

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MARIA CRISTINA DURCE MACIEL

Estudo da prevalência de maloclusões dentoalveolares em crianças de três a cinco anos, no PSF de Nova Brasília, Complexo do Alemão, Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA CRISTINA DURCE MACIEL

Estudo da prevalência de maloclusões dentoalveolares em crianças de três a cinco anos, no PSF de Nova Brasília, Complexo do Alemão, Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.
Orientadora Profa Dra Zeilma da Cunha

Rio de Janeiro
2009

Aos meus pais, pela vida.
Às minhas filhas, pelo apoio e paciência.
Aos Mestres e Professores pelos conhecimentos com eles adquiridos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa Dra. Zeilma da Cunha, pelo esforço e interesse em me auxiliar.

Agradeço à Profa. Dra. Maria Isabel Valente, que me orientou nos primeiros passos da construção deste trabalho.

Agradeço ao Prof. Dr. Haroldo Matos, pelos ensinamentos relevantes de epidemiologia, sem os quais esta pesquisa não se completaria.

Agradeço a todos os professores e funcionários da Universidade Estácio de Sá, que contribuíram para que se ampliassem meus conhecimentos.

RESUMO

Este trabalho estuda a prevalência de maloclusões em crianças de 3 a 5 anos com vistas à implantação de um plano de ação, que incentive o aleitamento materno e a não instalação de hábitos de sucção deletérios. Foi aplicado o Índice de Maloclusão da Organização Mundial de Saúde, de 1997, classificando em Normal, Leve e Moderada ou Severa, as 335 crianças submetidas ao exame bucal, na unidade do Programa de Saúde da Família - PSF, de Nova Brasília, criando-se um banco de dados gerado pelo programa de estatística Epiinfo, onde foram analisados hábitos como sucção de chupeta, dedo, uso de mamadeira, sucção de lábio inferior, apinhamento anterior e mordida aberta, presentes ou não, frente a variáveis, como sexo e idade. Como principal resultado, encontrou-se uma prevalência de maloclusão de 20,3%, das crianças na faixa etária estudada, dentro do índice moderada ou severa. A prevalência de maloclusão leve foi de 7,7%, com 71,9% das crianças apresentando oclusão normal. A mordida aberta mostrou-se a maloclusão mais prevalente nas crianças que usam chupeta, estando presente em 76,7% delas, e em 47,1% das que chupam dedo. Considerando a importância deste tipo de estudo sugerimos que outros sejam realizados pelas demais equipes de PSF em todo o Brasil, enfatizando a prática do trabalho preventivo, baseado em ações de promoção de saúde, compartilhadas por toda a equipe multidisciplinar. Certamente, os resultados facilitarão na redução do maior grau possível dos fatores etiológicos, que possivelmente venham a contribuir para o aparecimento de maloclusões dentoalveolares. Pretende-se retrain a demanda referenciada para os Centros de Especialidades Odontológicas, na área de Ortodontia Preventiva e Interceptativa, a partir da promoção da saúde nas crianças, acompanhadas desde seu nascimento.

Palavras-Chaves: Prevalência, Maloclusão, Hábitos Bucais Deletérios.

ABSTRACT

This study examines the prevalence of malocclusion in children from 3 to 5 years with a view to implementing a plan of action, to encourage breastfeeding and non-installation of suction deleterious habits. We applied the Index of Malocclusion of the World Health Organization, 1997, classified as normal, mild and moderate or severe, the 335 children referred to the oral examination, in the unity of the Programa de Saúde da Família - PSF, Nova Brasília, creating a database generated by the statistical program of EpilInfo, which were analyzed habits as sucking a pacifier, finger, bottle-feeding, sucking the lower lip, crowding and anterior open bite, present or absent, as opposed to variables such as sex and age. As a main result, we found a prevalence of malocclusion in 20.3% of children in different age groups within the index moderate or severe. The prevalence of mild malocclusion was 7.7%, with 71.9% of children presenting normal occlusion. The open bite malocclusion was shown the most prevalent in children who use pacifiers, being present in 76.7% of them, and in 47.1% of which suck finger. Considering the importance of such studies suggest that others are made by other teams of PSF throughout the country, emphasizing the practice of preventive work, based on health promotion actions, shared by the entire multidisciplinary team. Certainly, the results will facilitate in reducing the greatest possible degree of etiological factors, which may possibly contribute to the emergence of dentoalveolar malocclusion. We intend to retract the referenced demand of the Centers Dental Specialties in the area of Orthodontics and Preventive Intercepts from the health promotion in children, followed from birth.

