

Hábitos Bucais de Sucção Não-nutritiva, Dedo e Chupeta: Abordagem Multidisciplinar

Non-Nutritive Sucking Habits: Multidisciplinary Approach

Eliane de Paula Reis BARRÊTTO*
Mônica de Moura Gonçalves FARIA**
Paula Rufina Santana de CASTRO***

BARRÊTTO, E. de P.R.; FARIA, M. de M.G.; CASTRO, P.R.S. de. Hábitos bucais de sucção não-nutritiva, dedo e chupeta: abordagem multidisciplinar. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.29, p.42-48, jan./fev. 2003.

Através deste trabalho, buscou-se conhecer a visão de diversos profissionais da área de saúde que atendem crianças (ortodontistas, odontopediatras, fonoaudiólogos, psicólogos e pediatras) e suas abordagens preventivas e terapêuticas em relação ao tema. As informações foram obtidas através de um questionário enviado para profissionais das especialidades acima citadas. Procurou-se relacionar hábitos bucais com amamentação natural e artificial, desenvolvimento psicoemocional, deformidades dentofaciais e orientações preventivas realizadas pelos profissionais, que foram unânimes em afirmar ser o aleitamento materno a principal forma de prevenir a aquisição do hábito deletério. Constatou-se que, apesar de se depararem com a mesma problemática, pouca interação existe entre as especialidades, comprometendo, dessa maneira, o sucesso na prevenção e terapêutica de tais hábitos.

PALAVRAS-CHAVE: Hábitos; Sucção de dedo; Prevenção; Aleitamento materno.

*** Cirurgiã-dentista, Especialista em Odontopediatria – PUC-MG

INTRODUÇÃO

O odontopediatra se depara frequentemente com questionamentos a respeito de sucção digital ou de chupeta feitos por mães preocupadas porque as angustia o sintoma da criança ou porque julgam que este sintoma pode trazer conseqüências à cavidade bucal e ao alinhamento dos dentes de seu filho.

Os hábitos bucais considerados nocivos constituem motivo de agitação na atmosfera familiar e despertam a atenção de todos aqueles que têm uma parcela de responsabilidade sobre a saúde da criança. Constituem, pois, objeto de estudo de médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, odontopediatras e ortodontistas (TOLEDO, 1996).

Pelo fato de este tema ser motivo de incertezas e controvérsias, a intenção deste estudo foi a troca de conhecimentos com profissionais militantes em diversas áreas que têm em comum a busca da saúde geral do pequeno paciente, e, assim, encontrar novas maneiras de lidar com esta problemática.

Segundo Modesto & Azevedo (1997), a sucção é um ato fisiológico e necessário, e como tal pre-

cisa ser respeitado. Ela é tão inerente ao feto que, mesmo alimentado através da placenta, succiona instintiva e energicamente língua, lábio e dedo, de modo que, ao nascer, esta função está plenamente desenvolvida (BARNET, 1978).

Fisicamente, esta necessidade primária é confirmada por aspectos anatômicos próprios da cavidade bucal do bebê. Guedes-Pinto *et al.* (1987) afirmam que a boca é o órgão mais apto a funcionar desde o nascimento e que a criança vive o mundo por ela. Raubenheimer *et al.* (1987) descrevem a presença do chamado "apoio para sucção" na porção média do lábio superior do bebê, que tem por função aumentar de volume e adaptar-se ao seio materno quando estimulado à sucção. Já Rinaldi (1988) cita que as papilas gustativas ocupam quase toda a boca do bebê, enquanto no adulto ficam restritas ao dorso da língua e define a fase oral como a época do desenvolvimento psicológico, em que a boca concentra as funções de nutrição e percepção mais importantes do primeiro ano de vida infantil.

*Cirurgiã-dentista, Especialista em Odontopediatria – PUC-MG, Mestranda em Odontopediatria – UFMG; Rua Hermilo Alves, 235/201/Bl 1, Sta. Tereza – CEP 31010-070, Belo Horizonte, MG; e-mail: lilident@uai.com.br

**Professora-adjunta do Departamento de Odontopediatria – PUC-MG, Mestre em Odontopediatria – FO - UFMG

A instalação do hábito se dá como resultado da repetição de um ato com determinado fim, tornando-se, com o tempo, resistente a mudanças (CUNHA *et al.*, 1998). Assim, entende-se hábito como automatismo adquirido, comportamento praticado muitas vezes, que se torna inconsciente e passa a ser incorporado à personalidade (COELI & TOLEDO, 1994).

