



Prevalência de hábitos orais nocivos em crianças de três a seis anos na cidade do Porto

Mariana Choupina, Elsa Paiva, Luís Pedro Ferreira, Maria Conceição Manso

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto; REQUIMTE, Universidade do Porto

Resumo

Introdução: O bem-estar das crianças e adolescentes é afetado pelos hábitos orais nocivos, devendo-se encorajar os profissionais de saúde a instituírem uma terapêutica individualizada face aos mesmos.

Objetivos: Estudar a prevalência de hábitos orais nocivos em crianças de 3 a 6 anos.

Material e Métodos: Estudo observacional, transversal, numa amostra de conveniência de crianças na faixa etária dos três a seis anos que frequentam as escolas públicas Cantinho ao Sol, Paulo da Gama e S. João da Foz (Agrupamento Francisco Torrinha) e a escola privada Santa Maria.

Resultados: Foram amamentadas ao peito 83,6% (IC95%: 75,4%-90,0%) das crianças e 96,4% (IC95%: 91%-99%) foram alimentadas por biberão. Utilizaram a chupeta 79% (IC95%: 70,3%-86,3%), 20,2% (IC95%: 13%-28,7%) apresentam o hábito de chuchar ou morder objetos, 8,1% (IC95%: 3,8%-15%) apresentaram onicofagia, 7,1% bruxismo (IC95%: 3,2%-13,8%) e 3,6% (IC95%: 1%-9%) hábito de sucção digital. O tipo de alimentação (artificial) e (menor) tempo de amamentação natural da criança mostraram estar significativamente relacionados com a frequência de hábitos orais prejudiciais das crianças. O tempo de amamentação mais elevado mostrou estar significativamente relacionado com menor grau sócio-económico das famílias.

Conclusões: O tipo de alimentação (amamentação artificial), e um menor tempo de alimentação natural podem influenciar a aquisição de hábitos orais prejudiciais. Os hábitos orais onicofagia, bruxismo, hábito de succionar ou morder objetos e hábito de sucção digital bem como a alimentação artificial estão difundidos em todas as camadas sócio-económicas. Uma maior duração de amamentação parece relacionar-se com um menor nível socioeconómico das famílias.

Palavras-chave: hábitos orais de sucção, crianças pré-escolares

Acta Pediatr Port 2013;44(5):203-9

The prevalence of prejudicial oral habits in children aged between three and six years from Porto

Abstract

Background: Children and adolescent's well-being can be affected by oral habits so health practitioners should be encouraged to take an individualized approach in the management of these habits.

Objectives: To study the prevalence of the oral habits in children between 3 and 6 years.

Material and methods: Prospective longitudinal cohorte study, whose study group consists of children between 3 and 6 years of age that were enrolled in public schools such as *Cantinho ao Sol*, *Paulo da Gama* and *S. João da Foz* which are part of the *Francisco Torrinha* Group and private school *Santa Maria*.

Results: Were breastfed 83.6% (IC95%: 75.4%-90.0%) of the children and 96.4% (IC95%: 91%-99%) were bottle fed, 79% (IC95%: 70.3%-86.3%) used a pacifier, 20.2% (IC95%: 13%-28.7%) sucked or bitted an object, 8.1% (IC95%: 3.8%-15%) nail bitted, 7.1% (IC95%: 3.2%-13.8%) had bruxism, and 3.6% (IC95%: 1%-9%) had finger sucking habit. The means, natural or artificial, and period of feeding does relate to the children frequency of developing oral habits. The period of breastfeeding is significantly related to the socioeconomic level of the children's family.

Conclusions: The type natural or artificial, and the period of feeding may influence the acquisition of prejudicial oral habits. Nail biting, bruxism, sucking or biting habit, digital sucking habit as well as bottle feeding equally prevail in every socioeconomic level. A higher duration of breastfeeding seems to be related to a lower socioeconomic level of the family.

Recebido: 27.08.2013

Aceite: 04.12.2013

Correspondência:

Mariana Choupina

MarianaChoupina@hotmail.com

Key words: sucking oral habits, preschool children

Acta Pediatr Port 2013;44(5):203-9

Introdução

A Academia Americana de Odontopediatria¹ reconhece que o bem-estar das crianças e adolescentes pode ser afetado pelos hábitos orais nocivos e encoraja os profissionais de saúde a implementarem um plano de ação individualizado face aos mesmos.