Key - Words: Prevalence, Malocclusion, Suction Deleterious Habits.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de crianças da amostra e subamostra, segundo idade e sexo. Bauru, SP, Brasil, 1995.....	22
Tabela 2 - Prevalência de má oclusão entre as crianças da amostra, segundo a idade e sexo. Bauru, SP, Brasil, 1995.....	22
Tabela 3 - Risco (odds ratio) do hábito de sucção de chupeta sobre a má oclusão. Bauru, SP, Brasil, 1995.....	24
Tabela 4 - Risco (odds ratio) do hábito de sucção digital sobre a má oclusão. Bauru, SP, Brasil, 1995.....	24
Tabela 5 - Classificação das crianças de três anos segundo sobressaliência e sobremordida, em relação ao hábito de sucção de chupeta. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2001.....	26
Tabela 6 - Classificação das crianças de três anos segundo sobressaliência e hábito de sucção de dedo. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2001.....	27
Tabela 7 - Freqüência quanto ao sexo.....	40
Tabela 8 - Índice de Maloclusão quanto ao sexo, frente ao uso de mamadeira.....	41
Tabela 9 - Índice de Maloclusão quanto ao sexo, frente ao hábito de chupar chupeta.....	43
Tabela 10 - Índice de Maloclusão quanto ao sexo na ausência do hábito de chupar chupeta.....	43
Tabela 11 - Índice de Maloclusão quanto ao sexo, frente ao hábito de chupar dedo.....	45
Tabela 12 - Índice de Maloclusão quanto ao sexo, na ausência do hábito de chupar dedo.....	45
Tabela 13 - Distribuição por idade em relação ao sexo, do índice Leve.....	47
Tabela 14 - Distribuição por idade em relação ao sexo, do índice Moderada ou Severa.....	47
Tabela 15 - Distribuição por idade em relação ao sexo, do índice Normal.....	48
Tabela 16 - Presença de Mordida Aberta frente ao hábito de chupar chupeta.....	49

Tabela 17 - Presença de Mordida Aberta na ausência do hábito de chupar chupeta.....	49
Tabela 18 - Presença de Mordida Aberta frente ao hábito de chupar dedo.....	50
Tabela 19 - Presença de Mordida Aberta na ausência do hábito de chupar dedo....	50
Tabela 20 - Presença de Mordida Aberta frente ao uso de mamadeira.....	51
Tabela 21 - Presença de Mordida Aberta frente ao não uso de mamadeira.....	51
Tabela 22 - Índice de Maloclusão segundo as idades de 3, 4 e 5 anos.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Prevalência de maloclusão entre as crianças da subamostra, segundo o hábito de sucção de chupeta e sucção digital, por sexo, Bauru, SP, Brasil, 1975....	23
Figura 2 - Fórmula de Cochran.....	37
Figura 3 - Gráfico - Índice de Maloclusão: Uso de Mamadeira.....	42
Figura 4 – Gráfico - Índice de Maloclusão: Chupar Chupeta.....	43
Figura 5 - Gráfico- Índice de Maloclusão: Chupar Dedo.....	46
Figura 6 – Gráfico- Mordida Aberta: chupeta, dedo e mamadeira.....	52

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OCCLUSÃO NA DENTIÇÃO DECÍDUA.....	13
1.2	MALOCCLUSÕES.....	15
1.3	HÁBITOS DE SUCCÃO.....	17
1.4	AMAMENTAÇÃO NATURAL E NÃO NATURAL.....	18
1.5	MALOCCLUSÕES ASSOCIADAS A HÁBITOS DE SUCCÃO NÃO NUTRITIVA.....	20
1.6	ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DE MALOCCLUSÃO EM CRIANÇAS.....	21
1.7	A PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF.....	28
1.8	CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO CENÁRIO DA PESQUISA: PSF NOVA BRASÍLIA	29
2	QUESTÃO NORTEADORA	32
3	HIPÓTESE	33
4	JUSTIFICATIVA	34
5	OBJETIVOS	36
5.1	OBJETIVO GERAL.....	36
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
6	PROCEDIMENTOS E MÉTODOS	37
6.1	CENÁRIO DA PESQUISA.....	37
6.2	POPULAÇÃO ALVO.....	37
6.3	POPULAÇÃO FONTE.....	37
6.4	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	37
6.5	CRITÉRIO DE INCLUSÃO.....	38
6.6	ESTRATÉGIAS PARA COLETA DE DADOS.....	38
7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
7.1	CONSENTIMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES.....	40
7.2	AValiação Ética.....	40
8	RESULTADOS	41
9	DISCUSSÃO	54
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	60
	ANEXO I	62
	ANEXO II	63