Giron, em 1988, afirma que, apoiada pela função alimentar, a região corporal que centraliza a vida instintiva é a boca e observa que, mesmo após a satisfação de sua fome nutricional, a criança continua a sugar o peito ou, na sua falta, o dedo ou o que tiver à mão, porque precisa satisfazer uma segunda fome, a de prazer, através do contato físico e do aconchego. Assim, compreende que só a amamentação natural consegue suprir todas as necessidades de sucção dos neonatos, impedindo que um hábito deletério se instale.

Segundo Aberastury (1988), uma má lactação, falta de aleitamento materno ou alimentação artificial dada neste período sem ter em conta sua necessidade de carinho, calor e sucção, operam como traumas que a criança não pode trabalhar e aos quais reage com um aumento de hostilidade que pode determinar a formação de sintomas, como os hábitos de sucção deletérios.

Valdés, em seu estudo de 1991, relacionou tempo de amamentação com presença de hábitos e instabilidade psicológica da criança, conceituada como ansiedade, sono instável e choro excessivo. Seus resultados mostraram que 75% dos filhos de mães que amamentaram por menos de 3 meses apresentaram hábitos deletérios na infância, dos quais o mais prevalente foi a chupeta (57%); 75% dos filhos de mães que amamentaram por volta de 6 meses não apresentaram tais hábitos; um tempo menor do que 3 meses de amamentação gerou crianças ansiosas; um tempo igual ou superior a 6 meses gerou crianças com menos hábitos e emocionalmente mais estáveis.

Inúmeros autores são unânimes em confirmar a presença de diversas alterações de ordem estomatológica em crianças portadoras de hábitos bucais deletérios (BENZAQUEN & OLIVEIRA, 1993; PROFITT, 1995; MODESTO & CAMARGO, 1998; LEITE & TOLLENDAL, 2000).

Serra-Negra, em 1995, avaliou a relação entre o tipo e o período de aleitamento com a predisposição das crianças para manter hábitos bucais deletérios, e também a associação entre hábitos deletérios e maloclusões nestas crianças. Observou que houve uma associação positiva entre a amamentação natural e a não-aquisição de hábitos deletérios. Concluiu que as crianças com hábito de sucção de chupeta têm risco 3,7 vezes maior de apresentarem mordida cruzada poste-

rior do que as que não possuem tal hábito. Além disso, a presença de mordida cruzada posterior é mais freqüente entre as que usaram mamadeira por mais de um ano (26%), comparadas às que utilizaram por menos de um ano (15%).

Moresca & Feres (1992) observam que crianças aleitadas de forma natural tendem a não desenvolver hábitos viciosos, uma vez que ocorre um trabalho muscular de tal intensidade que a musculatura peribucal fica fatigada, fazendo com que o bebê se canse e durma, não buscando dedo, chupeta ou outros objetos.

Carvalho (1996) acrescenta que a criança que suga o peito da mãe mantém os lábios fechados, postura corretamente a língua, desenvolve corretas funções bucais e estabelece o padrão normal e favorável de respiração, ao contrário do que ocorre com o uso da mamadeira.

Cunha *et al.* (1998) preconizam o aleitamento natural para diminuir a necessidade de sucção extra. Mas, caso seja necessário o uso de bico, recomendam o ortodôntico, que obriga a exercitar mais a musculatura do que o bico comum. Recomendam também oferecer uma só chupeta à criança, em momentos críticos, sem deixá-la à mão, impedindo, ainda, a sucção do seu disco, e distrair o bebê, para que ele não se apegue a ela nem recorra à sucção digital.

Leite *et al.* (1999) reforçam que existe relação entre a prática de amamentação mista ou artificial e o uso de chupeta pelos bebês, associado à aquisição de outros hábitos de sucção não-nutritiva.

O estudo de Leite & Tollendal (2000), que avaliou 3 diferentes comunidades, branca, negra e indígena, sugere que o hábito pode ser visto sob diferentes prismas:

- sociocultural: mostrando que o hábito de sucção de chupeta vem, nitidamente, da comunidade branca, e que os demais grupos populacionais parecem aderir a este "vício cultural", incorporando-o, como outros hábitos, a seus costumes primários.
- antropológico: o vício exerce papel substitutivo e saciador de necessidades básicas (nutricionais/emocionais), liberando a mãe para outras atividades, o que não se observa na comunidade indígena, na qual o papel de mãe é soberano.
- psicológico: a perpetuação do hábito de sucção é fruto de uma alteração comportamental, reflexo do deficiente desenvolvimento da fase oral, tornando-se compensatório em períodos de *stress*.

