram em harmonia, logo, a presença de um hábito oral nocivo irá, com certeza, resultar num desequilíbrio generalizado.

O desenvolvimento deste hábito apresenta diversas explicações, no entanto a opinião geral retirada desta revisão bibliográfica indica que a causa maior será a insatisfação fisiológica de sucção inerente aos bebés que não é saciada pelo tempo realizado no ato de amamentação

Por outro lado, levando em conta a importância da amamentação não só para a nutrição como para o estabelecimento de uma correta harmonia oclusal, é de extrema importância e cabe ao Médico Dentista, fazer chegar informação junto das mulheres grávidas para que estas possam realizar os esforços possíveis no sentido de prolongar este tipo de alimentação e, com isso, atribuir ao bebé todas as vantagens do leite materno.

Apesar de não ser um hábito com uma prevalência elevada, a sucção digital tem-se mostrado mais difícil de abandonar do que outros hábitos nocivos como o caso da chupeta.

Há uns anos atrás não havia denotação de preferência por um tipo de sucção digital. Hoje percebe-se que a maior prevalência ocorre na sucção do dedo polegar.

É importante, ainda, salientar que as alterações morfológicas se agravam mais, quanto maior for o tempo de exposição ao hábito, tornando-se, por vezes impossível a autocorreção após o abandono do hábito, pois já o mecanismo de compensação muscular foi ativado.

Como foi possível perceber, as distorções mais comuns associadas aos hábitos de sucção não nutritiva são a mordida aberta anterior, a mordida cruzada posterior e o overjet aumentado.

Apesar das opiniões serem um pouco divergentes, a maioria dos autores concorda que a remoção do hábito não deve ser feita à força e antes de recorrer a dispositivos ortodônticos que têm como função inibir a criança de prolongar o hábito, deve-se apostar na prevenção.

É necessário que haja cooperação da criança, para que os resultados sejam mais satisfatórios e se diminua a probabilidade de recidiva, assim como também é necessário descobrir qual o fator causal e substituí-lo por algo positivo para a criança.

Não se deve, assim, proceder ao tratamento da distorção, sem que antes se tenha eliminado a causa.

Este hábito é inerente ao recém-nascido e, pela avaliação geral das distintas opiniões encontradas na literatura, parece ser correto afirmar que os 4 anos representam a idade a partir da qual o hábito se torna nocivo para a criança e é por esta altura que se deve interromper o hábito, impedindo que este persista e dê origem às anomalias já referidas.

Torna-se necessária a procura de conhecimento e atualização por parte dos Médicos Dentistas para que possam estar preparados para lidar com os diferentes hábitos orais nocivos e suas consequências.

No geral, observou-se uma falta de informação dos pais e de outros profissionais de saúde sobre como lidar com a presença do hábito, quais as suas consequências e para quem a criança deve ser reencaminhada, o que sugere que deveria haver uma iniciativa por parte dos Médicos Dentistas em realizar sessões de esclarecimento e aumentar os meios de informação para que se faça chegar a um maior número de indivíduos.

## V. Bibliografia

Aguiar, K. et al. (2005). Remoção de hábitos de sucção não-nutritiva: Integração da odontopediatria, psicologia e família. *Arquivos em odontologia*, Belo Horizonte, 41(4), pp. 353-367.

Albuquerque, S. et al. (2007). A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), pp. 371-378.

Almeida, J. & Novak, F. et al. (2004). Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de pediatria*, 80(5), pp.119-125.

Barrêto, E. et al. (2003). Hábitos bucais de sucção não-nutritiva, dedo e chupeta: abordagem multidisciplinar. *J. Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê*, Curitiba, 6(29), pp.42-48.

Bauer, M. et al. (2008). The oral motor capacity and feeding performance of preterm newborns at the time of transition to oral feeding. *Braz J Biol Res*, 41(10), pp.904-907

Bervian, J. et al. (2008). Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais – revisão de literatura. *RFO*, 13(2), pp. 76-81.