1 INTRODUÇÃO

A boca assume várias funções vitais no homem, tais como a alimentação e respiração, entre as mais importantes. Assim a inter-relação entre os vários profissionais de saúde, que atuam no sistema estomatognático se faz necessária, para o sucesso do acompanhamento e orientação dos responsáveis, quanto aos efeitos dos hábitos de sucção nutritivos e não nutritivos em crianças.

A forma do arco dental depende de um equilíbrio harmônico entre as várias estruturas que o circundam. Qualquer alteração neste equilíbrio entre forma e função pode ocasionar maloclusões, principalmente quando da instalação de hábitos deletérios. (ALVES *et al.*, 1995).

1.1 OCLUSÃO NA DENTIÇÃO DECÍDUA

Segundo ENLOW (1993), a oclusão é o resultado do controle neuromuscular dos componentes do Sistema Estomatognático que são os dentes, periodonto, maxila, mandíbula, articulação têmporo-mandibular e seus músculos associados.

Durante a erupção normal dos dentes, para que ocorra a oclusão, espera-se que os dentes e o osso alveolar desenvolvam-se até que o antagonista do arco oposto entre em contato.

O sistema dentário humano é difiodonte (duas dentições: decídua e permanente). A necessidade destas duas dentições é explicada pelo fato de que os dentes decíduos, uma vez formados, não aumentam de tamanho, ficando, com o correr do tempo, em flagrante discrepância com as bases ósseas, que sofrem crescimento. Daí a necessidade de uma segunda dentição, a permanente, com dentes maiores em dimensão e número.

A dentição decídua tem o início de sua formação durante as seis primeiras semanas de vida intra-uterina. A erupção dos primeiros dentes decíduos se dá por volta dos seis meses de idade. O término ocorre, normalmente, cerca de vinte e quatro a trinta meses após o nascimento da criança, quando os segundos molares decíduos entram em oclusão.

As arcadas dentárias, nesta fase, apresentam-se em forma semicircular ou ovóide, havendo a presença ou não de diastemas entre os dentes. Os dentes inferiores ocluem suavemente por lingual em relação aos superiores. Os dentes molares decíduos têm uma ampla área de contato para fazer face ao ato da trituração dos alimentos.

De acordo com MOYERS (1991), a forma básica das arcadas é determinada, até o quarto mês de vida intra-uterina, pelos germes dentários e pelo osso basal em desenvolvimento. Nesta mesma época, a língua adapta-se ao espaço que vai gradativamente aumentando. Após a erupção dos dentes decíduos, o arco formado pelas coroas dentárias é sempre alterado pela atividade muscular, embora sua forma inicial não seja determinada pelos músculos. A dentição decídua é composta de vinte dentes em cada arcada. A erupção ocorre seqüencialmente (incisivos centrais inferiores, incisivos centrais superiores, incisivos laterais superiores, incisivos laterais inferiores, 1º molares superiores e os inferiores, caninos superiores e inferiores, 2º molares superiores e inferiores) e, à medida que surgem os dentes, os músculos aprendem a efetuar os movimentos oclusais funcionais necessários.

Existem diastemas generalizados na região anterior, sendo que os espaços mais amplos, denominados "primatas", podem ocorrer em mesial dos dentes caninos decíduos superiores e em distal dos caninos decíduos inferiores. Segundo PETRELLI (1992), os dentes decíduos inferiores são, geralmente, um pouco maiores do que os superiores, dando origem a um plano terminal reto, típico da porção posterior final da dentadura decídua.

