

Má Oclusão, Hábitos Bucais e Aleitamento Materno: Estudo de Base Populacional em um Município de Pequeno Porte

Malocclusion, Oral Habits and Breast-Feeding:
A Population-Based Study in a Small City

Juliana Mariano MASSUIA¹, Wladithe Organ CARVALHO², Tiemi MATSUO³

¹Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina/PR, Brasil.

²Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina/PR, Brasil.

³Docente do Departamento de Estatística da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina/PR, Brasil..

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de má oclusão na dentição decídua e avaliar sua associação com hábitos bucais e tempo de aleitamento materno.

Método: Estudo transversal constituído pelo universo de crianças, entre três e cinco anos de idade, residentes nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Pedra Preta – Mato Grosso. A coleta de dados foi composta por duas etapas: entrevista com a mãe e/ou responsável e exame clínico odontológico da criança. As entrevistas foram realizadas por duas auxiliares previamente treinadas e o exame clínico por um cirurgião dentista treinado e calibrado (Kappa = 0,96). Foram examinadas 374 crianças na faixa etária de três a cinco anos. Os critérios para classificar as *oclusões em normais* e *más oclusões* foram: relação terminal dos segundos molares decíduos, relação de caninos, relação transversal, trespasses e presença/ausência de apinhamento dental. Os dados foram submetidos aos seguintes testes estatísticos: qui-quadrado (X^2) com correção de Yates e Exato de Fisher ($p < 0,05$).

Resultados: A prevalência de má oclusão foi de 53,2% (IC 95%: 48,3 - 58,6) e os tipos mais frequentes foram o apinhamento dental, sobressaliência e mordida aberta anterior. Verificou-se associação de má oclusão com os seguintes hábitos bucais: mamadeira, chupeta, sucção de dedo e respiração bucal. Aleitamento materno exclusivo <seis meses também foi associado com a presença de má oclusão.

Conclusão: A prevalência de má oclusão na dentição decídua foi elevada. O diagnóstico precoce e medidas preventivas podem impedir e/ou interceptar o estabelecimento de más oclusões, ainda, na dentição decídua.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of malocclusion in primary dentition and to evaluate its association with oral habits and breastfeeding duration.

Method: A cross-sectional study consisting by the universe of children between 3 and 5 years of age living in areas covered by the Family Health Units (USF) in the municipality of Pedra Preta - Mato Grosso. Data collection consisted of two steps: an interview with the mother and / or guardian and the child's clinical dental examination. The interviews were conducted by two previously trained assistants and clinical examination by a trained and calibrated dentist (kappa = 0.96). Were examined 374 children aged 3 to 5 years. The criteria for classifying occlusions in normal and malocclusions were: ratio of terminal primary second molars, canine relationship, transverse relationship, goodwill and presence / absence of crowding. Data were submitted to the following statistical tests: chi-square (X^2) test with Yates correction and Fisher ($p < 0.05$).

Results: The prevalence of malocclusion was 53.2% (95% CI: 48.3-58.6) and the most frequent types were crowding, overjet and anterior open bite. An association of malocclusion with the following oral habits: feeding, pacifier, finger sucking and mouth breathing. Exclusive breast-feeding < 6 months was also associated with malocclusion.

Conclusion: The prevalence of malocclusion in primary dentition was high. Early diagnosis and preventive measures can prevent and / or intercept the establishment of these changes, even in the primary dentition.

DESCRITORES

Má oclusão; Dentição decídua; Hábitos; Aleitamento materno.

KEY-WORDS

Malocclusion; Dentition primary; Habits; Breast-feeding.

INTRODUÇÃO

A má oclusão é uma anomalia do desenvolvimento dos dentes e/ou arcos dentários que se estabelece tanto na dentição decídua quanto na permanente, ocasionando desde o desconforto estético, nos casos mais leves, a agravos funcionais e incapacitações, nos casos mais severos^{1,2}. Pela alta prevalência da má oclusão na população, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considera, atualmente, como um dos problemas odontológicos de saúde pública em todo o mundo³. Pode provocar impacto social por interferir, negativamente, na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, dificultando-lhes a interação social e o bem-estar psicológico^{4,5}. Esta alteração é passível de prevenção e tratamento.