Culturalmente permanece ainda enraizada a convicção de que a dentição decídua não deve ser tratada pois será substituída pela dentição permanente.¹ Apesar de vivermos numa sociedade global de informação, existe um desfasamento na permeabilidade de informação nos diferentes meios socioeconómicos, mas também na adoção das práticas veiculadas pela informação, isto é, na adoção de competências. Isto porque o tempo da informação é mais curto que o tempo de enraizamento de procedimentos em saúde.

Sendo assim, deve-se alertar a sociedade para as repercussões que os problemas dentários ignorados na dentição decídua implicam na dentição permanente e na saúde geral das crianças. De igual forma, deve-se consciencializar os responsáveis pelas crianças de que a patologia oral não se resume a lesões cáries, mas que hábitos tidos com inofensivos como uso da chupeta, biberão, sucção digital e onicofagia quando não removidos na altura adequada podem trazer consequências ortodônticas graves cuja natureza é incapaz de corrigir.¹

O presente estudo tem por objetivo estudar a prevalência de hábitos orais nocivos em crianças pré-escolares e do 1º ano do 1º ciclo (3 a 6 anos).

Material e Métodos

Foi realizado um estudo observacional e transversal. A população-alvo foram crianças de 3 a 6 anos, que frequentam o ensino pré-escolar e o 1º ano do ensino primário público e privado na cidade do Porto. Utilizou-se uma amostra de conveniência de 110 crianças na faixa etária dos 3 a 6 anos frequentadoras das escolas públicas do Agrupamento Francisco Torrinha e da escola privada Santa Maria no período letivo de 2007-2008, cujos encarregados de educação aceitaram participar no estudo, que responderam a um questionário.

Para validar previamente o questionário, relativamente à sua compreensão, este foi aplicado a dez adultos (responsáveis que acompanham crianças da mesma faixa etária na consulta de odontopediatria da Clínica Pedagógica de Medicina Dentária de uma Faculdade).

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da Faculdade de Ciências e Saúde da Universidade Fernando Pessoa e apresentado aos responsáveis, que livremente decidiram a participação dos seus filhos neste estudo. Os responsáveis que concordaram assinaram um protocolo de consentimento informado.

A classificação relativa do grupo socioeconómico dos pais/responsáveis pelas crianças foi determinado indiretamente através da resposta da análise relativa à profissão, ao nível de instrução e fonte de rendimento familiar. As três variáveis foram classificadas em categorias ordinais. Grupo em que se insere a profissão que desempenha: 1- Diretores de bancos/empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários; 2- Chefes de secção administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos, técnicos; 3- Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes; 4- Operários especializados com ensino primário completo; 5- Trabalhadores manuais ou operários não especializados. Nível de Instrução: 1- Ensino universitário ou equivalente; 2- Ensino médio ou técnico superior; 3- Ensino médio ou técnico inferior; 4- Ensino primário completo. Fonte de rendimento familiar: 1- Rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados; 2- Rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo; 3- Rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por horas ou à tarefa, 4- Indivíduo ou família sustentados por beneficência pública ou privada.

A análise descritiva da amostra foi realizada utilizando estatísticas de sumário adequadas. As variáveis categóricas foram descritas utilizando frequências absolutas (n) e relativas (%), e as quantitativas descritas através da média (e desvio padrão) e mediana (dada a distribuição assimétrica), e mínimo e máximo. Dada a dificuldade de se determinar o grupo sócio-económico com base nas respostas às questões sobre profissão, nível de instrução e fonte de rendimento familiar, optou-se por verificar se existiam grupos homogéneos por escola, através do teste de Kruskal-Wallis seguido do teste de Mann-Whitney. A comparação da duração do tempo de amamentação, de alimentação ao biberão e utilização da chupeta foi feita através do teste não paramétrico de Mann-Whitney logo que verificada a ausência de normalidade de distribuição destas variáveis. Para procurar associações entre variáveis categóricas em estudo usou-se o teste não paramétrico de qui-quadrado ou teste de Fisher. A comparação de parâmetros de tendência central para variáveis quantitativas relativamente à agregação de escolas por níveis sócio-económicos foi realizada através do teste não paramétrico de Mann-Whitney. Foram calculados intervalos de confiança para a prevalência de hábitos orais e outros através do método exato.