Desarmonias no padrão esquelético, hábitos inadequados de sucção e processos cariosos interproximais podem produzir um degrau no plano terminal. Este degrau pode ser do tipo "mesial" ou "distal." O plano terminal determinado pelos 2º molares decíduos (retos ou em degrau mesial ou distal) exerce influência sobre o futuro posicionamento dos 1º molares permanentes, antes e após o seu processo de erupção.

1.2 MALOCLUSÕES

Segundo MOYERS (1991) maloclusões são em geral alterações clinicamente significativas do campo normal de crescimento e morfologia. Fatores etiológicos contribuem para a desarmonia com mais freqüência do que simplesmente a "causam". Muitas vezes, a maloclusão e deformidade dentofacial não são causadas por processos patológicos, mas sim por distorções moderadas do desenvolvimento normal. Freqüentemente, estes problemas resultam de uma interação complexa de múltiplos fatores que influenciam o crescimento e o desenvolvimento.

O período de dentição mista é aquele em que os dentes decíduos e permanentes estão na boca simultaneamente. O início deste período é marcado pela erupção dos 1º molares permanentes. Estes são considerados "peças chaves" para o estabelecimento de uma oclusão dentária definitiva dentro dos padrões de normalidade.

ANGLE (1899) foi o autor do sistema de classificação que se baseia nas relações anteroposteriores dos 1º molares permanentes superiores e inferiores entre si. Assim são três grupos principais:

CLASSE I: quando a cúspide mesiovestibular do 1º molar superior permanente oclui no sulco mesiovestibular do 1º molar inferior permanente. Nesta categoria, basicamente existe uma relação normal entre a maxila e a mandíbula. As anomalias encontradas são apenas de posição dentária. Nesta classe são classificadas as anomalias de forma, número e posição dentárias, mordidas abertas, mordidas profundas, biprotrusões, e mordidas cruzadas. Neste caso pode ser encontrada uma desarmonia entre o volume ósseo e dentário, provocando apinhamentos dentários, principalmente na região anterior.

CLASSE II: Este grupo é caracterizado pela mandíbula que se encontra em posição distal com respeito à maxila. A cúspide distovestibular do 1º molar superior oclui com o sulco mesiovestibular do 1º molar inferior. A oclusão dos demais dentes reflete esta relação distal, quando é comum dizer que os dentes inferiores encontram-se em posição posterior aos dentes superiores

CLASSE III: Nesta categoria, englobam-se as anomalias que apresentam uma relação anterior da mandíbula em relação à maxila. Na oclusão dos 1ºs molares, o sulco mesiovestibular do 1º molar permanente inferior oclui anteriormente à cúspide mesiovestibular do 1º molar permanente superior. Apresenta-se, muitas vezes,

associadas a uma hiperplasia mandibular. Frequentemente apresentam uma mordida cruzada anterior e os incisivos inferiores em linguoversão.

Embora seja difícil conhecer a causa precisa de muitas maloclusões, algumas dessas causas específicas são: distúrbios no desenvolvimento esquelético, distúrbios no desenvolvimento dentário, guia inadequada de erupção, trauma dentário, influências genéticas, influências ambientais e maus hábitos orais.

Em 1997, a OMS (Organização Mundial de Saúde –WHO - World Health Organization) estabeleceu critérios de classificação das oclusopatias, que são utilizadas até os dias atuais, tanto para a dentição decídua como para a permanente, sendo estas: *normal*; *leve*, quando há um ou mais dentes com giroversão, ou ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular; e *moderada/severa*, quando há um efeito inaceitável sobre a aparência facial, uma significativa redução da função mastigatória, ou problemas fonéticos observados pela presença de uma ou mais das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores:

- a) Transpasse horizontal maxilar estimado em 9mm ou mais;
- b) Transpasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente;
- c) Mordida aberta;
- d) Desvio de linha média estimado em 4mm ou mais;
- e) Apinhamento ou espaçamento estimado em 4mm ou mais.

1.3 HÁBITOS DE SUCÇÃO

A sucção é um fenômeno diretamente ligado à deglutição, estando presente antes mesmo do nascimento sob a forma de contrações bucais e outras respostas reflexivas do feto (FINN, 1982). Este ato está presente desde os primeiros momentos da vida humana, podendo ser provocado pela simples introdução de um dedo na boca, constituindo-se em um reflexo primitivo de grande importância. Se não houver este reflexo, considera-se difícil a sobrevivência da criança, o que seria indicativo de lesão neurológica séria. Portanto, se aceita a hipótese de que este reflexo está presente até a idade em que estas estruturas neuromusculares

estejam maduras se adaptando aos movimentos de comer e beber coordenados (CORRÊA *et al*, 1998).