Bishara, S. & Larsson, E. (2007). Finger habits: Their effects and their treatments-Part 1. *The dental assistant*, pp. 14-17

Bishara, S. & Larsson, E. (2007). Finger habits: Their effects and their treatments-Part 2. *The dental assistant*, pp. 16-21.

Bishara, S. et al. (2006). Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life. *American Journal of orthodontics and dentofacial Orthopedics*, 130, pp. 31-36.

Bönecker, M. et al. (2001). *Caderno de Odontopediatria- Abordagem Clínica*. Livraria Santos. 1ª Edição. pp.2-14.

Caetano, L.C., et al. (2003). Sucção não nutritiva em bebês prematuros: Estudo bibliográfico. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 11(2), pp.232-236.

Calado, D. & Souza, R. (2012). Intervenção fonoaudiológica em recém-nascidos pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *Rev. CEFAC*, 14(1), pp. 176-181.

Cavalcanti, A. et al. (2007). Aleitamento Natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. *Rev. Salud pública*, 9(2), pp. 194-204.

Cavassani, V. et al. (2003). Hábitos orais de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. *Rev. Brasileira de Otorrinolaringologia*, 69(1), pp. 106-110.

Cozza, P. et al. (2005). Sucking habits and facial hyperdivergency as risk factors for anterior open bite in the mixed dentition. *American Journal of orthodontics and dentofacial Orthopedics*, 128(4), pp. 517-519.

Cozza, P. et al. (2007). Transverse features of subjects with sucking habits and facial hyperdivergency in the mixed dentition. *American Journal of orthodontics and dentofacial Orthopedics*, 132(2), pp.226-229.

Dalvi, K. & Motta, A. (2007). Visão dos médicos que atuam em Pediatria no extremo sul da Bahia em relação aos hábitos orais deletérios. *Rev. Bras. Fonoaudiologia*, 12(4), pp. 281-286.

Dimberg, L. et al. (2010). Prevalence of malocclusion traits and sucking habits among 3-year old children. *Swed dent J.*, 34, pp. 35-42.

Diouf, J. et al. (2010). Influence of the mode of nutritive and non-nutritive sucking on the dimensions of primary dental arches. *International Orthodontics*, 8, pp.372-385.

Farias, A. et al. (2010). Repercussões das estratégias de retirada dos hábitos orais deletérios de sucção nas crianças do programa de saúde da família em Olinda – PE. *Rev. CEFAC*, 12(6), pp. 971-976.

Furtado, A. & Vedovello, M. (2007). A influência do período de aleitamento materno na instalação dos hábitos de sucção não nutritivos e na ocorrência de maloclusão na dentição decídua. *RGO*, 55(4), pp. 335-341.

Graber, T. (1974). *Ortodoncia: Teoría y Práctica*. Interamericana. pp. 131-298.

Harila, V. et al. (2007). Open Bite in prematurely born children. *Journal of dentistry for children*, 74(3), pp. 165-170.

Heimer, M. et al. (2008). Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. *European Journal of Orthodontics*, 30, pp. 580-585.

Heimer, M. et al. (2010). Anterior open bite: a case-control study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20, pp. 59-64.

Hussyeen, A. (2009). Attitudes of Saudi mothers towards prolonged non-nutritive sucking habits in children. *The Saudi Dental Journal*, 22, pp. 77-82.

Kao, A. et al. (2011). Características da sucção não-nutritiva em RN a termo e pré-termo tardio. *Rev. Soc. Fonoaudiologia.*, 16(3), pp. 298-303.

Katz, C. et al. (2004). Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: Effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. *American Journal of orthodontics and dentofacial Orthopedics*, 126, pp.53-57.

Luzzi, V. et al. (2011). Malocclusions and non-nutritive sucking habits: a preliminary study. *Progress in orthodontics*, 12(2), pp. 114-118.

Matheus J. et al. (2004). Efeitos da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo considerando índices de saturação de oxigênio. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 5(3), pp. 282-287.

Medeiros, A. et al. (2009). Correlação entre métodos de aleitamento, hábitos de sucção e comportamentos orofaciais. *Pró-fono Revista de Atualização Científica*, 21(4), pp. 315-319.