Após a instalação do hábito, porém, esforços devem ser feitos no sentido de melhor lidar com o problema. A cooperação da criança e a paciência dos pais e/ou responsáveis são pré-requisitos para se chegar a bons resultados (COELI

& TOLEDO, 1994; TOLEDO, 1996; MODESTO & AZEVEDO, 1997).

Sies & Carvalho (1998) afirmam que, no aspecto de remoção dos hábitos de sucção, três idades devem ser levadas em conta:

- a do enfoque funcional, na qual o nascimento dos primeiros dentes constituiria um marco para limitação da sucção e privilégio da mastigação, levando um correto estímulo às estruturas buco-faciais;

- a idade da forma, por volta dos 4 anos, até a qual a manutenção da sucção não traria conseqüências irreversíveis aos dentes e arcadas;

- a da emotividade, pois, tendo o mau hábito de sucção raízes no desenvolvimento psíquico, deve-se considerar a maturidade emocional como condição para a criança colaborar, o que, neste caso, cronologicamente, pode ser imensurável pela própria individualidade.

Seixas *et al.* (1998) vão mais longe e oferecem sugestões para acabar, por exemplo, com a sucção digital. A seguinte fala deve ser dita na penumbra: "a mamãe está aqui; nós sabemos que chupar dedo é ruim para você e pode prejudicá-lo, por isto ficarei aqui até que você durma sem o dedo na boca". Após isto, recomendam retirar o dedo da criança da boca, esperar 2 a 3 minutos e dizer

novamente, repetindo a mesma coisa diariamente, até que se obtenha resultado satisfatório.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização deste estudo, foram selecionados profissionais de cinco especialidades – Odontopediatria (ODP), Ortodontia (ORTO), Fonoaudiologia (FONO), Pediatria (PED) e Psicologia (PSICO) – de forma aleatória, através da seção pediátrica de catálogos de convênios. Este método foi empregado para facilitar a escolha de profissionais mais assediados que pudessem representar bem a população infantil em geral, uma vez que o atendimento em saúde, atualmente, é em grande parte realizado por convênios odontomédicos.

Tais profissionais foram abordados em seus respectivos locais de trabalho, após um contato telefônico, onde foi deixado um questionário (Quadro 1), previamente testado em estudo piloto, para posterior coleta. Foram distribuídos, ao todo, 100 questionários, 20 a cada especialidade.

Os dados foram compilados por especialidade, confrontados com a literatura e submetidos a análise estatística, utilizando-se o teste Z para comparação de proporções, em um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Não foi objetivo da pesquisa a comparação entre os grupos profissionais, e sim

QUADRO 1: *Questionário.*

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA**

Identificação do Profissional

Especialidade:

Tempo de formado:

Questões

1) Você vê alguma relação entre amamentação natural/artificial e a aquisição de hábitos de sucção não-nutritiva: dedo e chupeta?

() sim () não Justifique. _____

2) Acredita que estes hábitos possam estar relacionados com o desenvolvimento psicoemocional da criança?

() sim () não Justifique. _____

3) Antes de a criança adquirir o hábito, faz orientações preventivas aos pais?

() sim () não Justifique. _____

4) Quais são estas orientações? _____

5) Até que idade considera normal o hábito de sucção de dedo ou de chupeta? Por quê?

6) Associa a presença destes hábitos com o aparecimento de deformidade dentofacial?
() sim () não Qual? _____

7) Realiza alguma orientação específica para remoção destes hábitos?

() sim () não

8) Em caso positivo, qual é esta orientação?

1. Conversa sobre as conseqüências.

2. Estabelece prazos para remoção (Natal, aniversário).

3. Promete vantagens ou presentes.

4. Sugere que os pais escondam ou joguem fora a chupeta.

5. Sugere amarrar o dedo.

6. Sugere pimenta no dedo.

7. Sugere que os pais ameacem a criança de alguma forma.

8. Outras sugestões. Explique. _____

9) Indica ou realiza tratamento para correção da deformidade dentofacial observada?

() sim () não

10) Em caso positivo, especifique qual tipo de tratamento. _____

o conhecimento da percepção de cada grupo, isoladamente, sobre a problemática exposta.

RESULTADOS

Houve um retorno de 83% dos questionários

TABELA 1: Caracterização da amostra pesquisada.

Profissional	Questionários retornados		Média tempo formado (anos)
	%	Nº	
ODP	95	19	15
ORTO	90	17	12
FONO	85	18	17
PED	65	13	16
PSICO	40	8	14

e a participação dos profissionais se deu de forma diferenciada, como mostra a Tabela 1.