O Projeto SB Brasil 2003 teve como um dos seus objetivos avaliar a prevalência de má oclusão na população de crianças e foram encontrados 36,5% de algum grau de má oclusão entre as crianças de cinco anos de idade⁶. Outro achado importante foi que 20,8% das crianças brasileiras de 12 anos apresentaram má oclusão muito severa ou incapacitante. Dados obtidos pelo último levantamento epidemiológico em âmbito nacional, na área de Saúde Bucal⁶.

A má oclusão apresenta uma origem multifatorial. Geralmente, é produzida por uma interação de fatores hereditários, congênitos, adquiridos de ordem geral ou local. Como exemplo de fatores adquiridos locais têm-se os hábitos bucais deletérios^{1,2}.

Os reflexos de sucção fazem parte da vida cotidiana das crianças, enraizados desde a vida intrauterina, o que lhes confere um caráter singular e enternecedor nos primeiros anos de vida⁷. Apesar de quase toda criança normal praticar algum tipo de hábito bucal deletério, o prolongamento do mesmo pode levar à má oclusão. As prováveis alterações que ocorrem na oclusão de uma criança, diante de hábitos bucais deletérios, são determinadas por vários aspectos: frequência, intensidade, duração, objeto e/ou órgão utilizado e a idade da criança na época que se iniciou o hábito bucal e também da predisposição individual que está condicionada a fatores genéticos².

Embora transmitam sensação de segurança e conforto, os hábitos bucais deletérios devem ser abandonados o mais precocemente possível, a fim de evitar alterações estruturais e funcionais graves⁷. Há grande discussão com relação ao momento que a criança deve abandonar o hábito, contudo a maioria dos autores concorda que quanto mais cedo ocorrer sua remoção, danos menores ocorrerão⁸.

O aleitamento artificial pela mamadeira tem forte influência na instalação de hábitos bucais deletérios e no desenvolvimento das más oclusões^{1,9-11}. O aleitamento materno (AM) é considerado indispensável nos seis primeiros meses de vida da criança, tanto para seu desenvolvimento físico como emocional¹², pois previne a instalação dos hábitos bucais deletérios^{9,10} e promove o crescimento e desenvolvimento normal das

estruturas da face. Além disso, não se pode desconsiderar a importância do AM no desenvolvimento psicológico da criança, uma vez que esta situação é fundamental em relação às trocas afetivas e às experiências de contato social^{11,12}.

Este estudo teve por objetivo identificar a prevalência de má oclusão na dentição decídua e sua associação com hábitos bucais deletérios e tempo de aleitamento materno exclusivo. E, justifica-se pela necessidade do setor público obter parâmetros de atuação na prevenção das más oclusões, com a instituição de programas que abranjam medidas preventivas e interceptoras às desordens oclusais no período inicial do desenvolvimento orofacial.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, cuja população de estudo foi constituída pelas crianças residentes nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Pedra Preta – MT. Em cada USF, com auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foi realizado o censo e incluídas todas as famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que possuíam crianças na faixa etária de três a cinco anos e meio. Esta faixa etária foi escolhida pela cronologia de erupção dentária, pois aos três anos de idade os dentes decíduos se encontram irrompidos e em oclusão e o irrompimento dos dentes permanentes se inicia por volta dos cinco a seis anos de idade¹³.

A coleta de dados foi composta por duas etapas: entrevista domiciliar com a mãe e/ou responsável e exame clínico odontológico realizado na escola ou creche, ou na residência (para crianças que não frequentavam a escola).

Para a entrevista domiciliar, as residências foram localizadas com base no endereço cadastrado no SIAB. O instrumento utilizado nas entrevistas relacionou questões sobre os seguintes hábitos bucais deletérios: mamadeira, chupeta, sucção de dedo, respiração bucal, morder objetos, onicofagia; e, também o tempo que o AME foi oferecido à criança. O exame clínico da oclusão ocorreu em outro momento e foi realizado por um cirurgião dentista treinado e calibrado (Coeficiente Kappa de Cohen = 0,96).

Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: crianças com presença de dentes permanentes, parcial ou totalmente irrompidos (dentadura mista); crianças com um ou mais dentes com lesão de cárie interproximal; e, crianças com tratamento ortodôntico em andamento ou concluído.

