

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

MATHEUS DA SILVEIRA NEU

PREVALÊNCIA DE MÁIS OCLUSÕES ADQUIRIDAS EM PACIENTES DA BEBÊ
CLÍNICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Porto Alegre

2017

MATHEUS DA SILVEIRA NEU

PREVALÊNCIA DE MÁIS OCLUSÕES ADQUIRIDAS EM PACIENTES DA BEBÊ
CLÍNICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para obtenção do título de
Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia
Cançado Figueiredo

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Neu, Matheus da Silveira

Prevalência de más oclusões adquiridas em pacientes da Bebê Clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Matheus da Silveira Neu. -- 2017. 44 f.

Orientadora: Márcia Cançado Figueiredo.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Má oclusão. 2. Hábitos. 3. Criança. I. Figueiredo, Márcia Cançado, orient. II. Título.

Aos meus três pais, Joel, Neuza e Nilson, pela fé depositada em mim nos momentos de dificuldade, e também na alegria, assim como pela construção de meu caráter.

À meu irmão, Yuri, pelos conselhos sempre nobres.

Aos meus avós, Zenitha, Edwaldo (*in memoriam*), Vilma (*in memoriam*), Adão (*in memoriam*) que contribuíram para o meu crescimento pessoal e hoje me protegem.

AGRADECIMENTOS

À professora Márcia Cançado Figueiredo, pelas inúmeras oportunidades dadas nesta vivência na universidade, pela mão alçada em momentos de dificuldade, pelo conhecimento, paciência e confiança em meu potencial.

Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Identificar a prevalência e os tipos de má oclusão encontrados em pacientes de até 36 meses de idade atendidos na Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul a partir da análise dos registros de prontuários abertos em consultas realizadas nos anos de 2006 a 2016. Foi um estudo descritivo, transversal, retrospectivo com base em registros de 368 prontuários de pacientes da Bebê Clínica da FO/UFRGS. A coleta de dados foi realizada por um único avaliador e as informações foram registradas em um banco de dados e analisadas estatisticamente através do teste estatístico *chi-quadrado de Pearson* ($p= 5\%$). A prevalência de má oclusão no presente estudo foi de 13,9%, quanto à sua distribuição, a mordida aberta anterior foi a que apresentou maior prevalência (8,3%), seguida da mordida cruzada bilateral (2,4%), mordida cruzada anterior e overbite acentuado (ambas com 1,33%) e, mordida cruzada unilateral (0,53%). Ao correlacionar cada um dos hábitos bucais deletérios com cada uma das alterações ortodônticas, ortopédicas ou fonoaudiológicas, houve associação estatisticamente significativa ($p=5\%$) entre “Chupeta diurna x Mordida aberta anterior”. Observou-se também uma maior prevalência de más oclusões em crianças de 2 a 3 anos de idade, principalmente em se tratando de mordida aberta anterior proveniente do hábito da chupeta também durante o dia, demonstrando ser a variável mais significativa no desencadeamento das más oclusões.

Palavras-chave: Má oclusão. Hábitos. Criança.

ABSTRACT

To identify the prevalence and types of malocclusion found in patients aged until 36 months at the Baby Clinic of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil, based on the analysis of open records in consultations carried out in the years 2006 to 2016. It was a descriptive, transversal, retrospective study based on medical records of 368 patients of the Baby Clinic of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Rio Grande do Sul. Data collection was performed by a single evaluator and the information was recorded in a database and analyzed statistically using *Pearson's chi-square* statistical test ($p = 5\%$). The prevalence of malocclusion in the present study was 13.9%; in its distribution, the anterior open bite was the one with the highest prevalence (8.3%), followed by bilateral crossbite (2.4%), anterior crossbite and overbite (both with 1.33%) and unilateral crossbite (0.53%). Correlating each of the deleterious oral habits with each of the orthodontic, orthopedic, or phonoaudiological alterations, there was a statistically significant association ($p = 5\%$) between "Pacifier during daytime x anterior open bite". It was also observed a higher prevalence of malocclusion in children from 2 to 3 years of age, especially in the case of anterior open bite from the pacifier habit also during the day, proving to be the most significant variable in the triggering of malocclusions.

Keywords: Malloclusion. Habits. Child.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 ARTIGO	11
3 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	30
ANEXO – FICHA CLÍNICA DA BEBÊ CLÍNICA	32

1 INTRODUÇÃO

A Odontopediatria, hoje, tem a possibilidade de atuar de maneira precoce, na prevenção de possíveis desvios de oclusão, que podem instalar-se logo após o nascimento da criança. Dessa maneira, a integridade do sistema estomatognático pode ser restabelecida através da interceptação, a fim de que a dentadura decídua desenvolva-se normalmente¹. Além disso, ele é considerado o principal responsável no diagnóstico das más oclusões².

Deste modo, atentos a toda essa problemática relacionada aos bebês e, diante da escassez de programas odontológicos para essa faixa etária, foi instituída no início da década de 90 a Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, visando o atendimento odontológico a pacientes de 0 a 36 meses de idade³.

Entende-se por má oclusão, uma relação anormal dos dentes antagonistas quando estes são trazidos à posição habitual, em que um ou mais dentes do arco assumem um contato indesejável com aqueles do arco antagonista. Levando isto em consideração, constitui então uma má oclusão, qualquer desvio de um contato fisiologicamente aceitável entre os arcos dentais⁴. Em geral, uma má oclusão é causada por um misto de fatores hereditários, congênitos, adquiridos, de ordem geral ou local, assim como pela presença de hábitos bucais deletérios⁵.

Como consequência, é possível observar tanto a insatisfação estética do indivíduo, assim como alterações de fala, respiração, postura, mastigação e deglutição, além de disfunções na articulação temporomandibular (ATM)⁶. De acordo com Silva Filho⁷, a porcentagem da população atingida pelos desvios morfológicos da oclusão normal é tão grande, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a má oclusão como o terceiro maior problema odontológico de saúde pública.

Muito destas más oclusões podem ser devido a um hábito bucal, que é nada mais nada menos, do que a repetição constante de um determinado ato ou atitude, com uma determinada finalidade, podendo se tornar inconsciente através da prática constante do mesmo⁸. Alguns autores^{9, 10} afirmaram que os hábitos bucais deletérios são os principais agentes etiológicos das más oclusões, nas fases de dentições decídua e mista, dentre os quais se destaca a sucção digital e o uso da chupeta.

Os hábitos bucais podem ser classificados como normais ou deletérios. Entende-se por hábitos bucais normais e fisiológicos a respiração nasal, a mastigação e a deglutição, já que os mesmos contribuem para o estabelecimento de uma oclusão normal, favorecendo assim o crescimento facial em toda sua plenitude e sem desvios. Já hábitos como a sucção

digital, a sucção de chupeta e mamadeira, a respiração bucal, dentre outros, podem ser considerados hábitos bucais deletérios, os quais apresentam padrões de contração muscular aprendido e de natureza complexa. Os hábitos bucais deletérios tem caráter consciente (com exceção da respiração bucal), em um primeiro momento, e posteriormente inconsciente, podendo atuar como fatores deformadores do crescimento e do desenvolvimento ósseo, das posições dentárias, do processo respiratório e da fala^{10, 11}.

O conhecimento da época correta de remover um hábito bucal deletério, como por exemplo, a sucção digital ou a chupeta pode prevenir o desenvolvimento de futuras más oclusões¹². Segundo Modesto e Camargo¹³, as crianças que apresentam o hábito de sucção de chupeta tendem a abandonar o hábito de maneira mais fácil que os suctores digitais. Desta forma, a chupeta pode ter um papel preventivo (preferencial) quando relacionada à sucção digital.

A amamentação natural, ou aleitamento materno, também demonstra um fator protetivo contra más oclusões, levando em consideração a literatura¹⁴⁻¹⁸. Segundo Carvalho¹⁶, somente a sucção no peito materno promove a atividade muscular correta. A mamadeira gera o trabalho apenas dos músculos bucinadores e do orbicular da boca, deixando de estimular outros músculos, como o pterigóideo lateral, pterigóideo medial, masséter, temporal, digástrico, genio-hióideo e milo-hióideo. O excessivo trabalho muscular dos orbiculares pode influenciar no crescimento craniofacial, levando a arcadas estreitas e falta de espaço para dentes e língua. Este induz, ainda, disfunções na mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala, causando alterações na mordida e más oclusões. Esta situação ocorre com a chupeta, que não requer movimentos de protrusão e retração da mandíbula, importantes para o crescimento craniofacial.

Também seria importante aqui destacar que, a duração, a frequência e a intensidade de um hábito são grandes influenciadores do grau de severidade da má oclusão, bem como a predisposição individual, com presença ou não de doenças somáticas^{8, 19}.