Foram identificadas diferenças significativas, em todas as situações em que a probabilidade associada à estatística de teste (p) foi inferior a 0,05. A análise foi realizada utilizando o programa SPSS® vs.15.0 (SPSS, Inc, Chicago).

Resultados

Os resultados foram divididos em duas partes. Na primeira parte são apresentados os resultados correspondentes à amostra total de crianças que frequentam as escolas selecionadas. Numa segunda etapa, serão expostos os resultados subdivididos pelas quatro escolas que integram o estudo.

A amostra em estudo é constituída por 110 crianças, 55 (50%)

do género masculino. Relativamente à distribuição etária, três crianças têm 3 anos (2,7%), 32 crianças têm 4 anos (29,1%), 31 crianças têm 5 anos (28,1%) e 44 crianças têm 6 anos (40%).

Verificou-se que 83,6% (IC95%: 75,4%-90,0%) foram amamentados ao peito. Mas apenas 3,6% (IC95%: 1,0%-9,1%) foram amamentadas exclusivamente ao peito (aleitamento materno).

Mais de 50% das crianças foram amamentadas por um período inferior a 5 meses, sendo que, o tempo médio de aleitamento materno das crianças foi de 6,04 meses. As crianças que fizeram aleitamento materno exclusivo (n=4) fizeram-no no mínimo por 10 meses.

Como se pode observar no Quadro I, das 18 crianças alimentadas exclusivamente com o biberão a quase totalidade utilizaram a chupeta, 94,4% (IC95%: 72,7%-99,9%), e 25% (IC95%: 7,3%-52,4%) têm o hábito onicofagia. Uma elevada percentagem (86,5%; IC95%: 74,2%-94,4%) das crianças com período de aleitamento materno inferior a 6 meses utilizaram a chupeta. As crianças com período de aleitamento superior ou igual a 6 meses apresentaram uma percentagem inferior de utilização de chupeta, 62,5% (IC95%: 45,8%-77,3%), mas que não difere significativamente das que tiveram alimentação artificial exclusiva ou mista (<6 meses). Nenhuma criança amamentada exclusivamente ao peito apresenta hábitos orais nocivos. Assim, a amamentação e a sua duração mais prolongada parecem poder conduzir a menor frequência de hábitos orais nocivos nas crianças.

Quadro I. Relação entre tipo e duração de alimentação e a presença de alguns hábitos orais nocivos

	Chupeta	Onicofagia	Bruxismo	Morder/Chuchar objetos	Sucção digital
Alimentação artificial exclusiva (n=18)	94,4%	25%	0%	6,3%	0%
Amamentação <6meses (n=52)	86,5%	16,7%	10,4%	6,3%	3,8%
Amamentação ≥6meses (n=40)	62,5%	22,9%	8,6%	8,6%	5,3%
Amamentação exclusiva (n=4)	0%	0%	0%	0%	0%

Uma percentagem de 96,4 das crianças (n=106) foi alimentada por biberão. Destas, 50% iniciou a sua utilização à nascença e cessou-a aos 36 meses.

A maioria das crianças utilizou chupeta. O início da sua utilização teve como idade média 1,7 (±8,4) meses, sendo que, 50% das crianças iniciaram a utilização da mesma à nascença. O fim da utilização de chupeta teve como média 34,8 (±13,6) meses. Metade das crianças cessou a sua utilização aos 36 meses.

A maioria das crianças, 66,7% (IC95%: 55,8%-76,4%), utilizou a chupeta quando estava aborrecida e 37,9% (IC95%: 27,7%-49%) utilizaram-na de forma permanente (Figura 1).

A maioria das crianças (93,2%, IC95%: 87,1%-97,4%) não apresenta o hábito de sucção digital e 69% (IC95%: 59,6%-77,6%) não apresentaram outros hábitos orais, para além da utilização da chupeta. Das que apresentaram outros hábitos orais, a onicofagia é o mais descrito (20,2%, IC95%: 12,8%-29,5%).