Foram consideradas perdas: crianças que não foram encontradas em seus domicílios em três tentativas e em horários diferenciados; e aquelas com endereços não-localizados ou inexistentes. As crianças que não aceitaram participar do exame clínico ou que não tinham autorização dos pais/responsáveis foram consideradas recusas.

Após o consentimento dos pais, as crianças foram avaliadas na escola ou creche, onde estavam matriculadas. Aquelas, que no momento da entrevista ainda não frequentavam a escola, foram examinadas em seus domicílios. As crianças que estudavam foram avaliadas durante o período de aula, sentadas em uma carteira em frente à examinadora, e com iluminação natural do ambiente. Aquelas que estudavam, mas não foram encontradas na escola no dia das visitas, foram examinadas em suas casas. Quando o exame foi realizado no domicílio, a criança permanecia sentada em uma cadeira, em local, também com claridade natural. O exame clínico bucal foi conduzido com auxílio de uma espátula de madeira descartável, um lápis preto nº02 e régua milimetrada.

A avaliação dos aspectos morfológicos da oclusão das crianças obedeceu à classificação de Baume¹⁴, mediante a relação anteroposterior dos segundos molares decíduos, e Foster e Hamilton¹⁵ para o relacionamento dos caninos decíduos. Também, foram analisadas as seguintes características: trespasse horizontal, trespasse vertical, apinhamento/espacamento dental, mordida aberta anterior, mordida cruzada anterior e posterior, uni ou bilateral. Para a avaliação da prevalência de mordida cruzada não foram definidas se eram dentárias ou esqueléticas. A partir dessas condições, a oclusão foi classificada como *normal* ou *má oclusão*. A oclusão foi classificada como *normal* quando: a relação terminal dos segundos molares decíduos se encontrava em plano reto e/ou mesial com o canino em classe I; ausência de apinhamento, de mordida cruzada e/ou aberta; com sobremordida e sobressaliência normais com medidas positivas de até 2 mm.

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis para verificar a consistência das informações obtidas e determinar os pontos de corte. A seguir, foram avaliadas as associações entre as variáveis de exposição e o desfecho, empregando-se o nível de significância de 95% ($p < 0,05$) pelo teste do qui-quadrado (X^2), Exato de Fisher, quando necessário, pelo reduzido número de casos em uma categoria de análise.

A pesquisa de campo foi desenvolvida após análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, conforme prescreve a Resolução nº196/96 pelo Parecer CEP nº 252/08 e as mães/responsáveis que concordaram em participar desse estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

De acordo com o censo realizado, a listagem inicialmente obtida continha 432 crianças, porém, foram excluídas 33 crianças (7,6%). Houve 11 recusas (2,7%) e 14 perdas (3,5%). Portanto, a taxa de resposta foi de 94,2% e a população de estudo foi constituída por 374 crianças.

A idade média das crianças foi de 4,2 anos (DP $\pm 0,8$ anos). Houve equilíbrio entre os gêneros nas idades estudadas.

A prevalência de má oclusão foi de 53,2% (IC 95%: 48,3 - 58,6). Os tipos mais frequentes foram o apinhamento dental (23,0%; IC 95%: 18,9 - 27,7), a sobressaliência (16,6%; IC 95%: 13,0 - 20,8) e a mordida aberta anterior (16,0%; IC 95%: 12,6 - 20,2) (Figura 1). A presença de apinhamento foi mais comum no arco dental inferior (15%), e 3,7% das crianças apresentaram esta condição em ambos os arcos dentais.

Em máxima intercuspidação habitual (MIH), 7,7% das crianças apresentaram mordida cruzada posterior unilateral, porém com a mandíbula manipulada em relação cêntrica (RC), esse valor diminuiu para 1,8%.

Quanto ao plano terminal dos segundos molares decíduos, a maior frequência foi encontrada para degrau mesial (47,1%), seguido por plano terminal reto (43%) e degrau distal (4,8%). Cerca de 5% das crianças apresentaram a relação terminal dos segundos molares decíduos de forma assimétrica, unilateral direito ou esquerdo. A relação de canino predominante foi a classe I (76,5%), seguido pela classe II (14,7%) e classe III (8,8%).