A autocorreção das más oclusões em geral não ocorre, sendo que os desvios que se estabelecem na dentição decídua irão perpetuar-se na dentição mista, assim como na permanente. Esta observação corrobora o consenso mundial de que a intervenção e a interceptação precoce são necessárias, preferencialmente na dentição decídua e mista. Além disso, nas fases onde ocorre o crescimento do indivíduo e alto grau de remodelação, as respostas fisiológicas são melhores: a bioelasticidade óssea está presente contribuindo significativamente para o reequilíbrio do sistema estomatognático^{20, 21}.

Para Castro²² é perceptível um aumento de incidência de más oclusões a partir da erupção dos molares decíduos. Assim, é de suma importância que a primeira visita odontológica ocorra nos primeiros anos de vida da criança, possibilitando ao profissional a prevenção, o diagnóstico e o planejamento do tratamento de más oclusões na dentição decídua. Oliveira²³, entretanto, disse que a avaliação das más oclusões na população e sua necessidade de tratamento tem finalidade para a saúde pública, através da ajuda para determinar a prioridade de tratamento nos serviços publicamente subsidiados, assim como planejar recursos financeiros e serviços odontológicos necessários para suprir tanto a demanda, como o potencial para esse tratamento.

Diante do acima exposto, o presente trabalho objetivou avaliar a prevalência das más oclusões adquiridas em pacientes de até 3 anos de idade da disciplina eletiva Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) nos anos de 2006 a 2016.

2 ARTIGO

PREVALÊNCIA DAS MÁ OCLUSÕES ADQUIRIDAS EM PACIENTES DA BEBÊ CLÍNICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PREVALENCE OF ACQUIRED MALOCCLUSIONS IN PATIENTS OF BABY CLINIC IN FEDERAL UNIVERSITY OF RIO GRANDE DO SUL

Matheus da Silveira Neu, Graduando em Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Márcia Cançado Figueiredo, Doutora e mestre em Odontopediatria, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Departamento de Cirurgia e Ortopedia, Faculdade de Odontologia, UFRGS.

Matheus da Silveira Neu. Rua Júlio de Castilhos, 546. Nova Palma – RS. CEP: 97250-000. Telefone: (51) 99957-8774 / (55) 3266-1247. E-mail: matheusneu1992@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência e os tipos de má oclusão encontrados em pacientes na faixa etária de 0 a 36 meses de idade atendidos na Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul a partir da análise dos registros de prontuários abertos em consultas realizadas nos anos de 2006 a 2016. **Metodologia:** Foi um estudo descritivo, transversal, retrospectivo com base em registros de 369 prontuários de pacientes da Bebê Clínica da FO/UFRGS. A coleta de dados foi realizada por um único avaliador e as informações foram registradas em um banco de dados e analisadas estatisticamente através do teste estatístico *chi-quadrado de Pearson* ($p= 5\%$). **Resultados e Conclusões:** A prevalência de má oclusão no presente estudo foi de 13,9%, quanto à sua distribuição, a mordida aberta anterior foi a que apresentou maior prevalência (8,3%), seguida

da mordida cruzada bilateral (2,4%), mordida cruzada anterior e overbite acentuado (ambas com 1,33%) e, mordida cruzada unilateral (0,53%). Ao correlacionar cada um dos hábitos bucais deletérios com cada uma das alterações ortodônticas, ortopédicas ou fonoaudiológicas, houve associação estatisticamente significativa ($p=5\%$) entre “Chupeta diurna x Mordida aberta anterior”. Observou-se também uma maior prevalência de más oclusões em crianças de 2 a 3 anos de idade, principalmente em se tratando de mordida aberta anterior proveniente do hábito da chupeta também durante o dia, demonstrando ser a variável mais significativa no desencadeamento das más oclusões.

Palavras-chave: Má oclusão; Hábitos; Criança.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence and types of malocclusion found in patients aged 0-36 months at the Baby Clinic of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil, based on the analysis of open records in consultations carried out in the years 2006 to 2016. **Methodology:** It was a descriptive, transversal, retrospective study based on medical records of 369 patients of the Baby Clinic of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Rio Grande do Sul. Data collection was performed by a single evaluator and the information was recorded in a database and analyzed statistically using *Pearson's chi-square* statistical test ($p = 5\%$). **Results and Conclusions:** The prevalence of malocclusion in the present study was 13.9%; in its distribution, the anterior open bite was the one with the highest prevalence (8.3%), followed by bilateral crossbite (2.4%), anterior crossbite and overbite (both with 1.33%) and unilateral crossbite (0.53%). Correlating each of the deleterious oral habits with each of the orthodontic, orthopedic, or phonoaudiological alterations, there was a statistically significant association ($p = 5\%$) between "Pacifier during daytime x anterior open bite". It was also observed a higher prevalence of malocclusion in children from 2 to 3 years of age, especially in the case of anterior open bite from the pacifier

habit also during the day, proving to be the most significant variable in the triggering of malocclusions.

Keywords: Malloclusion; Habits; Child.

INTRODUÇÃO

A Odontopediatria, hoje, tem a possibilidade de atuar de maneira precoce, na prevenção de possíveis desvios de oclusão, que podem instalar-se logo após o nascimento da criança. Dessa maneira, a integridade do sistema estomatognático pode ser restabelecida através da interceptação, a fim de que a dentadura decídua desenvolva-se normalmente¹. Além disso, ele é considerado o principal responsável no diagnóstico das más oclusões².

Deste modo, atentos a toda essa problemática relacionada aos bebês e, diante da escassez de programas odontológicos para essa faixa etária, foi instituída no início da década de 90 a Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, visando o atendimento odontológico a pacientes de 0 a 36 meses de idade³.

Entende-se por má oclusão, uma relação anormal dos dentes antagonistas quando estes são trazidos à posição habitual, em que um ou mais dentes do arco assumem um contato indesejável com aqueles do arco antagonista. Levando isto em consideração, constitui então uma má oclusão, qualquer desvio de um contato fisiologicamente aceitável entre os arcos dentais⁴. Em geral, uma má oclusão é causada por um misto de fatores hereditários, congênitos, adquiridos, de ordem geral ou local, assim como pela presença de hábitos bucais deletérios⁵.

Como consequência, é possível observar tanto a insatisfação estética do indivíduo, assim como alterações de fala, respiração, postura, mastigação e deglutição, além de disfunções na articulação temporo mandibular (ATM)⁶. De acordo com Silva Filho⁷, a porcentagem da população atingida pelos desvios morfológicos da oclusão normal é tão

grande, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a má oclusão como o terceiro maior problema odontológico de saúde pública.

Muito destas más oclusões podem ser devido a um hábito bucal, que é nada mais nada menos, do que a repetição constante de um determinado ato ou atitude, com uma determinada finalidade, podendo se tornar inconsciente através da prática constante do mesmo⁸. Alguns autores^{9, 10} afirmaram que os hábitos bucais deletérios são os principais agentes etiológicos das más oclusões, nas fases de dentições decídua e mista, dentre os quais se destaca a sucção digital e o uso da chupeta.

Os hábitos bucais podem ser classificados como normais ou deletérios. Entende-se por hábitos bucais normais e fisiológicos a respiração nasal, a mastigação e a deglutição, já que os mesmos contribuem para o estabelecimento de uma oclusão normal, favorecendo assim o crescimento facial em toda sua plenitude e sem desvios. Já hábitos como a sucção digital, a sucção de chupeta e mamadeira, a respiração bucal, dentre outros, podem ser considerados hábitos bucais deletérios, os quais apresentam padrões de contração muscular aprendido e de natureza complexa. Os hábitos bucais deletérios tem caráter consciente (com exceção da respiração bucal), em um primeiro momento, e posteriormente inconsciente, podendo atuar como fatores deformadores do crescimento e do desenvolvimento ósseo, das posições dentárias, do processo respiratório e da fala^{10, 11}.

O conhecimento da época correta de remover um hábito bucal deletério, como por exemplo, a sucção digital ou a chupeta pode prevenir o desenvolvimento de futuras más oclusões¹². Segundo Modesto e Camargo (1998)¹³, as crianças que apresentam o hábito de sucção de chupeta tendem a abandonar o hábito de maneira mais fácil que os suctores digitais. Desta forma, a chupeta pode ter um papel preventivo (preferencial) quando relacionada à sucção digital.

A amamentação natural, ou aleitamento materno, também demonstra um fator protetivo contra más oclusões, levando em consideração a literatura¹⁴⁻¹⁸. Segundo Carvalho (1995)¹⁶, somente a sucção no peito materno promove a atividade muscular correta. A mamadeira gera o trabalho apenas dos músculos bucinadores e do orbicular da boca, deixando de estimular outros músculos, como o pterigóideo lateral, pterigóideo medial, masséter, temporal, digástrico, genio-hióideo e milo-hióideo. O excessivo trabalho muscular dos orbiculares pode influenciar no crescimento craniofacial, levando a arcadas estreitas e falta de espaço para dentes e língua. Este induz, ainda, disfunções na mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala, causando alterações na mordida e más oclusões. Esta situação ocorre com a chupeta, que não requer movimentos de protrusão e retração da mandíbula, importantes para o crescimento craniofacial.