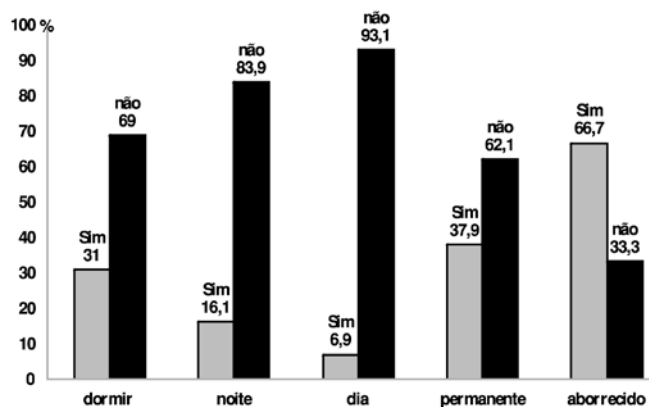


Figura 1. Distribuição de frequência do período de utilização de chupeta (n = 87).

Observou-se que o tempo médio de cessação da onicofagia foi aos 67,4 meses e que 75% das crianças prolongaram este hábito para além dos 37 meses. Para o bruxismo, em média, a cessação foi aos 59,9 meses, e para o hábito de sucionar/morder objetos foi aos 48,6 meses. Ressalta-se a mediana para este último hábito, 64 meses.

A maioria dos responsáveis (73,5%) considerou que os hábitos orais nocivos constituem um problema para a saúde dos seus filhos. A maioria dos pais assinala que a malposição dentária é o problema que mais frequentemente advém dos hábitos orais nocivos da sua criança (Figura 2).

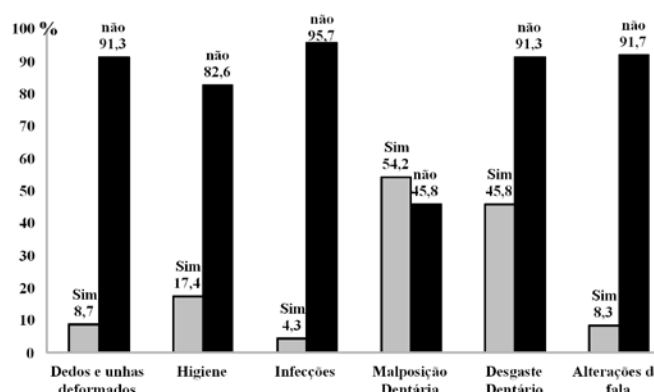


Figura 2. Problemas para a saúde da criança assinalados pelos pais como consequência dos hábitos orais (n = 24).

Verificou-se que 18,9% dos responsáveis foram elucidados sobre os prejuízos dos hábitos orais. Desses, a maioria recebeu orientações através do Médico-assistente (Figura 3).

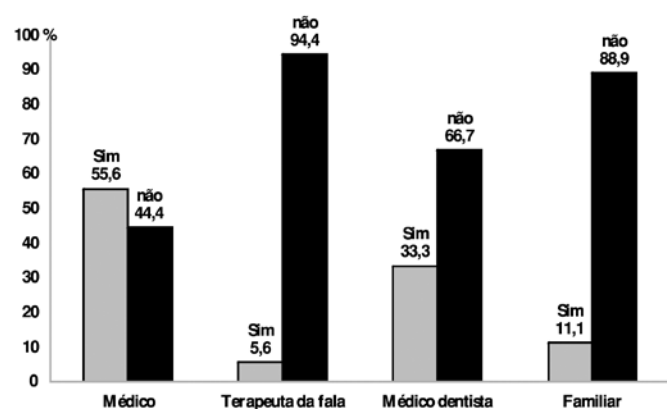


Figura 3. Distribuição de frequência do profissional que dá orientação para remoção dos hábitos orais aos responsáveis pelas crianças (n=106).

Contabilizou-se que 32% dos responsáveis tentaram remover/demover o hábito oral das suas crianças. Quando se pretende caracterizar a forma como os pais/responsáveis tentaram remover os hábitos orais, detetou-se que a grande maioria não considerou que a chupeta, succionar o dedo, bruxismo, onicofagia e succionar/morder objetos constituem hábitos orais prejudiciais, uma vez que assinalaram a opção “não se aplica” para remoção/demover, mesmo que as crianças tenham apresentado os hábitos aqui descritos.

Relativamente à avaliação por escolas (Quadro II), verificou-se que, globalmente, e com relação às questões sobre profissão, instrução e fonte de rendimento familiar, o teste de Mann-Whitney permitiu detetar a existência de dois grupos homogêneos, um cujos pais/responsáveis das crianças apresentam nível mais elevado em não há diferença significativa entre famílias das crianças das escolas Cantinho ao Sol e Santa Maria, e outro, para as escolas Paulo da Gama e S. João da Foz, e que os pais/responsáveis das crianças das escolas Paulo da Gama e S. João da Foz se podiam associar no grupo socioeconómico relativamente mais baixo e as escolas Santa Maria e Cantinho ao Sol se podiam associar a um grupo socioeconómico relativamente mais elevado.