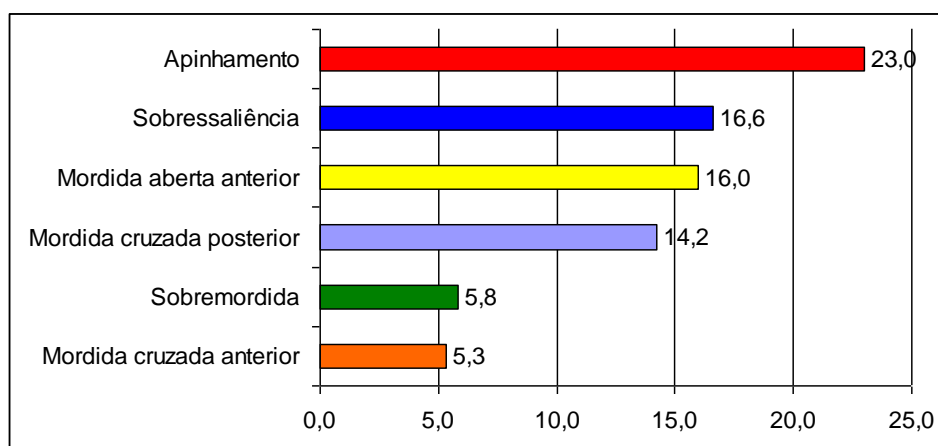


Figura 1. Frequência (%) da distribuição dos tipos de má oclusão na dentição decídua. Pedra Preta, Mato Grosso, 2009.

A prevalência de um ou mais hábitos bucais deletérios nas crianças foi de 94,9% (IC 95%: 92,0 - 96,8). O hábito bucal mais frequente foi a mamadeira (87,2%; IC 95%: 83,3 - 90,4), seguido por morder objetos (45,2%; IC 95%: 40,1 - 50,4) e chupeta (39%; IC 95%: 34,1 - 44,2), como observado na Figura 2. Apenas 5,1% (IC 95%: 3,2 - 8,0) das crianças não apresentaram nenhum tipo de hábito bucal. Dessas, 78,9% tinham oclusão normal e todas receberam aleitamento materno exclusivo (AME) por um período igual ou superior a três meses. Apenas

4,5% das crianças possuíam outros tipos de hábito e o mais citado foi o de morder fraldas/roupas e/ou cobertor (41,3%).

O tempo médio AME foi de 4,41 meses e o tempo de AME mais relatado foi seis meses. A frequência de crianças que não receberam AME foi de 11,2% (IC 95%: 8,3 - 15,0) e daquelas que receberam AME por um período igual ou superior aos seis meses foi 36,4% (IC 95%: 31,5 - 41,5) (Figura 3).

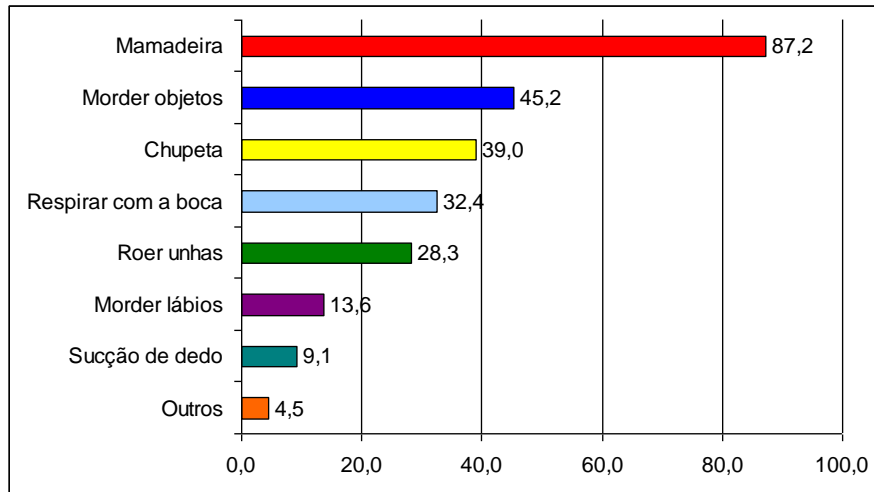


Figura 2. Frequência (%) da distribuição dos hábitos bucais em crianças de 3 a 5 anos. Pedra Preta, Mato Grosso, 2009.