Também seria importante aqui destacar que, a duração, a frequência e a intensidade de um hábito são grandes influenciadores do grau de severidade da má oclusão, bem como a predisposição individual, com presença ou não de doenças somáticas^{8,19}.

A autocorreção das más oclusões em geral não ocorre, sendo que os desvios que se estabelecem na dentição decídua irão perpetuar-se na dentição mista, assim como na permanente. Esta observação corrobora o consenso mundial de que a intervenção e a interceptação precoce são necessárias, preferencialmente na dentição decídua e mista. Além disso, nas fases onde ocorre o crescimento do indivíduo e alto grau de remodelação, as respostas fisiológicas são melhores: a bioelasticidade óssea está presente contribuindo significativamente para o reequilíbrio do sistema estomatognático^{20,21}.

Para Castro (2002)²² é perceptível um aumento de incidência de más oclusões a partir da erupção dos molares decíduos. Assim, é de suma importância que a primeira visita odontológica ocorra nos primeiros anos de vida da criança, possibilitando ao profissional a prevenção, o diagnóstico e o planejamento do tratamento de más oclusões na dentição

decídua. Oliveira (2002)²³, entretanto, disse que a avaliação das más oclusões na população e sua necessidade de tratamento tem finalidade para a saúde pública, através da ajuda para determinar a prioridade de tratamento nos serviços publicamente subsidiados, assim como planejar recursos financeiros e serviços odontológicos necessários para suprir tanto a demanda, como o potencial para esse tratamento.

Diante do acima exposto, o presente trabalho objetivou avaliar a prevalência das más oclusões adquiridas em pacientes de até 3 anos de idade da disciplina eletiva Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) nos anos de 2006 a 2016.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo descritivo, transversal, retrospectivo com base em registros de prontuários, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFRGS) com protocolo e número 195.008, obedecendo às exigências da Resolução nº 466/2012. Foram analisados os prontuários odontológicos preenchidos de 368 crianças de até 3 anos de idade de ambos os sexos, atendidas na disciplina eletiva Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no período de janeiro de 2006 a janeiro de 2016.

A coleta de dados foi realizada por um único examinador devidamente treinado, no período de fevereiro a dezembro de 2016 e, todos os dados foram retirados do serviço de arquivo da referida disciplina.

Conforme a ficha clínica de cada paciente, foram observadas e analisadas as seguintes variáveis: identificação do paciente (número do prontuário); idade e sexo do paciente; acompanhante habitual nas consultas; cidade onde reside; motivo da consulta; história médica (anterior e atual); presença de alergias; uso de medicamentos (anteriores e atuais); padrão de sono (tranquilo, dorme com os pais; agitado; dorme sozinho; tranquilo, dorme sozinho;

agitado, dorme com os pais); presença/ausência de bruxismo; hábitos bucais deletérios (chupeta diurna; chupeta noturna; sucção digital noturna; sucção digital diurna); exame intrabucal e extrabucal; alterações ortodônticas, ortopédicas e fonoaudiológicas (mordida aberta anterior; mordida cruzada unilateral; mordida cruzada anterior; mordida cruzada bilateral; overbite acentuado).

Conforme a ficha clínica de cada paciente, foram observadas e analisadas as seguintes variáveis: identificação do paciente (número do prontuário); idade e sexo do paciente; acompanhante habitual nas consultas; cidade onde reside; motivo da consulta; história médica (anterior e atual); presença de alergias; uso de medicamentos (anteriores e atuais); padrão de sono (tranquilo, dorme com os pais; agitado; dorme sozinho); presença/ausência de bruxismo; hábitos bucais deletérios (chupeta diurna; chupeta noturna; sucção digital noturna; sucção digital diurna); exame intrabucal e extrabucal; alterações ortodônticas, ortopédicas e fonoaudiológicas (mordida aberta anterior; mordida cruzada unilateral; mordida cruzada anterior; mordida cruzada bilateral; overbite acentuado).

Foram inclusos neste estudo todos os pacientes com fichas clínicas devidamente preenchidas e atualizadas, bem como foram excluídos os que apresentavam erros ou lacunas de preenchimento, assim como prontuários não atualizados.

Todas as informações foram registradas em um banco de dados do programa Microsoft Excel 2016 e após, foi realizada a análise estatística descritiva com auxílio do software *SPSS* versão 17.0, buscando dados de frequências simples e percentuais das variáveis coletadas. A associação entre as variáveis foi avaliada por meio do teste estatístico *chi-quadrado de Pearson* em que os valores de p foram considerados estatisticamente significantes quando $p = 5\%$. As variáveis testadas foram as seguintes: idade x hábitos; idade x alterações ortodônticas, ortopédicas e fonoaudiológicas; sono x bruxismo; sono x hábitos; hábitos x bruxismo; hábitos x alterações ortodônticas, ortopédicas e fonoaudiológicas.

RESULTADOS

Este trabalho contou com uma amostra de 368 prontuários de crianças. Em sua totalidade, foram provenientes da disciplina de Bebê Clínica, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

As crianças avaliadas tinham idade variando entre 0 e 3 anos. O grupo de crianças de “0 a 1 ano” correspondia a 13% da amostra, enquanto o grupo de “1 a 2 anos” 28,2% da amostra e, o grupo de “2 a 3 anos” a 58,8% da amostra, como demonstrado na Figura 1.

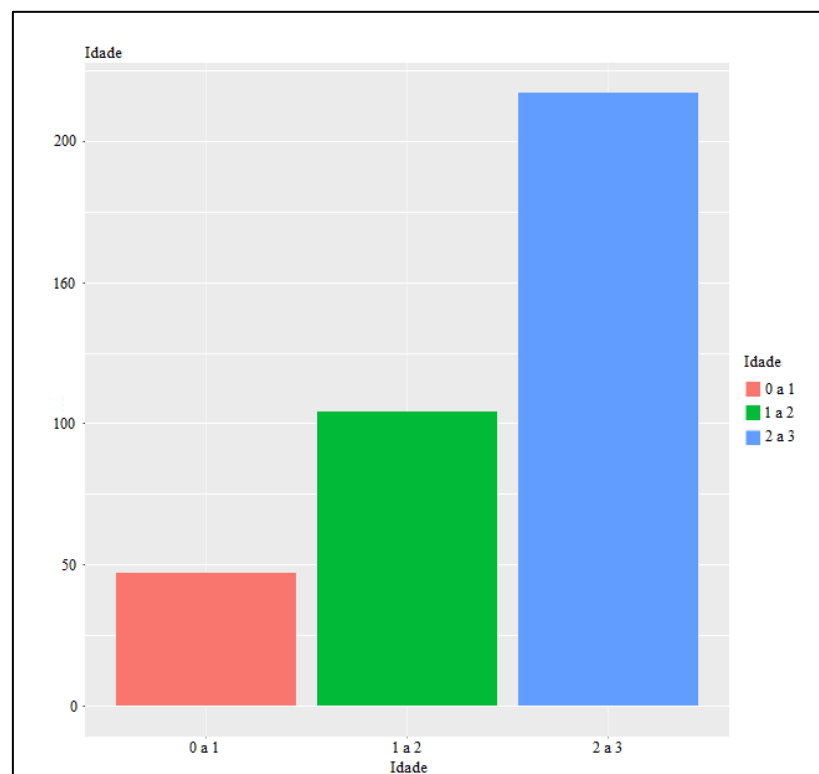


Figura 1 - Proporções das idades das crianças avaliadas

Quanto à distribuição segundo região onde elas viviam, 78% delas eram residentes no município de Porto Alegre, valor superior ao número de crianças que se deslocavam de outros municípios para buscar atendimento na Bebê Clínica (22%). Em relação ao motivo da

consulta, a cárie dentária foi o mais prevalente (44%), seguido da prevenção (26,4%), trauma (16,4%), alterações da mucosa (6,9%) e anomalias dentárias (6,3%), conforme demonstrado na Figura 2.