Quadro II. Relação entre escolas e o nível socioeconómico dos seus alunos, medido indiretamente através de questões sobre profissão do responsável pela criança, o seu nível de instrução e a sua fonte de rendimento familiar das famílias

		Escola				
		Cantinho ao Sol	Paulo da Gama	S. João da Foz	Santa Maria	p*
Grupo de profissão em que se insere	N	28	10	30	30	
	Mediana	1 ^a	4 ^b	2 ^b	1 ^a	<0,001†
	Q ₁ - Q ₃	1 - 2	1,75 - 5	1 - 4	1 - 1	
	min - max	1 - 3	1 - 5	1 - 5	1 - 2	
Nível de instrução	N	31	16	31	31	
	Mediana	1 ^a	3 ^c	1 ^b	1 ^a	<0,001†
	Q ₁ - Q ₃	1 - 1	2 - 4	1 - 3	1 - 1	
	min - max	1 - 2	1 - 4	1 - 4	1 - 2	
Fonte de rendimento familiar	N	30	12	29	29	
	Mediana	3 ^a	3 ^b	3 ^b	3 ^a	<0,001†
	Q ₁ - Q ₃	3 - 3	3 - 4	3 - 4	3 - 3	
	min - max	2 - 3	3 - 5	2 - 5	2 - 3	

* teste de Kruskal-Wallis; † ^{a, b, c} - Letras diferentes indicam diferenças medianas significativas de acordo com o teste de Mann-Whitney (^a nível mais elevado mais elevado, ^b seguinte, etc.).

Não se verificou existir associação significativa entre o aleitamento materno e o nível socioeconómico (teste de Fisher; $p=0,265$). No entanto, pode observar-se no Quadro III, que existe uma diferença significativa para a duração do aleitamento, indicando uma associação entre uma maior duração do aleitamento materno e o grupo socioeconómico relativamente mais baixo dos progenitores (teste Man-Whitney; $p=0,004$), com crianças das escolas Paulo da Gama e S. João da Foz a apresentarem tempos de aleitamento materno médio mais elevados ($p=0,630$), de 8,20 meses e 7,07 meses, respetivamente.

Não se observou associação entre a alimentação por biberão, bem como a sua duração, com o grupo socioeconómico dos progenitores (teste de Fisher; $p=1,0$), e o mesmo se verificou para a utilização de chupeta, onicofagia, sucção digital e o hábito de succionar/morder objetos com o grupo socioeconómico dos progenitores (teste Fisher; $p\geq 0,460$), nem para a orientação para os prejuízos e o grupo socioeconómico (teste Qui-quadrado; $p=0,894$).

Discussão

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) todas as crianças devem ser amamentadas exclusivamente ao peito durante pelo menos 6 meses. Tal facto não foi observado, neste estudo, onde apenas 3,6 % das crianças foram alimentadas exclusivamente ao peito.

Por oposição, outros autores^{2,4}, têm descrito percentagens mais elevadas para amamentação ao peito superior a seis meses.

Não se verificou relação entre o aleitamento materno das crianças e o nível socioeconómico dos seus progenitores. O mesmo foi relatado por Hebling e colaboradores⁵.

A OMS enfatiza que praticamente todas as mães podem amamentar desde que a informação seja transmitida eficazmente

e num ambiente de suporte e encorajamento familiar¹. Assim, deveria haver uma sensibilização da sociedade portuguesa para que se criem condições propícias à amamentação exclusiva até aos seis meses de vida, a nível de infraestruturas e mentalidades.

consciencializá-las de que este comportamento “inato” é de facto saudável e deve ser transmitido às gerações mais novas.

Quase todas as crianças foram alimentadas pelo menos durante um período de tempo com biberão, a mesma realidade foi encontrada por vários autores noutros países^{2,6,7}.