O tempo médio de formado sinaliza a experiência profissional, o volume de situações problemáticas vivenciadas e a maturidade na abordagem das mesmas. Pode-se notar que as médias estão bem próximas entre as especialidades, o que permitiu a configuração de uma amostra uniforme neste critério.

Nas tabelas seguintes estão relacionadas as respostas dos profissionais frente às principais questões levantadas, juntamente com o valor-p e o intervalo de confiança encontrados para cada grupo, a partir

TABELA 2: Distribuição das respostas dos profissionais sobre a relação entre amamentação e hábitos (Pergunta 1).

Profissional	Resposta			Valor-p	Intervalo de confiança
	Sim	Não	Total		
ODP	16 (84,2)*	3 (15,8)	19 (100,0)	p<0,001	(0,68; 1,00)
ORTO	14 (82,4)	3 (17,6)	17 (100,0)	p<0,001	(0,64; 1,00)
FONO	8 (44,4)	10 (55,6)	18 (100,0)	p=0,316	(0,21; 0,67)
PED	12 (92,3)	1 (7,7)	13 (100,0)	p<0,001	(0,78; 1,00)
PSICO	8 (100,0)	0 (0,0)	8 (100,0)	p=0,000	(1,00; 1,00)

* Percentual da linha

TABELA 3: Distribuição das respostas dos profissionais sobre a relação dos hábitos com o desenvolvimento psicoemocional (Pergunta 2).

Profissional	Resposta				Valor-p	Intervalo de confiança
	Sim	Não	NR	Total		
ODP	19 (100,0)*	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (100,0)	p=0,000	(1,00; 1,00)
ORTO	14 (82,3)	1 (5,9)	2 (11,8)	17 (100,0)	p<0,001	(0,81; 1,00)
FONO	16 (88,8)	1 (5,6)	1 (5,6)	18 (100,0)	p<0,001	(0,83; 1,00)
PED	13 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (100,0)	p=0,000	(1,00; 1,00)
PSICO	8 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)	p=0,000	(1,00; 1,00)

* Percentual da linha
NR = não respondeu

TABELA 4: Distribuição das respostas dos profissionais em relação à prevenção dos hábitos (Pergunta 3).

Profissional	Resposta			Valor-p	Intervalo de confiança
	Sim	Não	Total		
ODP	16 (84,2)*	3 (15,8)	19 (100,0)	p < 0,001	(0,68; 1,00)
ORTO	11 (64,7)	6 (35,3)	17 (100,0)	p = 0,102	(0,42; 0,87)
FONO	13 (72,2)	5 (27,8)	18 (100,0)	p = 0,018	(0,52; 0,93)
PED	10 (76,9)	3 (23,1)	13 (100,0)	p = 0,011	(0,54; 0,99)
PSICO	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (100,0)	p = 0,500	(0,15; 0,85)

* Percentual da linha

TABELA 5: Distribuição das respostas dos profissionais em relação à idade limite para o hábito (Pergunta 5).

Profissional	Idade (anos)								
	0 a 1	1 a 2	2 a 3	3 a 4	5 a 7	Var.	NC	NR	Total
ODP	1 (5,3)*	0 (0,0)	5 (26,3)	11 (57,8)	1 (5,3)	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (100,0)
ORTO	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (70,6)	1 (5,9)	4 (23,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (100,0)
FONO	2 (11,1)	7 (38,9)	5 (27,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	1 (5,5)	18 (100,0)
PED	4 (30,8)	4 (30,8)	2 (15,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (23,1)	0 (0,0)	13 (100,0)
PSICO	0 (0,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	8 (100,0)

* Percentual da linha
Var. = Variável NC = nunca NR = não respondeu

TABELA 6: Distribuição das respostas dos profissionais sobre a relação dos hábitos com a presença de deformidades dentofaciais (Pergunta 6).

Profissional	Resposta			Valor-p	Intervalo de confiança
	Sim	Não	Total		
ODP	19 (100,0)*	0 (0,0)	19 (100,0)	p = 0,000	(1,00; 1,00)
ORTO	16 (94,1)	1 (5,9)	17 (100,0)	p < 0,001	(0,83; 1,00)
FONO	18 (100,0)	0 (0,0)	18 (100,0)	p = 0,000	(1,00; 1,00)
PED	12 (92,3)	1 (7,7)	13 (100,0)	p < 0,001	(0,78; 1,00)
PSICO	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (100,0)	p < 0,001	(0,65; 1,00)

* Percentual da linha

TABELA 7: Distribuição das respostas dos profissionais em relação às orientações para remoção do hábito (Pergunta 7).