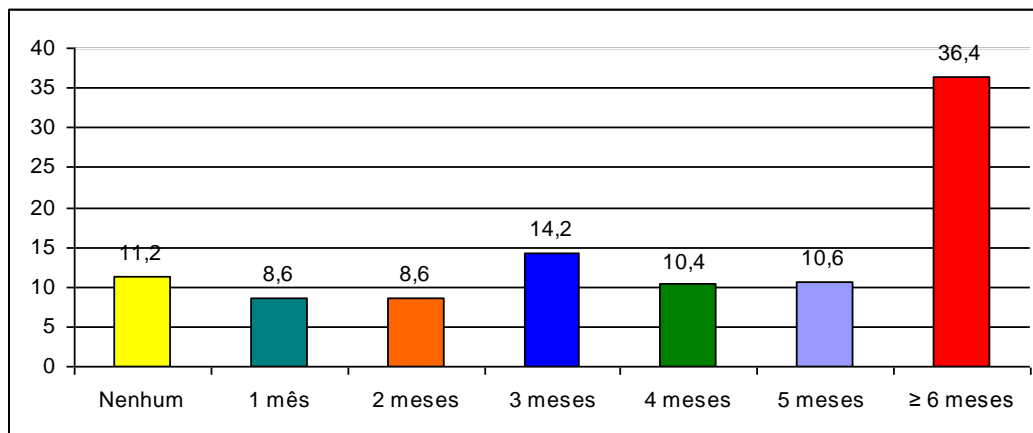


Figura 3. Frequência (%) da distribuição do tempo de aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças de 3 a 5 anos. Pedra Preta, Mato Grosso, 2009.

A Tabela 1 demonstra as análises das associações entre maloclusão e os hábitos de mamadeira, chupeta, sucção de dedo, respiração predominantemente bucal, onicofagia, morder objetos e morder lábios.

Foi encontrada relação significativa entre a maloclusão e os hábitos mamadeira, chupeta, sucção de dedo e respiração bucal (Tabela 1). Para as variáveis mamadeira e sucção de dedo, o não-abandono do hábito é que se associou de forma significativa com má oclusão.

Foi avaliada a associação entre a presença de hábitos bucais e o gênero da criança. Observou-se que para os hábitos de mamadeira, chupeta, respiração bucal, morder objetos e morder lábios não houve

diferenças significativas entre os gêneros. Porém, as crianças do gênero feminino apresentaram maior prevalência dos hábitos de onicofagia (57,5%) e sucção de dedo (64,7%), e, estas diferenças foram significativas ($p < 0,05$).

A análise da relação entre o tempo de AME e presença de má oclusão revelou que as crianças que não receberam AME ou receberam por um período menor que seis meses (36,4%), apresentaram maior frequência de má oclusão ($p < 0,001$). O AME, por um período \geq seis meses, parece ter sido fator de proteção à má oclusão.

Foi avaliada a associação entre cada tipo de má oclusão e AME. O AME foi fator de proteção à sobressaliência e mordida aberta anterior ($p < 0,001$).

Porém, essa relação não foi significativa para apinhamento dental, mordida cruzada e sobremordida.

Tabela 1. Distribuição da prevalência de má oclusão em crianças de 3 a 5 anos, segundo a presença de hábitos bucais. Pedra Preta, Mato Grosso, 2009.

Hábitos	Total	Má oclusão		RP	IC 95%	Valor p*
		N	%			
Mamadeira						
Sim, ainda usa	201	130	64,7	1,93	1,28-2,92	<0,001
Sim, mas abandonou	125	54	43,2	1,30	0,83-2,03	
Nunca usou	48	16	33,3	1,00	Referência	
Chupeta						
Sim, ainda usa	26	25	96,1	2,19	1,86-2,59	<0,001
Sim, mas abandonou	120	75	62,5	1,42	1,16-1,74	
Nunca usou	227	100	44,0	1,00	Referência	
Sucção de dedo						
Sim, ainda usa	28	26	92,8	1,85	1,59-2,14	<0,001**
Sim, mas abandonou	6	3	50,0	0,99	0,44-2,23	
Nunca usou	340	171	50,3	1,00	Referência	
Respiração bucal						
Sim	121	74	61,1	1,23	1,02-1,48	0,050
Não	253	126	49,8	1,00	Referência	
Morder objetos						
Sim	169	92	54,4	1,03	0,86-1,25	0,814
Não	205	108	52,7	1,00	Referência	
Morder lábios						
Sim	51	24	47,0	0,86	0,63-1,17	0,402
Não	323	176	54,5	1,00	Referência	
Roer unhas						
Sim	106	52	49,0	0,89	0,71-1,11	0,335
Não	267	148	55,4	1,00	Referência	

RP (Razão de Prevalência), IC (Intervalo de Confiança), * Teste χ^2 com correção de Yates, 2 graus de liberdade, ** Teste Exato de Fisher

Tabela 2 - Distribuição da prevalência de má oclusão em crianças de 3 a 5 anos, segundo tempo de AME. Pedra Preta, Mato Grosso, 2009.