Merighi, L. et al. (2007). Ocorrência de disfunção temporomandibular e sua relação com hábitos orais deletérios em crianças do município de monte negro- RO. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 9(4), pp. 497-503.

Moimaz, S. et al. (2009). Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(5), pp. 2477-2484.

Moimaz, S. et al. (2010). Harmful oral suction habits in children: association with breastfeeding and family social profile. *Rev. Odonto Ciênc.*, 25(4), pp. 355-360.

Moresca, C. & Feres, M. (1994). *Ortodontia para fonoaudiologia*. Lovise, pp. 164-175.

Neiva, F & Leone, C. (2007) - B. Evolução do ritmo de sucção e influência da estimulação em prematuros. *Pró-fono revista de atualização científica*, Barueri, 9(3), pp. 241-248.

Neiva, F. & Leone, C. (2006). Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. *Pró-fono Revista de Atualização Científica*, 18(2), pp.141-150.

Neiva, F. & Leone, C. (2007) - A. Efeitos da estimulação da sucção não nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Rev. Paul Pediatría*, 25(2), pp. 129-134.

Pacheco, A. et al. (2012). Relação da respiração oral e hábitos de sucção não- nutritiva com alterações do sistema estomatognático. *Rev. CEFAC*, 14(2), pp. 281-289.

Passos, M. & Bulhosa, J. et al. (2010). Hábitos de Sucção Não Nutritivos, Respiração Bucal, Deglutição Atípica - Impactos na Oclusão Dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 51(2), pp. 121-127.

Peres, K. et al. (2007). Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. *Rev. Saúde Pública*, 41(3), pp. 343-350.

Pinto, A. (1997). *Odontopediatria*. Livraria Santos. 6ª Edição. pp. 133-139.

Pizzol, K. et al. (2012). Prevalência dos hábitos de sucção não nutritiva e sua relação com a idade, gênero e tipo de aleitamento em pré-escolares da cidade de Araraquara. *Rev. CEFAC*, 14(3), pp. 506-515.

Rakosi, T. et al. (1993). *Orthodontic Diagnosis*. Thieme, pp. 85-87.

Rodrigues, J. et al. (2006). Hábitos de sucção e suas interferências no crescimento e desenvolvimento craniofacial da criança. *Odontologia clín. Cientif.*, 5(4), pp. 257-260.

Romero, C. et al. (2011). Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. *J. Appl Oral Sci.*, 19(2), pp. 161-168.

Santos, S. et al. (2009). Nonnutritive sucking habits among preschool-aged children. *Jornal de Pediatria*, 85(5), pp. 408-414.

Silva, E. (2006). Hábitos Bucais deletérios. *Revista Paraense de Medicina*, 20(2), pp. 47-50.

Tanaka, O. et al. (2004). A maloclusão e o hábito de sucção de diferentes dedos. *Jornal brasileiro de Ortodontia & Ortopedia Facial*, 9, pp. 276-283.

Telles, F. et al. (2009). Effect of breast and bottle feeding duration on the age of pacifier use persistence. *Braz Oral Res.*, 23(4), pp.432-438.

Tenório, M. et al. (2005). Sucção digital: Observação em ultra-sonografia e em recém-nascidos. *Radiol bras*, 38(6), pp. 435-438.

Thomaz, E. et al. (2012). Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: A multivariate analysis. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 76, pp. 500-506.

Valdrighi, H. et al. (2004). Hábitos Deletérios x Aleitamento Materno (Sucção digital ou Chupeta). *RGO*, 52(4), pp. 237-239.

Vallejo, A. et al. (2011). Prevalencia de maloclusión en relación com hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *Avances en odontoestomatología*, 27(3), pp. 137-145.

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.

Yemitan, T. et al. (2010). Effects of digit sucking on dental arch dimensions in the primary dentition. *Afr. J. Med. Sci.*, 39, pp. 55-61.

Yokota, R. et al. (2007). Pressure on anterior region of palate during thumb-sucking. *Bull Tokyo Dent Coll*, 48(2), pp. 57-66.