Quadro III. Caracterização da amostra por escola relativamente ao tempo de aleitamento materno em meses

Escola que a criança frequenta	n (%)	Tempo de aleitamento materno (meses)			p
		Min – Max	Média (± DP)	Me (P ₂₅ – P ₇₅)	
Cantinho ao Sol	29 (23,4)	0 – 14	4,1 ± 3,8	3,5 ^b (1 – 5,75)	0,012‡
Paulo Gama	16 (14,5)	2 – 24	8,2 ± 5,7	6 ^a (4 – 12)	
S João da Foz	30 (27,3)	1 – 18	7,1 ± 4,2	7 ^a (4 – 11)	
Santa Maria	28 (25,4)	1 – 24	5,9 ± 5,3	5 ^b (2,75 – 6,25)	0,004§
Paulo Gama ou S. João da Foz	54 (58,7)	1 – 24	7,5 ± 4,8	6,5 ^a (4 – 11,25)	
Cantinho ao Sol ou Sta. Maria	38 (41,3)	1 – 24	5,0 ± 4,6	4 ^b (1 – 6)	

‡ teste de Kruskal-Wallis; § teste Mann-Whitney; ^{a, b} - Letras diferentes indicam diferenças significativas no tempo de amamentação de acordo com o teste de Mann-Whitney (^a nível mais elevado mais elevado, ^b seguinte, etc.).

Um período de amamentação inferior ao supracitado parece aumentar significativamente o risco de hábitos orais nocivos². Para as 92 crianças que foram alimentadas ao peito, a duração média do tempo de aleitamento materno foi de 6,04 meses.

Existe uma relação entre a duração de amamentação e o nível socioeconómico, sendo que as crianças do grupo socioeconómico mais elevado foram tendencialmente amamentadas menos de 6 meses e as de grupo socioeconómico mais baixo foram tendencialmente amamentadas mais de 6 meses. Assim, pode afirmar-se que nesta amostra, e para a população que representa, as mães de um nível socioeconómico elevado amamentam durante menos tempo que o considerado salutar.

Às mães de nível socioeconómico elevado, com empregos exigentes do ponto de vista de tempo de trabalho e por vezes empregadores insensíveis às necessidades de amamentação das suas crianças, devem-se dirigir campanhas de sensibilização para os benefícios da amamentação e por outro lado responsabilizar a sociedade em geral, mas especialmente empregadores e governo, pelos custos inerentes a uma política errada de amamentação.

De ressaltar ainda, que algumas mães com maior poder económico poderão não amamentar por preocupações estéticas cabendo à comunidade médica evidenciar a relação custos estéticos - benefícios para a criança e propor estratégias para a diminuição dos danos estéticos para a mãe.

Pensa-se que o facto de as mães do grupo socioeconómico mais baixo terem menos empregabilidade e trabalharem à hora/tarefa permite-lhes alguma flexibilidade para amamentar a sua criança. Por outro lado, aos produtos lácteos para a infância está associado um custo muitas vezes incomportável para estas famílias. A estas mães os profissionais de saúde devem

Não existe uma relação entre a alimentação ao biberão e o nível socioeconómico dos progenitores.

Na sociedade ocidental o biberão está difundido por todas as camadas socioeconómicas. Pensa-se mesmo que a industrialização no mundo ocidental e o desenvolvimento de uma sociedade de consumo no século XVIII e XIX foram os marcos históricos que permitiram a difusão do biberão e das fórmulas de leite artificial⁷.

O facto de persistir a crença de que a utilização do biberão e da chupeta estão fortemente associadas a práticas para “bem” criar crianças, demonstra que a sua perpetuação ao longo das gerações apresenta forte componente social e cultural.

Quando analisamos a relação entre o tipo de aleitamento e a presença de hábitos nocivos, percebeu-se que a frequência de hábitos é maior em crianças que receberam aleitamento artificial quando comparadas com aquelas que receberam aleitamento natural. Resultados idênticos foram obtidos por vários autores^{2,4}, ficando claro que um maior tempo de amamentação previne a aquisição de hábitos orais prejudiciais.

Ainda, a um menor tempo de amamentação, a criança parece responder com frustração e necessidade de contacto suprido pela chupeta, objetos ou o próprio dedo. Não se pode ignorar que as crianças numa idade compreendida entre os 0 a 2 anos obtêm gratificação através da boca e que experienciam uma regressão quando têm um distúrbio emocional mais tarde na vida, como por exemplo a privação de contacto com a mãe⁸. A utilização de chupeta está bastante difundida pelas várias áreas do mundo⁹.