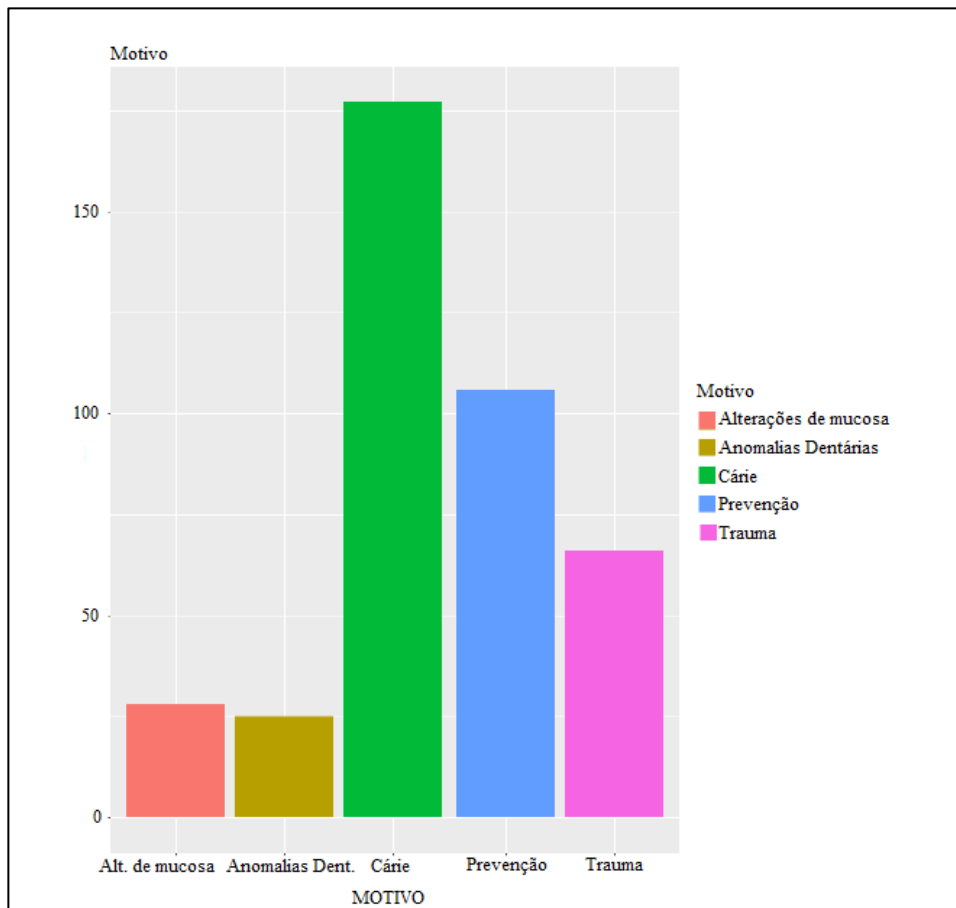


Figura 2 - Proporções dos motivos de consulta

Em relação à presença de hábitos deletérios, a maior prevalência foi da sucção de chupeta à noite (20,7%), seguido da sucção de chupeta ao dia (18,8%), sucção digital ao dia (7,7%) e sucção digital à noite (1,5%). 51,3% das crianças não apresentaram registro destes hábitos deletérios, como demonstrado na Figura 3.

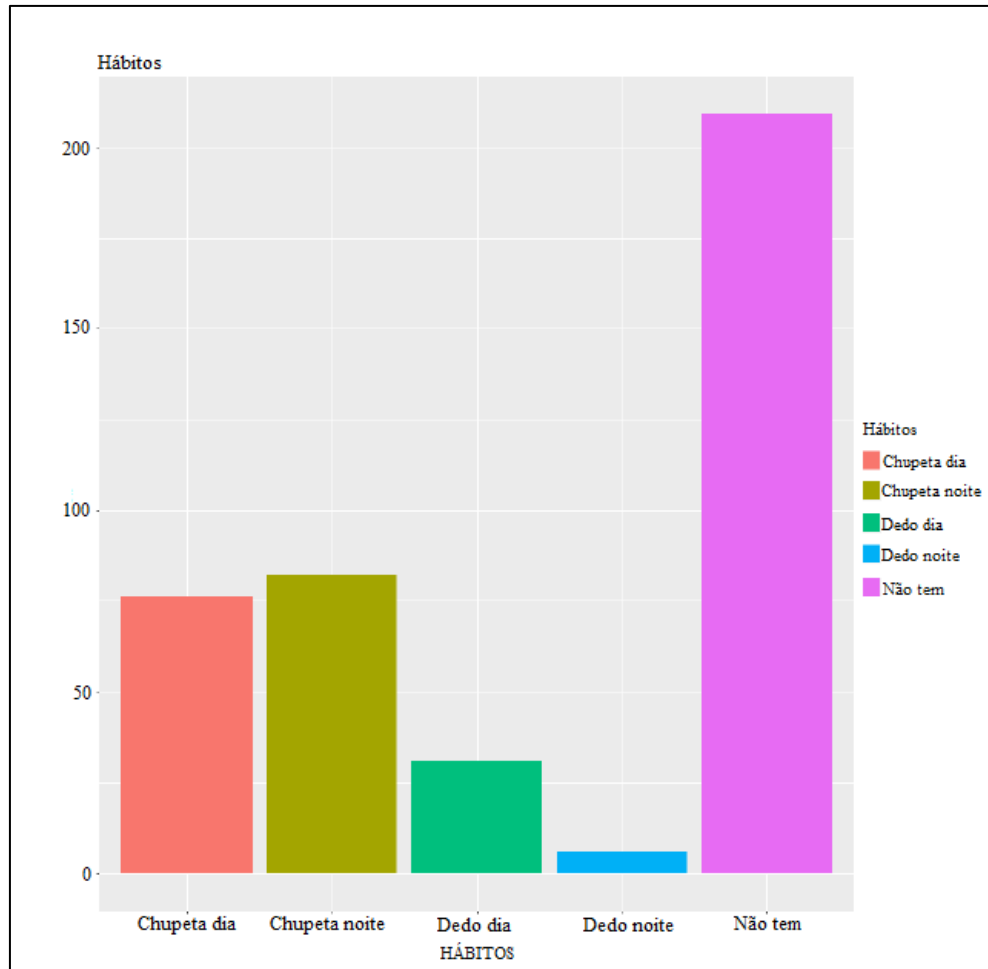


Figura 3 - Proporções dos hábitos deletérios

Avaliando o sono das crianças, a maioria relatou ter um sono “tranquilo, dorme com os pais” (41,3%), seguido de “agitado, dorme com os pais” (25,8%), “tranquilo, dorme sozinho” (25,2%) e “agitado, dorme sozinho” (7,7%). A presença de bruxismo foi relatada em 19,5% das crianças.

As más oclusões foram categorizadas em múltiplas escolhas no prontuário da Bebê Clínica. A prevalência de má oclusão no presente estudo foi de 13,9%. Quanto à sua distribuição, a mordida aberta anterior foi a que apresentou maior prevalência (8,3%), seguida da mordida cruzada bilateral (2,4%), mordida cruzada anterior e overbite acentuado (ambas com 1,3%) e mordida cruzada unilateral (0,5%). No restante da amostra, não foram relatadas más oclusões. A Figura 4 apresenta a distribuição das más oclusões.

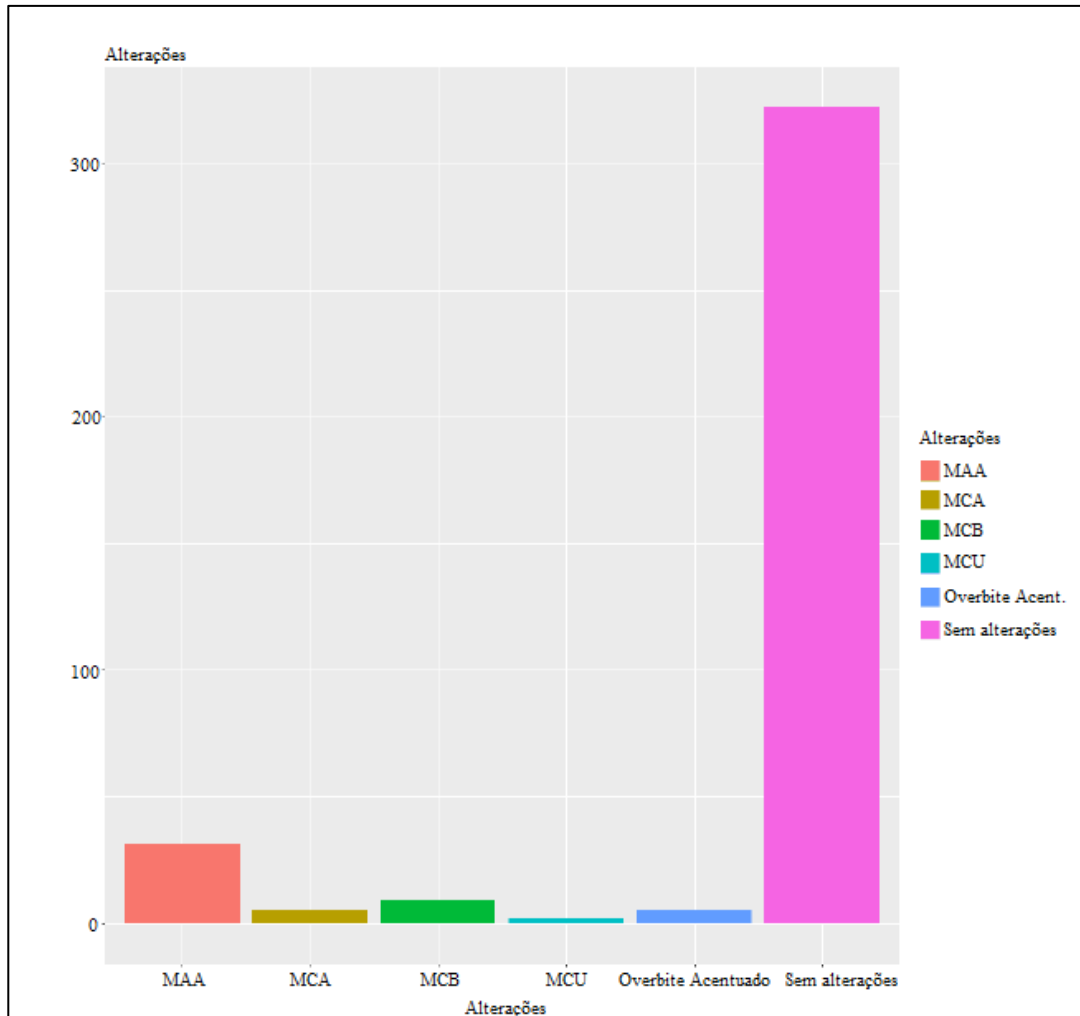


Figura 4 - Proporção da distribuição de más oclusões

Ao correlacionar cada um dos hábitos bucais deletérios com cada uma das alterações ortodônticas, ortopédicas ou fonoaudiológicas, houve associações estatisticamente significantes ($p=5\%$) no caso de “Chupeta diurna x Mordida aberta anterior”, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Correlações entre Hábitos Deletérios x Alterações Ortodônticas, Ortopédicas e Fonoaudiológicas