Profissional	Resposta			Valor-p	Intervalo de confiança
	Sim	Não	Total		
ODP	19 (100,0)*	0 (0,0)	19 (100,0)	p = 0,000	(1,00; 1,00)
ORTO	16 (94,1)	1 (5,9)	17 (100,0)	p < 0,001	(0,83; 1,00)
FONO	17 (94,4)	1 (5,6)	18 (100,0)	p < 0,001	(0,84; 1,00)
PED	10 (76,9)	3 (23,1)	13 (100,0)	p = 0,011	(0,54; 0,99)
PSICO	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (100,0)	p = 0,233	(0,29; 0,96)

* Percentual da linha

do método estatístico aplicado.

DISCUSSÃO

Ao serem questionados sobre uma possível relação entre amamentação natural/artificial e a aquisição de hábitos de sucção não-nutritiva (dedo e chupeta), houve concordância da maioria dos profissionais, de 4 das 5 especialidades consultadas, de que esta relação existe (Tabela 2). Justificaram que crianças amamentadas naturalmente têm suas necessidades supridas, contribuindo para a não-aquisição destes hábitos, em conformidade com autoras como Leite *et al.* (1999), que preconizam tal aleitamento como a melhor forma de prevenir a aquisição dos mesmos. Somente entre os fonoaudiólogos houve maior discordância desta linha de pensamento. Justificaram que muitas vezes a aquisição do hábito, principalmente o da chupeta, é uma questão sociocultural pela qual os pais são responsáveis, por assim aprenderem ao longo das gerações, como mostra o trabalho de Leite & Tollendal (2000). No entanto, a diferença entre as respostas concordantes e discordantes, neste grupo, não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Quanto à segunda pergunta do questionário, houve predominância da resposta positiva em todos os grupos profissionais, resultado estatisticamente significativo, como mostra a Tabela 3. A maioria acredita que estes hábitos estão associados ao desenvolvimento psicoemocional, justificando que crianças amamentadas no peito têm maior estabilidade emocional por terem maior contato com suas mães, o que faz com que não precisem recorrer a estímulos artificiais, como chupeta. Este pensamento é corroborado pelo estudo de Valdés (1991).

Com a crescente preocupação da Odontologia com a filosofia de promoção de saúde, foi levantada a questão das orientações preventivas para se evitar a aquisição do hábito, e quais seriam elas.

A Tabela 4 mostra que a maior parte dos profissionais realiza tais orientações, exceto entre os psicólogos, os quais, na maioria das vezes, são procurados quando há um problema estabelecido, fato que limita o cumprimento desta tarefa. No entanto, as justificativas deste grupo refletiram uma valorização da atitude preventiva, sugerindo que tais orientações também podem ser transmitidas informalmente, na família ou círculo social, por todas as especialidades, mesmo fora do consultório.

O aleitamento materno natural foi a resposta mais prevalente entre todas as especialidades como forma de prevenção da instalação do hábito, tema abordado na questão 4. Tal achado está de acordo com diversos autores consultados (GIRON, 1988; ABERASTURY, 1988; MORESCA & FERES, 1992; LEITE *et al.*, 1999). Já o uso de chupetas

ortodônticas e mordedores foi recomendação de Odontopediatras, Pediatras e Fonoaudiólogos, que o vêem como forma de prevenir a sucção digital.

Quanto a esta questão, na literatura encontram-se sugestões como as de Cunha *et al.* (1998), atentando para o fato de que as orientações sobre aleitamento, tipo de chupeta e forma de uso da mesma devem ser passadas o mais precocemente possível, sendo os pais peças-chave neste processo; encontram-se também posturas radicais, como a de Carvalho (1996), que adverte ser a introdução de chupetas e mamadeiras o caminho mais curto para o desmame com suas conseqüências dentofaciais.

A questão seguinte foi sobre até que idade os profissionais consideravam normal o hábito de sucção, e que seria balizadora para sua remoção. As respostas foram bem pulverizadas, demonstrando grande dificuldade consensual em determinar cronologicamente qual o momento oportuno para a remoção do hábito (Tabela 5), em conformidade com o estudo de Sies & Carvalho (1998).

Questionou-se, então, sobre a relação dos hábitos com a presença de deformidades dentofaciais. Foi observado que a maior parte dos profissionais enxerga esta relação (Tabela 6), citando mordidas aberta e cruzada posterior como as mais prevalentes. Na literatura, inúmeros autores associam a instalação de deformidades dentofaciais com os hábitos bucais deletérios (BENZAQUEN & OLIVEIRA, 1993; PROFFIT, 1995; SERRA-NEGRA, 1995; MODESTO & CAMARGO, 1998).