Tempo de AME (meses)	Total	Má oclusão		RP	IC 95%	Valor p*
		N	%			
Não mamou	42	26	61,9	1,62	1,18-2,23	<0,001
< 6	196	122	62,2	1,63	1,28-2,07	
≥ 6	136	52	38,2	1,00	Referência	

RP (Razão de Prevalência), IC (Intervalo de Confiança), * Teste χ^2 com correção de Yates, 2 graus de liberdade

DISCUSSÃO

A má oclusão é um problema de saúde pública no mundo que tem sido amplamente estudada ao longo dos anos, porém a maioria dos estudos de prevalência de má oclusão na dentição decídua são realizados em pré-escolares^{4,7,9,16,17-21} e são poucos os de base populacional, ou seja, aqueles que investigam todas as crianças residentes em uma comunidade. O delineamento deste estudo destaca-se por ser de base populacional e incluir todas as crianças cadastradas no SIAB de um município de pequeno porte, sendo estes dados importantes para organização dos serviços odontológicos locais e também para outros municípios semelhantes a este, que compõem a maioria no país. Porém, teve como limitação o fato de que o número de indivíduos estudados pode ter comprometido a força do estudo em identificar associações entre algumas variáveis.

Algumas pesquisas realizadas no Brasil têm ressaltado a alta prevalência de má oclusões entre a população de crianças, na fase de dentição decídua, com valores superiores a 70%^{7,16,17}. Porém, outros estudos^{18,19} mostram uma tendência semelhante à encontrada neste trabalho, em que 53,2% da amostra apresentaram algum tipo de má oclusão. Quanto ao tipo de má oclusão, o apinhamento dental foi o mais prevalente entre as crianças (23%), não concordando com o que é relatado na literatura, onde a mordida aberta anterior é o tipo mais frequente nesta faixa etária^{8,11}.

Com relação à prevalência de mordida cruzada posterior, tanto na dentadura decídua como na mista, estudos revelam uma variação entre 8% e 16%^{7,15,20-22}. O achado na presente pesquisa para este tipo de má oclusão encontra-se dentro da faixa de prevalência verificada nos estudos consultados.

A maioria dos casos de mordida cruzada posterior manifesta-se unilateralmente. No entanto, “com a mandíbula manipulada em RC, quase sempre se observa comprometimento de ambos os lados do arco dentário, havendo uma relação de mordida de topo bilateral”²³. Fato confirmado nesta população, em que em MIH, 7,7% das crianças apresentaram mordida cruzada posterior unilateral. Com a mandíbula manipulada pelo examinador em RC, esse valor diminuiu para 1,8%, o que se permite confirmar que mordidas cruzadas unilaterais verdadeiras são raras, nesta faixa etária.

O paciente apresenta mordida cruzada funcional quando, em RC, não ocorre mais a presença de mordida cruzada posterior, observando-se contato prematuro de algum elemento dentário, geralmente em caninos decíduos²³. A presença de desvio funcional da mandíbula nas crianças com mordida cruzada posterior unilateral foi de 75,9%, caracterizando a mordida cruzada posterior unilateral funcional. Esses resultados apontam para uma prevalência de mordida cruzada posterior compatível com a literatura, predominando as mordidas cruzadas posteriores unilaterais de caráter funcional^{7,20}. As mordidas cruzadas posteriores não são autocorrigíveis, e, se não tratadas, os molares

permanentes e pré-molares irrompem em mordida cruzada²². O tratamento precoce, através somente do desgaste com eliminação dos contatos prematuros ou em combinação com a expansão, é aconselhado na dentição decídua, podendo, assim, eliminar a necessidade de tratamento em estágios posteriores do desenvolvimento da oclusão^{7,22}.