Tabela 1: Hábitos x Alt

χ^2	Hábito1		χ^2	Hábito2		χ^2	Hábito3		Hábito4		χ^2	Hábito5		
Alt2	Sim	Não	Alt2	Sim	Não	Alt2	Sim	Não	Alt2	Sim	Não	Alt2	Sim	Não
Não	204	159	Não	76	287	Não	82	281	Não	31	332	Não	6	357
Sim	5	0	Sim	0	5	Sim	0	5	Sim	0	5	Sim	0	5
χ^2	Hábito1			Hábito2			Hábito3			Hábito4			Hábito5	
Alt3	Sim	Não	Alt3	Sim	Não	Alt3	Sim	Não	Alt3	Sim	Não	Alt3	Sim	Não
Não	202	135	Não	60	277	Não	73	264	Não	29	308	Não	6	331
Sim	7	24	Sim	16	15	Sim	9	22	Sim	2	29	Sim	0	31
p-valor = 0.0001			p-valor = 2.46e-05											
χ^2	Hábito1		χ^2	Hábito2		χ^2	Hábito3		χ^2	Hábito4		χ^2	Hábito5	
Alt4	Sim	Não	Alt4	Sim	Não	Alt4	Sim	Não	Alt4	Sim	Não	Alt4	Sim	Não
Não	206	157	Não	76	287	Não	80	283	Não	30	333	Não	6	357
Sim	3	2	Sim	0	5	Sim	2	3	Sim	1	4	Sim	0	5
χ^2	Hábito1		χ^2	Hábito2		χ^2	Hábito3		χ^2	Hábito4		χ^2	Hábito5	
Alt5	Sim	Não	Alt5	Sim	Não	Alt5	Sim	Não	Alt5	Sim	Não	Alt5	Sim	Não
Não	209	157	Não	75	291	Não	81	285	Não	31	335	Não	6	360
Sim	0	2	Sim	1	1	Sim	1	1	Sim	0	2	Sim	0	2
χ^2	Hábito1		χ^2	Hábito2		χ^2	Hábito3		χ^2	Hábito4		χ^2	Hábito5	
Alt6	Sim	Não	Alt6	Sim	Não	Alt6	Sim	Não	Alt6	Sim	Não	Alt6	Sim	Não
Não	203	156	Não	74	285	Não	80	279	Não	31	328	Não	6	353
Sim	6	3	Sim	2	7	Sim	2	7	Sim	0	9	Sim	0	9

Legenda:

Hábito 1 – Sem hábitos deletérios;
 Hábito 2 – Chupeta diurna;
 Hábito 3 – Chupeta noturna;
 Hábito 4 – Sucção digital diurna;
 Hábito 5 – Sucção digital noturna;

Alt. 2 – Overbite acentuado;
 Alt. 3 – Mordida aberta anterior;
 Alt. 4 – Mordida cruzada anterior;
 Alt. 5 – Mordida cruzada unilateral;
 Alt. 6 – Mordida cruzada bilateral.

Correlacionando os hábitos bucais deletérios de sucção de chupeta e sucção digital com o bruxismo, não ocorreu nenhuma correlação estatisticamente significativa. O bruxismo apenas mostrou-se mais prevalente entre crianças que utilizavam chupeta durante a noite.

Na correlação de idade com alterações ortodônticas, ortopédicas e fonoaudiológicas, não houve associação estatisticamente significativa, porém, observou-se a maior prevalência de más oclusões em crianças de 2 a 3 anos, principalmente para mordida aberta anterior, conforme ilustra a Tabela 2.

Tabela 2 - Correlação de idade x Alterações Ortodônticas, Ortopédicas e Fonoaudiológicas

Tabela 2: Idade x Alt											
χ^2	Idade			χ^2	Idade			χ^2	Idade		
Alt1	0 a 1	1 a 2	2 a 3	Alt2	0 a 1	1 a 2	2 a 3	Alt3	0 a 1	1 a 2	2 a 3
Não	4	10	32	Não	46	103	214	Não	45	97	195
Sim	43	94	185	Sim	1	1	3	Sim	2	7	22
χ^2	Idade			χ^2	Idade			χ^2	Idade		
Alt4	0 a 1	1 a 2	2 a 3	Alt5	0 a 1	1 a 2	2 a 3	Alt6	0 a 1	1 a 2	2 a 3
Não	47	103	213	Não	47	104	215	Não	45	103	211
Sim	1	4	1	Sim	2	2	2	Sim	2	1	6

Legenda:

Alt.1 – Sem alteração;

Alt.2 – Overbite acentuado;

Alt.3 – Mordida aberta anterior;

Alt.4 – Mordida cruzada anterior;

Alt.5 – Mordida cruzada unilateral;

Alt.6 – Mordida cruzada bilateral

Por fim, ao correlacionar a idade com hábitos deletérios, houve uma associação estatisticamente significativa (5%) entre a idade e a ausência de hábitos e a idade e a chupeta noturna. Observou-se também maior prevalência de crianças de 2 a 3 anos de idade com presença de hábitos bucais deletérios e, tal fato está demonstrado abaixo na Tabela 3.

Tabela 3 - Correlações entre idade x hábitos deletérios

Tabela 3: Idade x Hábitos															
χ^2	Idade			χ^2	Idade			χ^2	Idade			χ^2	Idade		
Hábito 1	0 a	1 a	2 a	Hábito 2	0 a	1 a	2 a	Hábito 3	0 a	1 a	2 a	Hábito 4	0 a	1 a	2 a
Não	26	50	83	Não	38	80	174	Não	31	78	177	Não	43	91	203
Sim	21	54	134	Sim	9	24	43	Sim	16	26	40	Sim	4	13	14
p-valor = 0.0500								p-valor = 0.0484							
χ^2	Idade														
Hábito 5	0 a	1 a	2 a												
Não	46	102	214												
Sim	1	2	3												

Legenda:

Hábito 1 – Sem hábitos deletérios;

Hábito 2 – Chupeta diurna;

Hábito 3 – Chupeta noturna;

Hábito 4 – Sucção digital diurna;

Hábito 5 – Sucção digital noturna

DISCUSSÃO

Uma significativa presença de más oclusões na amostra analisada (13,9%) evidencia a necessidade da introdução de medidas preventivas e interceptativas destas más oclusões ainda na primeira infância, o que está de acordo com os achados da literatura consultada²⁰. A relação oclusão na primeira dentição tem sido alvo de discussões por muito tempo, assim como suas consequências na dentição permanente. Segundo os estudos de Baume²⁰, se existe alguma má oclusão na dentição decídua, o mesmo poderá ocorrer na permanente, até mesmo em maior grau. Neste seu estudo, foram acompanhadas 60 crianças em relação à transição da dentição decídua para a permanente e, concluiu-se que as más oclusões encontradas na primeira dentição continuam na segunda, assim como o crescimento e desenvolvimento continuam seguindo o mesmo padrão. Isso conota a importância da primeira consulta odontológica nos primeiros anos de vida da criança.

Embora a expectativa fosse encontrar menos más oclusões em associação significativa com a frequência de sucção de chupeta devido à idade das crianças, esta correlação não foi confirmada. A simples presença do uso da chupeta em um único momento do dia, já foi suficiente para a observação de más oclusões, principalmente em se tratando da mordida aberta anterior, na faixa etária das crianças com 2 a 3 anos de idade. Moimaz et al. (2014)³¹ relataram uma taxa de 33,8% de mordida aberta anterior em crianças de 30 meses, associada à hábitos de sucção não nutritivos. O mesmo foi observado por Bezerra e Cavalcanti (2014)²⁸, que encontraram uma prevalência de 45,5% de mordida aberta anterior em crianças entre 3 e 5 anos, associada à hábitos de sucção não nutritivos. Também, Karjalainen et al.²⁴ encontraram uma prevalência de mordida aberta anterior de 18% em 148 crianças de 3 anos. A proporção de crianças com mordida aberta anterior associada a hábitos de sucção não nutritivos (sucção de chupeta e sucção digital) foi significativamente maior do que as sem tais hábitos.