Com relação à questão 7, sobre a realização de orientações específicas para a remoção dos hábitos, encontrou-se uma predominância de respostas positivas (Tabela 7), resultado que só não foi estatisticamente significativo dentro do grupo dos psicólogos ($p > 0,05$).

Buscando conhecer quais eram as orientações profissionais para a remoção dos hábitos, foram padronizadas sete respostas, mais próximas do senso comum, deixando, no entanto, espaço aberto para alternativa individual a ser descrita pelos entrevistados.

A opção 1 foi selecionada por todos os profissionais que, para isso, utilizam modelos e slides. Além desta, foram citadas as alternativas 2 e 3. A 5 foi escolhida por alguns profissionais que sugeriram "colocar luvas nas mãos das crianças ou comprar um pijama de número maior e costurar a extremidade da manga, impedindo a mão de passar". No campo "outras sugestões" também foram dadas novas soluções, como ferver ou perfurar a chupeta para torná-la menos atraente; contenção física, como grade palatina; puxar a chupeta enquanto a criança a estiver usando, para cansá-la; elogiar quando a criança não estiver sugando; transformar a sucção

em obrigação; sugestão noturna, respaldada por Seixas *et al.* (1998).

Pode-se notar, pela ausência de escolha das opções 4, 6 e 7, que a grande maioria dos profissionais prefere não adotar métodos de punição na remoção de hábitos, o que encontra apoio na literatura. Segundo Toledo (1996), as ameaças e medidas punitivas são infrutíferas como tentativa de motivar a criança a deixar o hábito, pois não levam em conta as causas geradoras do mesmo. Já Modesto & Azevedo, em 1997, salientam que são imprescindíveis a cooperação e compreensão da criança para o sucesso do tratamento. E Coeli & Toledo (1994) completam, dizendo que a imposição de métodos de tratamento ou introdução de dispositivos mecânicos sem a aceitação da criança irá provocar um desajuste psicológico de grandes dimensões, causando danos irreversíveis à sua personalidade.

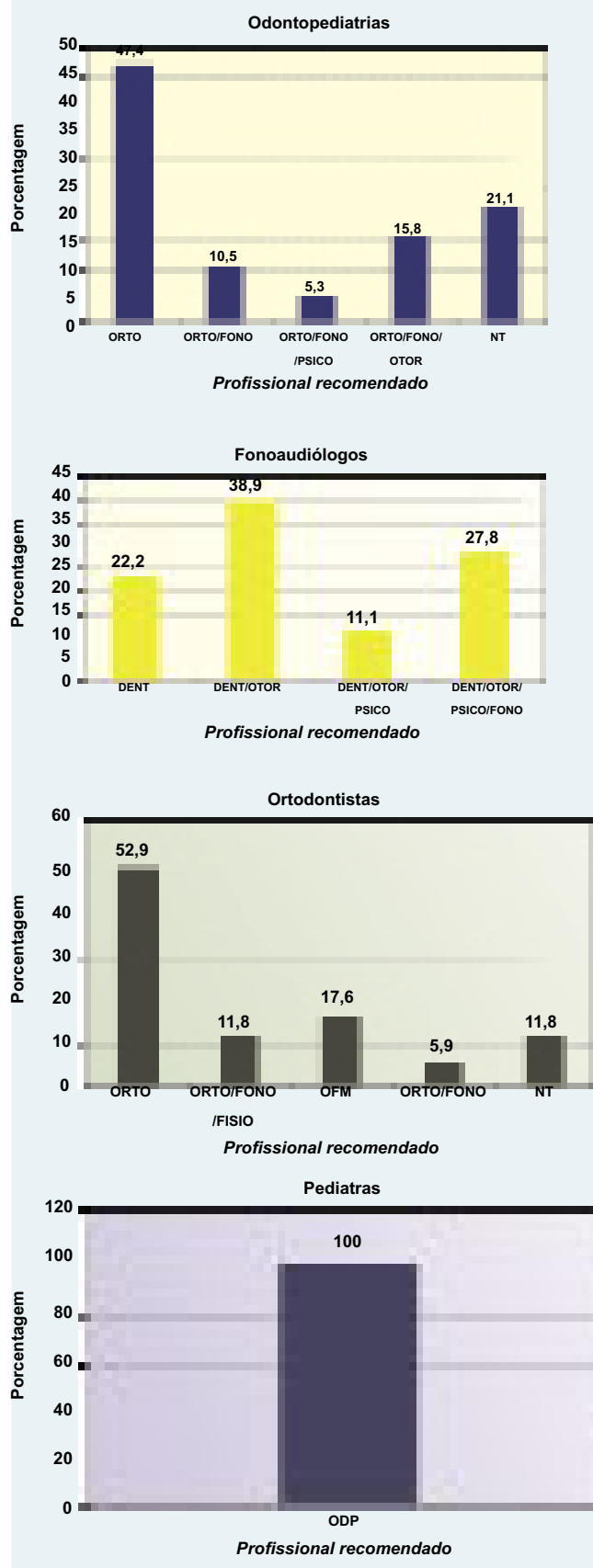
Mas é possível notar, também, que os métodos empregados pelos profissionais são, em sua maioria, sugestões empíricas, não havendo um consenso de ações, demonstrando que todos possuem dificuldades no trato do assunto abordado. Não há, portanto, uma "fórmula mágica" de resolução do problema agindo isoladamente, pois não se pode esquecer que o hábito deletério pode ter diversas etiologias. Desta forma, seu tratamento terá de abordar cada uma delas.