Apesar de diferentes métodos serem relatados na literatura, a distribuição da relação sagital na população desta pesquisa, expressa concordância com alguns estudos²⁵, que destacam predomínio de degrau mesial, seguido pelo plano reto e degrau distal. Porém, a maioria dos estudos na literatura existente apresenta maior prevalência ao plano terminal reto^{14,15,25}. O degrau distal é considerado indicativo de maloclusão na dentadura decídua, pois este não apresenta correção fisiológica espontânea e, caso o tratamento interceptativo não seja instituído na época adequada, o problema persistirá na dentadura permanente, caracterizando maloclusão de Classe II¹⁴. Neste estudo, observou-se baixa prevalência para este tipo de relacionamento (4,8%), constituindo-se, então, aspecto favorável ao bom desenvolvimento da oclusão na dentição permanente para esta população.

Muitos estudos apontam a associação entre as má oclusões e a presença de hábitos bucais^{7-11,16,18-21,26} e tipo de aleitamento^{8,9,11,12,16,26}. Essas associações foram confirmadas nesta pesquisa, em que a chupeta, a mamadeira, a respiração predominantemente bucal e a sucção de dedo estiveram significativamente associados à presença de má oclusão.

A chupeta tem sido relatada pela literatura como o hábito bucal predominante entre as crianças^{16,19,20}, porém, neste estudo, o hábito mais prevalente foi a mamadeira, concordando com outras pesquisas⁷. Esse dado desperta a atenção ao fato de que a chupeta tem sido oferecida com menor frequência às crianças, pelas campanhas e/ou à conscientização dos pais, todavia demonstra claramente que o problema relacionado ao uso da mamadeira persiste e necessita ser enfrentado.

Tem sido demonstrado que a mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior são os tipos de má oclusões mais comuns associadas ao prolongamento dos hábitos bucais deletérios^{8,10,21,26}. Neste estudo, ambas foram associadas aos hábitos de chupeta e de sucção de dedo.

Os efeitos positivos do aleitamento materno sobre o desenvolvimento normal da oclusão têm sido demonstrado por alguns autores^{9,11,18,26}. Um estudo de corte, realizado em Pelotas-RS, demonstrou que o aleitamento materno oferecido durante um período \geq nove meses é fator de proteção ao desenvolvimento de mordida aberta anterior¹¹. Esses dados foram confirmados nesta pesquisa, pois o AME foi fator de proteção à sobressaliência e mordida aberta anterior.

A presente pesquisa evidencia os hábitos bucais deletérios como um dos fatores determinantes ao desenvolvimento das má oclusões, e demonstra a importância do aleitamento materno para o bom desenvolvimento orofacial da criança. Entretanto, os

dados apresentados mostram a dimensão do problema e a necessidade de novos estudos do tipo longitudinais que aprofundem o conhecimento do tema para apoiar melhores estratégias de prevenção aos fatores associados ao desenvolvimento das más oclusões que são controláveis.

CONCLUSÃO

A prevalência de má oclusão na população de crianças estudada foi elevada.

A maioria das crianças apresentou algum tipo de hábito bucal deletério, sendo o mais frequente a mamadeira, seguido por morder objetos e a chupeta.

Os hábitos de mamadeira, chupeta, sucção de dedo e respiração bucal foram associados à má oclusão.

O Ape por um período \geq seis meses foi fator de proteção à má oclusão na dentição decídua.