Outros hábitos bucais apresentados pelas crianças da amostra analisada, como a sucção digital diurna e noturna e o bruxismo, não se mostraram estatisticamente significantes em relação à presença de más oclusões. Thomaz e Valença (2005)²⁵ ao avaliarem as más oclusões e seus fatores relacionados à sua ocorrência em um estudo com 1056 crianças entre 3 e 6 anos, evidenciaram a prevalência de mordida aberta anterior (15,05%), tendo a sucção de chupeta como o hábito bucal deletério mais presente (44,2%). O bruxismo também foi diagnosticado em uma reduzida parcela desta amostra, 1,4% dos casos, ou seja, apenas presente naquelas crianças que faziam uso da chupeta no período da noite. Outros autores²⁶ afirmaram haver relação estatisticamente significativa entre o bruxismo e os hábitos bucais e, avaliando os resultados do presente trabalho, dos tipos específicos dos hábitos encontrados, uma frequência maior de bruxismo foi observada nas crianças com hábito de sucção de chupeta à noite.

Potasz, et al (2008)²⁷ encontraram uma prevalência de 6,4% de bruxismo noturno na amostra avaliada e, ressaltaram que seria importante destacar o tipo e a função do sono para uma criança, o qual seria complexo e por onde se modificam todos os processos fisiológicos, sendo considerado uma atividade protetora e de sobrevivência. Concluíram ainda, que dentre os vários fatores que influenciaram o distúrbio do sono das crianças avaliadas estava o comportamento intrafamiliar. No resultado do trabalho em questão, 41,3% das crianças tiveram o sono tranquilo e dormiam com os seus pais.

Complementando os dados com relação à prevalência de outros tipos de má oclusão na dentição decídua, Bezerra e Cavalcanti (2006)²⁸ encontrou uma prevalência de 25,5% de mordida cruzada posterior, assim como 19,8% de overbite acentuado em crianças de 3 a 5 anos. Silva Filho et al. (2002)²⁹ e Silva Filho et al. (2003)³⁰ em estudos epidemiológicos, verificaram uma certa prevalência da mordida cruzada posterior e, que as crianças diagnosticadas com esta má oclusão, também apresentavam hábitos bucais deletérios. No

presente trabalho a mordida cruzada posterior bilateral foi de 2,4%. Moimaz et al. (2014)³¹ encontraram uma prevalência de 42,5% para mordida cruzada posterior em 80 crianças aos 30 meses avaliadas e, uma alta prevalência do uso de chupeta (38,75%) aos 18 e 30 meses. Sem dúvida alguma estes hábitos bucais infantis podem ser vistos como resultados da repetição de um ato com determinado fim, tornando-se com o tempo resistente às mudanças.

O overbite acentuado (1,33%) foi encontrado na referida amostra e corroborando com os resultados de Albuquerque et al.(2009)³² que examinando 292 crianças com idades entre 12 e 26 meses, em estudo sobre a prevalência de más oclusões, também encontraram overbite exagerado (15,4%).

Apesar de não se ter confirmação da relação entre os hábitos bucais deletérios e este tipo de má oclusão, o importante é que os pacientes necessitam de uma abordagem odontopediátrica, que englobe não só o controle mecânico do processo, mas também, o controle psicológico, com uma interrelação multidisciplinar, a fim de proporcionar um atendimento holístico ao bebê.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente trabalho nos permitem concluir que:

1. Ficou constatada a presença de más oclusões adquiridas em crianças na faixa etária avaliada;
2. Houve correlação de hábitos bucais inadequados em relação à presença de más oclusões adquiridas na população estudada;
3. A chupeta revelou ser variável mais significativa no desencadeamento de más oclusões adquiridas em crianças de até 36 meses.

REFERÊNCIAS

- 1 American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. *Pediatr Dent Chicago*. 2005-2006;27(7):143-155.
- 2 Ferreira SLM, Fonesca R, Haddad AE, Fonoff RDN, Sant'Anna VML. Dinâmica do crescimento ânteroposterior da mandíbula: aplicações em odontopediatria. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 1999 Nov/Dez;2(10):411-8.
- 3 Emerim JS, Silva LVR, Sampaio MS, Figueiredo MC. Perfil dos pacientes atendidos na Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul entre os anos de 2006 e 2011. *UEPG Biol Health Sci*. 2012 Jul/Dez;18(2):93-100.
- 4 Paiva HJ, Cavalcante HCC. Oclusão natural. In: Paiva HJ. *Oclusão: noções e conceitos básicos*. São Paulo: Santos; 1997. p. 65-76.
- 5 Moyers RE. Etiologia da maloclusão. In: Moyers RE. *Ortodontia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p. 127-40.
- 6 Leite-Cavalcanti A, Medeiros-Bezerra PK, Moura C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. *Rev Salud Pública*. 2007; 9:194-204.
- 7 Silva Filho OG, Ferrari Junior FM, Aiello CA, Zopone N. Correção da mordida cruzada posterior nas dentaduras decídua e mista. *Rev APCD*. 2000 Mar/Abr;54(2):142-7.
- 8 Rabello MCVB, Bausells J, Benfatti SV, Percinoto C. Hábitos de sucção em crianças do município de Marília, SP. *Rev Cienc Odontol*. 2000 Jan/Dez;3(3):59-65.
- 9 Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*. 2000 Jun;34(3):299-303.
- 10 Amary ICM, Rossi LAF, Yumoto VA, Ferreira VJA, Marchesan IQ. Hábitos deletérios – alterações de oclusão. *Rev CEFAC*. 2002;4:123-6.
- 11 Albuquerque Junior HR, Barros AM, Braga JPV, Carvalho MF, Maia MCG. Hábito bucal deletério e má-oclusão em pacientes da clínica infantil do curso de odontologia da Universidade de Fortaleza. *Rev Bras em Promoção de Saúde*. 2007;20(1):40-5.
- 12 Dolci GS, Ferreira EJB, Mello ALF. Relação entre hábitos de sucção e maloclusões. *J Bras Ortodon Ortop Facial*. 2001 Set/Out;6(35):379-385.
- 13 Modesto A, Camargo MCF. Chupeta: bandida ou mocinha? *J APCD*. 1998 Jan;32(489):29.
- 14 Serra-Negra JMC, Pordeus IA, Rocha Jr JF. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. *Rev Odontol Univ*. 1997 Abr/Jun;11(2):79-86.
- 15 Gimenez CMM, Moraes ABA, Bertoz AP, Bertoz FA, Ambrosano GB. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2008 Mar/Abr;13(2):70-83.
- 16 Carvalho GD. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. *Rev Secret Saúde*. 1995;10:12-3.
- 17 Leite ICG, Rodrigues CC, Faria AR, Medeiros GV, Pires LA. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. *Revista APCD*. 1999;53:151-5.
- 18 Viggiano D, Fasano D, Monaco G, et al. Breast feeding, bottle feeding and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child*. 2004;89:1121-3.
- 19 Black B, Kövesei E, Chusid IJ. Hábitos bucais nocivos. *Ortodontia*. 1990 Maio/Ago;23(2):40-4.
- 20 Baume LJ. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion: I. The biogenetic course of the deciduous dentition. *J Dent Res*. 1950 Apr;29(2):123-32.