Verificou-se que 79% das crianças utilizava a chupeta, valor concordante com estudos realizados no Brasil e na Suécia^{2,10}.

Não foi encontrada qualquer associação entre a utilização da chupeta e o nível socioeconómico. Tal, é discordante de um estudo com amostra idêntica onde se verificou que as crianças de nível socioeconómico mais baixo apresentavam uma prevalência superior do hábito de chupeta ¹¹.

A utilização da chupeta não parece prender-se com o nível socioeconómico da família mas com o carácter salutar e positivo atribuído à chupeta pelas sociedades industrializadas. Parece que são os progenitores que erradamente oferecem a chupeta à sua criança, para acalmá-la, uma vez que mais de metade das crianças utiliza a chupeta quando está aborrecida. Assim, serão os pais e educadores o início deste ciclo de aquisição do hábito oral prejudicial. Assim, para que haja diminuição da sua prevalência é preciso alertá-los para as suas consequências na saúde geral e oral da sua criança. Deve-se ainda alertar para a diminuição do tempo de utilização da chupeta, uma vez que a frequência, duração e intensidade são os três fatores que potenciam as subsequentes mazelas na saúde das crianças ^{12, 13, 14, 15}.

Somente 3,63% das crianças apresentaram o hábito de sucção digital. Outros autores ^{10, 16, 17}, apresentaram valores igualmente baixos entre os 3% e 11%. Pensa-se que a presença deste hábito nas crianças é muito superior, contudo, os responsáveis podem não observar o mesmo, por este ser intermitente (muitas vezes associado a ver televisão ou ao período noturno) e recriminado sendo que a criança esconde-se quando succiona o dedo.

Quando considerados “outros hábitos orais” o hábito mais prevalente foi o de succionar/morder objetos, seguido onicofagia e bruxismo.

O fim dos hábitos orais prejudiciais é um dado com importância fulcral uma vez que está provado cientificamente e é referido amplamente na literatura científica que o aparelho estomatognático das crianças perde a capacidade de regenerar e recuperar dos malefícios causados pelos hábitos orais prejudiciais a partir dos três anos ^{11, 12, 17}. Estas recomendações pretendem reduzir a prevalência e o grau de severidade das maloclusões provocadas pelos hábitos orais nocivos.

Observou-se que, até aos 36 meses mais de metade das crianças cessou o hábito da chupeta, nenhuma criança cessou a onicofagia e uma pequena percentagem cessou o hábito de bruxismo e de succionar e morder os objetos.

Idealmente, todas as crianças deveriam aos 36 meses ter abandonado todos os seus hábitos orais, sem prejuízo de se sugerir e veicular que o abandono do hábito oral deve ser o mais precoce possível.

A percentagem de abandono do hábito oral até aos 36 meses, foi baixa, o que remete para a necessidade de promoção de campanhas informativas para os malefícios dos hábitos orais e técnicas para evitar a sua aquisição e remoção.

Verificou-se que o fim do hábito oral chupeta, bruxismo, onicofagia e succionar e morder objetos é independente do nível socioeconómico familiar.

Pode sugerir-se que na aquisição dos hábitos orais chupeta,

morder e succionar objetos e bruxismo, os fatores ambientais poderão ter um papel preponderante superior à hereditariedade. A maioria dos responsáveis encara o hábito oral da sua criança como um problema, independentemente do seu nível socioeconómico.

Evidencia-se então, que as campanhas informativas supracitadas devem ter como alvo todos os estratos socioeconómicos e incluir todas as faixas etárias, de forma a mudarem rapidamente crenças e comportamentos enraizados.

Conclusão

A alimentação ao peito e ao biberão não se relaciona com o nível socioeconómico das famílias, mas prende-se com fatores culturais inerentes à sociedade onde a família se insere.

O tempo de amamentação ao peito relaciona-se com o nível socioeconómico das famílias, sendo que, as mães de nível socioeconómico mais elevado propiciam menor tempo de aleitamento ao peito às suas crianças.

O tipo e tempo de alimentação da criança, natural ou artificial, poderão relacionar-se com a frequência de hábitos orais prejudiciais das crianças. Ou seja, a amamentação materna exclusiva e alimentação mista superior ou igual a um período de 6 meses parece proteger a criança da aquisição de hábitos orais prejudiciais.