Assim, questionou-se qual a conduta utilizada no tratamento das seqüelas advindas dos hábitos com o objetivo de saber de que forma têm agido os profissionais, se isoladamente ou buscando ajuda de outras áreas.

A partir do Gráfico 1 pode-se notar que os fonoaudiólogos foram os profissionais que mais buscaram atuar de forma multidisciplinar, apesar de citarem o dentista (DENT), de uma forma geral, e não o odontopediatra como maior colaborador. Nas outras especialidades, a grande maioria agiu de forma isolada, havendo somente porcentagens pulverizadas de profissionais que buscam ajuda em mais de uma disciplina. Chamou atenção a citação de outras áreas – Otorrinolaringologia (OTOR), Ortopedia (OFM) e Fisioterapia (FISIO) – como possíveis auxiliares na resolução do problema.

Fica clara a falta de ações conjuntas para a resolução do problema, o que pode estar comprometendo o sucesso da prevenção e terapêutica destes hábitos. Partindo desta premissa e sendo o hábito bucal deletério um problema de múltiplas causas, verifica-se a necessidade de uma abordagem mais ampla, que só a união de especialidades pode conseguir. Como salienta Saimovici (1988), vários exemplos permitem ilustrar que toda intervenção clínica em uma criança tem sua inscrição inconsciente e seus efeitos, que não podem ser

GRÁFICO 1: Distribuição percentual da recomendação de tratamento para as seqüelas dos hábitos por grupo profissional.





deixados ao azar, e devem ser compreendidos à luz da odontopediatria moderna, a qual inclui a colaboração de outras disciplinas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

prevenção e tratamento desses hábitos, se promoção de saúde de fato for o elo comum entre elas.

Diante do que foi exposto, pode-se concluir que:

- chupeta, sucção digital e mamadeira são assuntos que não podem continuar merecendo atenção apenas quando já se tornaram problemas, pois sabemos que a prevenção é mais simples de ser realizada, mais eficaz e mais salutar.
- o aleitamento materno natural, por ser comprovadamente o melhor método de prevenção de hábitos bucais deletérios e por tantas outras vantagens, deve ser encorajado por todos os profissionais da saúde que lidam com crianças.
- vários são os métodos de tratamento empregados para descontinuar o hábito de sucção, e não existe um consenso entre os profissionais quanto ao mais eficiente. Desta forma, há necessidade de uma maior interação entre as diversas especialidades que assistem crianças, como meio de se conseguir mais e melhores resultados na

BARRETTO, E. P. R.; FARIA, M. M. G.; CASTRO, P. R. S. Non-nutritive sucking habits: multidisciplinary approach. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.29, p.42-48, jan./fev. 2003.

We evaluated the point of view of several health professionals who work with children (Orthodontists, Pediatricians, Pedodontists, Speech Therapists and Psychologists) regarding their preventive and therapeutic approach in non-nutritive sucking habits. The information was obtained by a questionnaire answered by these professionals. We analysed the relationship between non-nutritive sucking habits, feeding, psychoemotional development, preventive orientations and dentofacial alteration. All participants answered that breastfeeding is an important way to prevent acquisition of deleterious sucking habits. They also mentioned that the emotional factor may lead to prolonged suction habit. We also observed that there was no interaction among the different health professionals, and therefore treatment success was endangered.