- 21 Legovic, M, Ostric, L. The effects of feeding methods on the growth of the jaws in infants. *J Dent Child*. 1991 May/June;58(3):253-5.
- 22 Castro LA, Modesto VR, Soviero VLM. Estudo transversal da evolução da dentição decídua: forma dos arcos, sobressaliência e sobremordida. *Pesqui Odontol Bras*. 2002 Out/Dez;16(4):367-73.
- 23 Oliveira, CM. Maloclusão no contexto da saúde pública. In: Bonecker, M, Sheiham, A. *Promovendo saúde bucal na infância e adolescência*. São Paulo: Santos; 2004. p.75-84.
- 24 Karjalainen S, Rönning O, Lapinleimu H, Simell O. Association between early weaning, non-nutritive sucking habits and occlusal anomalies in 3-year old finnish children. *Int J Paediatr Dent*. 1999 Sept;9(3):169-73.
- 25 Thomaz EBAF, Valença AMG. Prevalência de má-oclusão e fatores relacionados a sua ocorrência em pré-escolares da cidade de São Luís – MA – Brasil. *Rev Pós Grad*. 2005 Abr/Jun;12(2):212-21.
- 26 Gonçalves LPV, Toledo OA, Otero SAM. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2010 Mar/Abr;15(2):97-104.
- 27 Potasz C, Carvalho LBC, Natale VB, Russo CRA, Ferreira VR, Varela MJV et al. Influência dos distúrbios do sono no comportamento da criança. *Rev Neurocienc*. 2008;16(2):124-9.
- 28 Bezerra PKM, Cavalcanti AL. Características e distribuição das maloclusões em pré-escolares. *Rev Cienc Med Biol*. 2006 Maio/Ago;5(2):117-23.
- 29 Silva Filho RG, Silva Filho OG, Silva PRB, Rego MVNN, Silva FPL, Cavassan AO et al. Epidemiologia da má oclusão na dentadura decídua. *Ortodontia*. 2002 Jan/Mar;25(1):22-33.
- 30 Silva Filho OG, Cavassan AO, Rego MVNN, Baleirine PR. Hábitos de sucção e má-oclusão: epidemiologia na dentadura decídua. *Rev Clin Ortodon Dental Press*. 2003 Out/Nov;2(5):57-74.
- 31 Moimaz SA, Garbin AJ, Lima AM, Lolli LF, Saliba O, Garbin CA. Longitudinal study of habits leading to malocclusion development in children. *BMC Oral Health*. 2014 Aug;14(96):1-6.
- 32 Albuquerque SSL, Duarte RC, Cavalcanti AL, Beltrão EM. Prevalência de más oclusões em crianças com 12 a 36 meses de idade em João Pessoa, Paraíba. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2009 Nov/Dez;14(6):50-7.

3 CONCLUSÃO

Os resultados do presente trabalho nos permitem concluir que:

1. Ficou constatada a presença de más oclusões adquiridas em crianças na faixa etária avaliada;
2. Houve correlação de hábitos bucais inadequados em relação à presença de más oclusões adquiridas na população estudada;
3. A chupeta revelou ser variável mais significativa no desencadeamento de más oclusões em crianças de até 36 meses.

REFERÊNCIAS

- 1 American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. *Pediatr Dent Chicago*. 2005-2006;27(7):143-55.
- 2 Ferreira SLM, Fonesca R, Haddad AE, Fonoff RDN, Sant'Anna VML. Dinâmica do crescimento ânteroposterior da mandíbula: aplicações em odontopediatria. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 1999 nov/dez;2(10):411-8.
- 3 Emerim JS, Silva LVR, Sampaio MS, Figueiredo MC. Perfil dos pacientes atendidos na Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul entre os anos de 2006 e 2011. *UEPG Biol Health Sci*. 2012 jul/dez;18(2):93-100.
- 4 Paiva HJ, Cavalcante HCC. Oclusão natural. In: Paiva HJ. *Oclusão: noções e conceitos básicos*. São Paulo: Santos; 1997. p. 65-76.
- 5 Moyers RE. Etiologia da malocclusão. In: Moyers RE. *Ortodontia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p. 127-40.
- 6 Leite-Cavalcanti A, Medeiros-Bezerra PK, Moura C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e malocclusões em pré-escolares brasileiros. *Rev Salud Pública*. 2007; 9:194-204.
- 7 Silva Filho OG, Ferrari Junior FM, Aiello CA, Zopone N. Correção da mordida cruzada posterior nas dentaduras decídua e mista. *Rev APCD*. 2000 mar/abr;54(2):142-7.
- 8 Rabello MCVB, Bausells J, Benfatti SV, Percinoto C. Hábitos de sucção em crianças do município de Marília, SP. *Rev Cienc Odontol*. 2000 jan/dez;3(3):59-65.
- 9 Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*. 2000 jun;34(3):299-303.
- 10 Amary ICM, Rossi LAF, Yumoto VA, Ferreira VJA, Marchesan IQ. Hábitos deletérios – alterações de oclusão. *Rev CEFAC*. 2002;4:123-6.
- 11 Albuquerque Junior HR, Barros AM, Braga JPV, Carvalho MF, Maia MCG. Hábito bucal deletério e má-oclusão em pacientes da clínica infantil do curso de odontologia da Universidade de Fortaleza. *Rev Bras em Promoção de Saúde*. 2007;20(1):40-5.
- 12 Dolci GS, Ferreira EJB, Mello ALF. Relação entre hábitos de sucção e malocclusões. *J Bras Ortodon Ortop Facial*. 2001 set/out;6(35):379-85.
- 13 Modesto A, Camargo MCF. Chupeta: bandida ou mocinha? *J APCD*. 1998 jan;32(489):29.
- 14 Serra-Negra JMC, Pordeus IA, Rocha Jr JF. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e malocclusões. *Rev Odontol Univ*. 1997 abr/jun;11(2):79-86.
- 15 Gimenez CMM, Moraes ABA, Bertoz AP, Bertoz FA, Ambrosano GB. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos

infantis. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2008 mar/abr;13(2):70-83.

16 Carvalho GD. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. Rev Secret Saúde. 1995;10:12-3.

17 Leite ICG, Rodrigues CC, Faria AR, Medeiros GV, Pires LA. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. Revista APCD. 1999;53:151-5.

18 Viggiano D, Fasano D, Monaco G, et al. Breast feeding, bottle feeding and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. Arch Dis Child. 2004;89:1121-3.

19 Black B, Kövesei E, Chusid IJ. Hábitos bucais nocivos. Ortodontia. 1990 maio/ago;23(2):40-4.

20 Baume LJ. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion: I. The biogenetic course of the deciduous dentition. J Dent Res. 1950 Apr;29(2):123-32.

21 Legovic, M, Ostric, L. The effects of feeding methods on the growth of the jaws in infants. J Dent Child. 1991 May/June;58(3):253-5.

22 Castro LA, Modesto VR, Soviero VLM. Estudo transversal da evolução da dentição decídua: forma dos arcos, sobressaliência e sobremordida. Pesqui Odontol Bras. 2002 out/dez;16(4):367-73.

23 Oliveira, CM. Malocclusão no contexto da saúde pública. In: Bonecker, M, Sheiham, A. Promovendo saúde bucal na infância e adolescência. São Paulo: Santos; 2004. p. 75-84.

ANEXO – FICHA CLÍNICA DA BEBÊ CLÍNICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ORTOPEDIA

Disciplina Eletiva ODO 01017: BEBÊ CLÍNICA

CURSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: BEBÊ CLÍNICA

FICHA CLÍNICA

Nome do Aluno _____ Ano 20__ .

() BEBÊ CLÍNICA () CEO/SUS N^o de

Identificação _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ ano(s) e _____ mês (meses).

Sexo: 1. () F 2. () M Cor: () Branca () Negra () Parda () Amarela

Pai: _____

Mãe: _____

—

Profissão _____ da

mãe: _____

Profissão _____ do

pai: _____

Nome do responsável pelo bebê (letra de

forma): _____

Grau de Instrução da Mãe: () Analfabeta () Ens.Fundamental () Ens.Médio ()
Ens.Superior

Endereço: _____

_____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP _____

Telefones de contato (cel.não): _____

Pediatra ou UBS: _____

Certidão de nascimento: Número _____

Quem está acompanhando o bebê?

1.() Mãe 2.() Pai 3.() Avós 4.() Tios 5.() Outros

TERMO DE COMPROMISSO: Afirmo serem verdadeiros todos os dados relatados e assumo total responsabilidade se alguma informação for omitida pela minha pessoa. Estou consciente de que minha presença na sala de atendimento será permitida quando solicitada pelo profissional.

Assinatura do responsável: _____

2. MOTIVO DA CONSULTA: (Por que o responsável está trazendo o bebê?).

- 1. () Prevenção
- 2. () Cárie
- 3. () Traumatismo
- 4. () Alterações da mucosa
- 5. () Anomalias dentárias

3. ANAMNESE:

A. Gestação e parto:

- Gestação: () Normal () De risco
- Dieta da mãe durante a gestação: 1.() Cariogênica 2. () Não cariogênica
- Parto: 1.() Normal 2. () Cesárea 3. () A fórceps 4.() Prematuro _____ semanas

B. Tipo de aleitamento do bebê nos primeiros 6 (seis) meses de idade:

- 1. () Leite materno
- 2. () Leite bovino puro
- 3. () Associações e/ou formulações (leite+açúcar, leite+Nescau, leite em pó, etc.).

Período: 1. () Só diurno 2. () Diurno e noturno 3. () Só noturno

C. História médica anterior nos primeiros 3 (três) anos de vida:

Alguma doença sistêmica? () Não () Sim Qual(ais)? _____

Tomou todas as vacinas? () Não () Sim Qual(ais) faltou(aram)?

A criança tem otites de repetição (dor de ouvido frequente)? () Sim () Não

Já realizou avaliação auditiva () Sim Resultado: _____ () Não

D. História médica atual:

Estado geral de saúde? () Bom () Regular () Ruim

Toma alguma medicação? () Não () Sim Qual? _____ Para quê? _____

Tem alergia? () Não () Sim Qual?

Peso: _____ (Kg) Altura: _____ (cm) Data da última medida _____/_____/_____

A idade é compatível com o peso e altura? () Não () Sim

E. História odontológica:

É a primeira ida ao dentista? () Não () Sim Onde? () Serviço privado () Serviço público.