A presença de hábitos orais prejudiciais bem como a cessação dos mesmos não está relacionada com o nível socioeconómico das famílias.

A consciencialização dos hábitos orais prejudiciais como problema e a sua remoção, não se relacionam com o nível socioeconómico, bem como a orientação para os prejuízos causados pelos mesmos e o tipo de profissionais de saúde que fazem essa orientação.

Evidencia-se a necessidade de campanhas de promoção da saúde oral a toda a população, respeitando, as particularidades de cada estrato socioeconómico. Face à dificuldade de acesso a tratamentos ortodônticos, a alternativa viável para o tratamento da maloclusão é a prevenção sob a forma de incentivo à amamentação e remoção precoce de hábitos orais nocivos.

Referências

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guidelines. *Guidelines on Infant oral health care - reference manual* 2012;34(6):12-3.
2. Leite-Cavalcanti A, Medeiros-Bezerra P, Moura C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. *Rev Salud Publica* 2007; 9:22-9.
3. Luz C, Garib D, Arouca R. Association between breastfeeding duration and mandibular retrusion: A cross-sectional study of children in the mixed dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;130:531-4.
4. Charchut S, Allred E, Needleman H. The effects of infant feeding patterns on the occlusion of the primary dentition. *J Dent Child* 2003;70:197-203.

5. Hebling SR, Cortellazzi KL, Tagliaferro EP, Hebling E, Ambrosano GM, Meneghim Mde C, et al. Relationship between malocclusion and behavioral, demographic and socioeconomic variables: a cross-sectional study of 5-year-olds. *J Clin Pediatr Dent* 2008;33:75-80 .
6. Charchut S, Allred E, Needleman H. The effects of infant feeding patterns on the occlusion of the primary dentition. *J Dent Child* 2003; 70:197-203.
7. Degan VV, Puppini-Rontani R M. Prevalence of pacifier-sucking habits and successful methods to eliminate them - a preliminary study. *J Dent Child* 2004; 71:148-51.
8. Lindsten R, Larsson E, Ogaard B. Dummy-sucking behavior in 3-year old Norwegian and Swedish children. *Europ J Orthod* 1996;18:205-9.
9. Çaglar E, Larsson E, Andersson EM, Hauge MS, Ogaard B, Bishara S, et al. Feeding, artificial sucking habits, and malocclusions in 3-year-old girls in different regions of the world. *J Dent Child* 2005;72:(25-30).
10. Larsson E. Sucking, chewing, and feeding habits and the development of crossbite: a longitudinal study of girls from birth to 3 years of age. *Angle Orthod* 2000;71:116-9.
11. Tomita NE, Bjella VT, Franco L.J. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para má-oclusões em pré-escolares. *Pesqui Odontol Bras* 2000; 14: 169-75.
12. Cavassani VG. Hábitos orais de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. *Rev Bras Otorrinolaringol*2003; 69:106-10.
13. Trawitzki L, Anselmo-Lima W, Melchior M, Grecbi T, Valera F. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2005; 6:747-51.
14. Bertoldi PM, Felício CM, Matsumoto MA. Efeito da interceção precoce dos hábitos orais no desenvolvimento da oclusão. *Pro-Fono Rev Atual Cientif* 2005; 17 (1):37-44.
15. Castelo P, Gavião M, Pereira L, Bonjardim L. Relationship between oral parafunctional/nutritive sucking habits and temporomandibular joint dysfunction un primary dentition. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15:29-36.
16. Kharbanda OP, Sidhu SS, Sundaram KR, Shuklad K. Oral habits in school going children of Delhi: A prevalence study. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent* 2003; 21(3):120-4.
17. O'Brien H T, Lachaplle D, Gagnon PF, Larocque L, Maheu-Robert LF, et al. Nutritive and nonnutritive sucking habits: A review. *J Dent Child* 1996; 56:321-37.
18. Valle L, SinghG, Feliciano N, Machuca M. Associations between a history of breast feeding, malocclusion and parafunctional habit in Puerto Rican children. *P R Health Sci J* 2006; 25:31-4.
19. Katz CR, Rosenblatt A, Gondim PP. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: Effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003; 126(1):53-7.
20. Larsson E, Ogaard B, Lindsten R. Dummy and finger-sucking habits in young Swedish and Norwegian children. *Scandinavian J Dental Res* 1992;100:292-5.