REFERÊNCIAS

- Almeida RR, Almeida Pedrin RR, Almeida MR, Garib DG, Almeida PCMR, Pinzan A. Etiologia das más oclusões-causas hereditárias e congênitas adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais). *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2000; 5(6):107-9.
- Moyers RE. Etiologia da malocclusão. In: _____. *Ortodontia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. cap. 9, p. 156-66.
- World Health Organization. What is the burden of oral disease? Geneva, 2010. (cited 2010 Jan 5) Available from: <http://www.who.int/oral_health/disease_burden/global/en/>.
- Oliveira CM, Sheiham A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. *J Orthod* 2004; 31(1): 20-7.
- Peres KG, Traebert ESA, Mercenes W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. *Rev Saúde Publica* 2002; 36(2):230-6.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 003 - condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF, 2004.
- Silva Filho OG, Cavassan AO, Rego MVNN, Silva PRB. Hábitos de Sucção e má oclusão: epidemiologia na dentadura decídua. *Rev Clín Ortodon Dental Press* 2003; 2(5):57-4.
- Heimer MV, Katz CRT, Rosenblat A. Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. *Eur J Orthod* 2008; 30(6):580-5.
- Furtado ANM, Vedovelho Filho M. A influência do período de aleitamento materno na instalação dos hábitos de sucção não nutritivos e na ocorrência de malocclusão na dentição decídua. *Rev. Gaúcha Odontol* 2007; 55(4):335-1.
- Larsson EF. Sucking, Chewing, and Feeding Habits and the Development of Crossbite: A Longitudinal Study of Girls From Birth to 3 Years of Age. *Angle Orthod* 2001; 71(2):116-9.
- Peres KG, Barros AJD, Peres MA, Victora CG. Efeitos da amamentação e dos hábitos de sucção sobre as oclusopatias num estudo de coorte. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(3):343-0.
- Zollner MSAC, Jorge AOC. Aleitamento materno: caminho natural para a saúde. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2005; 8(42):135-2.
- Van Der Linden FPGM. A dentição decídua. In: _____. *Ortodontia: desenvolvimento da dentição*. São Paulo: Quintessence, 1986. p.29-31.

- 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; 29(2):123-32.
- Foster TD, Hamilton MC. Occlusion in the primary dentition: study of children at 21/2 to 3 years of age. *Br Dent J* 1969; 126(2):76-1.
- Cavalcanti AL, Medeiros PKB, Moura C. Breast-feeding, bottle-feeding, sucking habits and malocclusion in brazilian preschool children. *Rev Salud Pública* 2007; 9(2):194-4.
- Sadakyio C, Degan VV, Rontani RMP. Prevalência de má oclusão em pré-escolares de Piracicaba – SP. *Ciênc Odontol Bras* 2004; 7(2): 92-9.
- Emmerich A, Fonseca L, Elias AM, Medeiros, UV. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringianas e mal-occlusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(3):689-7.
- Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. The relationship between oral habits and malocclusion in preschool children. *Rev Saúde Publica* 2000; 34(3):299-3.
- Scavone Junior H, Ferreira RI, Mendes TE, Ferreira FV. Prevalence of posterior crossbite among pacifier users: a study in the deciduous dentition. *Braz Oral Res* 2007; 21(2):153-8.
- Vázquez Nava F, Quezada Castillo JA, Oviedo Treviño S, Saldivar González AH, Sánchez Nuncio HR, Beltrán Guzmán FJ, et al. Association between allergic rhinitis, bottle feeding, non-nutritive sucking habits, and malocclusion in the primary dentition. *Arch Dis Child* 2006; 91(10):836-0.
- Petrém S, Bondemark L, Söderfelt BA. Systematic Review Concerning Early Orthodontic Treatment of Unilateral Posterior Crossbite. *Angle Orthod* 2003; 73(5):588-6.
- Locks A, Weissheimer A, Ritter DE, Ribeiro GLU, Menezes LM, Derech CD, et al. Mordida cruzada posterior: uma classificação mais didática. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2008; 13(2):146-8.
- Kataoka DY, Scavone Junior H, Vellini-Ferreira F, Cotrim-Ferreira FA, Sato V. Estudo do relacionamento ântero-posterior entre os arcos dentários decíduos, de crianças nipo-brasileiras, dos dois aos seis anos de idade. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2006; 11(5):83-2.
- Shimizu RH, Michaelis G, Liu J, Shimizu IA, Ignácio AS. Estudo das características da dentição decídua em crianças entre 3 e 6 anos de idade. *J Bras Ortodon Ortop Facial* 2003; 8(44):124-1.
- Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast-feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child* 2004; 89(12):1121-3.

Recebido/Received: 15/09/2010
Revisado/Reviewed: 08/02/2011
Aprovado/Approved: 27/03/2011

Correspondência:

Juliana Mariano Massuia
Rua Sebastião AS Callero no. 620
Condomínio Lagoa Dourada II casa 12
Londrina – Paraná – Brasil
CEP: 86.041-280
Tel.: Residencial (43) 33676567
cel. (43) 99700512
Email: julianamassuia@hotmail.com