Teve algum traumatismo dentário? () Não () Sim Com que idade? _____ ano(s) _____ mês(meses)

Tipo: () Concussão () Subluxação () Luxação lateral () Luxação intrusiva

() Luxação extrusiva () Avulsão () Fratura coronária () Fratura radicular

Fizeram algum tratamento? () Não () Sim Qual? _____

F. Sono:

() Tranquilo () Agitado () Dorme no quarto () Só () Com pais

Criança tem dificuldade para adormecer () Não () Sim () Não dorme sozinho () Tem ritual para dormir Qual? _____

Range ou aperta os dentes? () Não () Sim () Durante o dia () Durante a noite

G. Criança passa o dia:

Onde? () Casa dos pais () Creche () Casa dos avós () Casa de outras pessoas _____

Com quem? () Mãe () Pai () Irmãos () Empregada () Avós () Outros _____

H. Dieta alimentar:

Café da manhã () Não () Sim O quê? _____

Lanche () Não () Sim O quê? _____

Almoço () Não () Sim O quê? _____

Lanche (da tarde) () Não () Sim O quê? _____

Jantar () Não () Sim O quê? _____

Belisca (sol./liq) entre/após refeições? () Sim () Não; o quê? _____

Tipo de consistência predominante () Líquido () pastoso () sólido

Aleitamento na madrugada () Não () Sim. Frequência? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou +

Aleitamento Atual: 1 () Materno 2 () Materno + Associações 3 () Bovino (puro)

Tempo de aleitamento materno: _____

Mamadeira () Sim () Não Quantidade diária _____

Classificação da dieta: () Não cariogênica () Cariogênica (6 ou + ingestas de açúcar).

I. Quanto aos hábitos bucais:

- Usa chupeta? () Não () Sim () Durante o dia () Só na hora de dormir

- Colocam algo na chupeta? () Não () Sim O quê? _____
- Chupa dedo? () Não () Sim () Durante o dia () Durante a noite

J. Higienização bucal:

- () Não () Sim Por quem? () Pais () Avós () Criança () Outros _____
- Com o quê? () Fralda, gaze ou pano () Escova dental () Dedeira
- Frequência da higienização: 1X () 2X () **3X** () + de 3X ()
- Horários em que é realizada: () Ao acordar () Após o café da manhã () Após o almoço
() Após o jantar () Antes de dormir
- Uso de dentifrício? () Não () Sim () Sem flúor () Com flúor
- Usa fio dental? () Não () Sim

4. EXAME CLÍNICO

A. Exame extrabucal: () Normal () Com alterações Obs.: _____

B. Exame intrabucal:

Alterações dentárias: () Cromáticas () De número () De forma () De tamanho _____

Freio Labial: () Normal () Alterado

Freio lingual: () Normal () Alterado: () Curto () Inserção anteriorizada

C. Alterações Ortodônticas/Ortopédicas/Fonoaudiológicas:

() Mordida aberta: () Anterior () Posterior () Direito () Esquerdo

() Mordida cruzada posterior: () Unilateral () Direito () Esquerdo () Bilateral

() Mordida cruzada anterior () Tendência à classe III

() Palato profundo, atresia de maxila () Tendência à classe II

Língua: () normal () alterada

Freio lingual: () normal () alterado

Lábios: () mantém ocluídos/adequado () entreabertos/ñ adequado () alterna ocluídos /entreabertos

Overjet: ____ mm - () normal () acentuado (maior q 3 mm) () Não avaliado (s/ molares)

Fala: A criança se comunica através da fala? () Sim () Não

Respiração predominantemente: () nasal () oral () oronasal

Deglutição: () normal () atípica - Necessita triagem Fonoaudiológica () Sim () Não

		V	P	M	D	O
16						
15	55					
14	54					
13	53					
12	52					
11	51					
V P M D O						
21	61					
22	62					
23	63					
24	64					
25	65					
26						
V P M D O						
36						
35	75					
34	74					
33	73					

Exame Clínico CÓDIGOS
0 – Superfície hígida
1 – Lesão não-cavitada ativa
2 – Lesão não-cavitada inativa
3* – Microcavidade em esmalte
4* – Sombreamento
5* – Cavidade em dentina
6 – Destruição coronária
R0 – Restauração
R1 – Restauração alterada
R2 – Restauração com lesão adjacente
* ativa (a) ou inativa (i)

32	72					
31	71					
		V	P	M	D	O
41	81					
42	82					
43	83					
44	84					
45	85					
46						

Códigos
0 – Superfície hígida
1 – Lesão não-cavitada ativa
2 – Lesão não-cavitada inativa
3* – Microcavidade em esmalte
4* – Sombreamento
5* – Cavidade em dentina
6 – Destruição coronária
R0 – Restauração
R1 – Restauração alterada
R2 – Restauração com lesão adjacente
* ativa (a) ou inativa (i)

**PERFIL DO PACIENTE
COM RELAÇÃO À DOENÇA
CÁRIE**

- () **Livre de Cárie**
 () Sem fatores etiológicos
 () Com fatores etiológicos
- () **Com Experiência de Cárie**
 () Sem atividade
 () Com atividade

- () Sem necessidades invasivas
 () Com necessidades invasivas

**. PERFIL DO PACIENTE COM
RELAÇÃO
AO CONTROLE DO BIOFILME:**

1. () **BOM** (Placa visível ou não com ausência de sangramento)
 2. () **REGULAR** (Placa visível ou não com sangramento localizado)
 3. () **PÉSSIMO** (Placa visível ou não com sangramento generalizado)

ATIVIDADE DE CÁRIE:

- 1() Ausente 2() Presente

DOENÇA PERIODONTAL:

- 1 () Ausente 2 () Presente

5. PLANO DE TRATAMENTO

A. Resumo da dieta do bebê:

40

B. Alterações dietéticas sugeridas:

C. Relação dos procedimentos clínicos invasivos (Dentística, Endo, Exo)

16		
15	55	
14	54	
13	53	
12	52	
11	51	
21	61	
22	62	
23	63	
24	64	
25	65	
26		
36		
35	75	
34	74	
33	73	
32	72	
31	71	
41	81	
42	82	
43	83	
44	84	
45	85	
46		

D. Operacionalização (Planejamento por consulta)

1ª consulta:
2ª consulta:
3ª consulta:
4ª consulta:
5ª consulta:
6ª consulta:
7ª consulta;
8ª consulta:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ORTOPEDIA

Disciplina Eletiva ODO 01017: BEBÊ CLÍNICA

CURSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA - BEBÊ CLÍNICA

FICHA DE RETORNO DO PACIENTE - Data ____/____/____

Nome: _____

Telefones para contato: () _____

Quando foi a última consulta? Data ____/____/____

Procurou outro dentista? () Não () Sim

Controle do biofilme: () Bom () Regular () Ruim

Sangramento após a deplacagem: () Ausente () Presente () Localizado () Generalizado

Tratamento restaurador:

Restaurações fraturadas: () Não () Sim, quais dentes? _____

Recidiva de cárie: () Não () Sim, quais dentes? _____

Novas lesões cariosas: () Não () Sim, quais dentes? _____

Atividade de cárie: () Ausente () Presente

Doença periodontal: () Ausente () Presente

O pai ou responsável foi receptível às orientações recebidas na Bebê Clínica? () Não () Sim

Recebeu (procurou) outro dentista? () Sim, Local: _____ () Não

Tratamento Fonoaudiológico

Recebeu encaminhamento para avaliação e tratamento Fonoaudiológico? () Sim () Não

Procurou atendimento Fonoaudiológico? () Sim Local: _____ () Não

Está em tratamento Fonoaudiológico? () Não () Sim

Quando o paciente deverá retornar à Bebê Clínica?

() Março

() Abril

() Maio

() Junho

() Julho

() Agosto

() Setembro

() Outubro

() Novembro

() Dezembro

Foi encaminhado para tratamento Psicológico? () Não () Sim

Observações _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ORTOPEDIA
CURSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA - BEBÊ CLÍNICA
Disciplina Eletiva ODO 01017: BEBÊ CLÍNICA
FICHA DE PSICOLOGIA

1. Você considera seu filho agressivo? () Não () Sim
2. Seu filho tem ataques de birra? () Não () Sim Se sim, quantas vezes no último mês? ____
3. Seu filho tem medo de alguma coisa? () Não () Sim Se sim, de que? _____
4. Como você acha que seu filho reage a mudanças na rotina? () Bem () Protesta muito e depois se adapta () Reage intensamente e tem dificuldade de lidar com mudanças
5. Seu filho costuma estranhar as pessoas? () Não () Sim () Um Pouco, mas logo se acostuma

6. Houve algum evento estressante na sua família? () Perdas/Morte () Mudança de endereço () Doença Grave () Desemprego () Problemas Financeiros () Problemas Com Álcool () Problemas Com drogas