KEYWORDS: Habits; Fingersucking; Prevention; Breast feeding.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. Transtornos emocionales en el niño vinculados con la dentición. In: EGOZCUE, M.I.; MANFREDI, C.; BASSO, M.L. *Odontopediatria y psicología*. Buenos Aires: Kargieman, 1988. Cap.10, p.218-223.

BARNETT, E.M. *Terapia oclusal en odontopediatria*. Buenos Aires: Panamericana, 1978. 408p.

BENZAQUEN, A.A.; OLIVEIRA, A.P.A. *Estudo da prevalência do hábito de sucção, chupeta e dedo, em pré-escolares de duas escolas, uma pública e uma particular, de Belo Horizonte*. 1993. 81f. Monografia (Especialização em Odontopediatria) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CARVALHO, G.D. Síndrome do respirador bucal ou insuficiente respirador nasal. *Rev Secret Saúde*, São Paulo, v.2, n.18, p.22-24, jul. 1996.

COELI, B.M.; TOLEDO, O.A. Hábitos bucais de sucção: aspectos relacionados com a etiologia e com o tratamento. *Rev Odontopediatr*, São Paulo, v.3, n.1, p.43-50, jan./mar. 1994.

CUNHA, S.R.T.; CORRÊA, M.S.N.P.; OLIVEIRA, P.M.L.; SCHALKA, M.M.S. Hábitos bucais. In: CORRÊA, M.S.N.P. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos, 1998. Cap.39, p.561-576.

GIRON, M.C.C. *Fundamentos psicológicos da prática odontológica*. Porto Alegre: D.C. Luzzatto, 1988. 140p.

GUEDES-PINTO, A.C.; CORRÊA, M.S.N.P.; GIGLIO, E.M. *Conduta clínica e psicológica em odontologia pediátrica*. 2.ed. São Paulo: Santos, 1987. 237p.

LEITE, I.C.G.; TOLLENDAL, M.E. *A expressão sócio-cultural da chupeta: enfoque epidemiológico*. 2000. Disponível em: <http://odontologia.com.br/artigos/uso-da-chupeta.html>. Acesso em: 26 jan. 2001.

LEITE, I.C.G. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, v.53, n.2, p.151-155, jul. 1999.

MODESTO, A.; AZEVEDO, G.T. Hábito de sucção do polegar: como descontinua-lo? *Rev Odontopediatr*, São Paulo, v.5, n.2, p.41-47, abr./jun. 1996/1997.

MODESTO, A.; CAMARGO, M.C.F. Chupeta: bandida ou mocinha? *J Assoc Paul Cir Dent*, São Paulo, n.489, p.29, jan. 1998.

MORESCA, C.A.; FERES, M.A. Hábitos viciosos bucais. In: PETRELLI, E. *Ortodontia para fonoaudiologia*. Curitiba: Lovise, 1992. Cap. 3, p.164-176.

PROFIT, W.R. *Ortodontia Contemporânea*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596p.

RAUBENHEINER, E.J.; ROUX, J.P.; HEYL, T. The vermilion border of neonatal lips. *J Pedod*, Boston, v.11, n.2, p.158-163, Winter 1987.

RINALDI, G. Psicoprofilaxis quirúrgica en odontología. In: EGOZCUE, M.I.; MANFREDI, C.; BASSO, M.L. *Odontopediatria y psicología*. Buenos Aires: Kargieman, 1988. Cap. 5, p.185-193.

SAIMOVICI, E. Un enfoque psicoanalítico de los hábitos. In: EGOZCUE, M.I.; MANFREDI, C.; BASSO, M.L. *Odontopediatria y psicología*. Buenos Aires: Kargieman, 1988. Cap.8, p.202-205.

SEIXAS, C.A.O.; ALMEIDA, E.F.; FATTORI, L. Diagnóstico, prevenção e tratamento precoce para hábitos bucais deletérios. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. Curitiba, v.1, n.1, p.52-62, jan./mar.1998.

SERRA-NEGRA, J.M.C. *Aleitamento, hábitos orais deletérios e maloclusões: existe associação?* 1995. 170f. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SIES, M.L.; CARVALHO, M.P. Uma visão fonoaudiológica em odontopediatria na primeira infância. In: CORRÊA, M.S.N.P. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos, 1998. Cap.5, p.39-53.

TOLEDO, O.A. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Editorial Premier, 1996. p.344.

VALDÉS, G.O. *Estudio de la lactancia materna con relación a los hábitos deformantes bucales, durante el primer año de vida*. Isla de la Juventud/Venezuela: Laña, 1991. 35p.

Recebido para publicação em: 28/08/01

Enviado para reformulação em: 22/01/02

Aceito para publicação em: 09/04/02