1.4 AMAMENTAÇÃO NATURAL E NÃO NATURAL

Atualmente tem-se enfatizado a importância do aleitamento natural, uma vez que o leite materno é o melhor alimento do ponto de vista nutricional, reforça o sistema imunológico do bebê e pode exercer um importante papel preventivo quanto a alterações miofuncionais e ortodônticas. A amamentação natural previne a ocorrência de hábitos bucais deletérios, principalmente quanto a não utilização de mamadeiras e chupetas, diminuindo a incidência de alterações nas funções estomatognáticas. Quando alterações na fono-articulação e deglutição estão presentes, ocorre aumento das alterações de oclusão e vice-versa (BALDRIGHI, 2001).

O ato da amamentação é uma forma de transmitir amor, carinho e aconchego, criando um vínculo afetivo e de segurança entre mãe e filho (TOLLARA *et al*, 1998).

Segundo SOARES & TOTTI (1996), a amamentação tem sido incentivada por ser o leite materno, não só o alimento mais completo e digerível pela criança de até um ano de idade. Crianças aleitadas no peito, segundo estes autores, têm melhor desenvolvimento mental e maior equilíbrio emocional. A amamentação é gratificante para a mãe e interfere beneficemente na saúde da mulher, diminuindo, por exemplo, a probabilidade do aparecimento do câncer de mama, ajudando na involução do útero e na depressão pós-parto, tendo reflexos futuros na fala, respiração e dentição da criança.

SERRA-NEGRA *et al* (1997) verificaram que a forma do aleitamento estaria relacionada com a instalação de hábitos orais deletérios e conseqüentes maloclusões. Além disso, há influência dos fatores sociais, escolaridade da mãe, necessidade da força de trabalho da mulher e a hierarquia familiar. A associação do aleitamento natural com a não instalação de hábitos orais viciosos foi constatada em

86,1% das crianças aleitadas no seio materno por 6 meses ou mais quando comparadas com 4,6% que não apresentavam tais hábitos e nunca receberam aleitamento no seio. A chupeta foi o hábito mais prevalente (75,1%). Neste estudo observou-se que a associação de maus hábitos com maloclusões foi significativa, sendo mais freqüentes as mordidas cruzadas posteriores e a aberta anterior. As variáveis sociais influenciaram o comportamento das mães, observando-se que quanto maior a escolaridade e mais favorecida a classe social, durante mais tempo foi praticado o aleitamento materno. Além de ser o melhor alimento do ponto de vista nutricional, o leite materno reforça o sistema imunológico do bebê, podendo exercer um papel importante preventivo, quanto a alterações miofuncionais e ortodônticas. (SERRA-NEGRA *et al*, 1997).

Para a manutenção da amamentação natural é fundamental que seja eliminado, na medida do possível, o uso de objetos orais como chupetas, chucas, e mamadeiras, sabendo-se que o mecanismo de sucção destes bicos é completamente diferente do desenvolvido no aleitamento natural (REGO FILHO, 1996).

Uma vez que haja a indicação do aleitamento artificial, a mãe deve utilizar a mamadeira como se fosse seu próprio peito, a fim de preservar os mesmos fatores emocionais positivos ligados ao aleitamento natural (BONEKER *et al*, 1999).

No padrão de aleitamento artificial, o primeiro contato com o açúcar é feito precocemente, sendo que este fato se dá em grande número de crianças, no momento em que adormeciam ou durante o sono. Isto demonstrou a necessidade de ação educativa e preventiva com atenção à saúde bucal (FRAIZ, 1993).

1.5 MALOCLUSÕES ASSOCIADAS A HÁBITOS DE SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA

DADALTO (1989) estudou a freqüência dos hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta, ao lado de alguns aspectos psicológicos que poderiam estar envolvidos com tais hábitos, e a relação com determinadas maloclusões e aspectos funcionais. Crianças com nível sócio-econômico baixo apresentaram maior freqüência de hábitos persistentes de sucção de dedo e/ou chupeta que as de nível médio-alto.

Esta freqüência foi menor entre crianças amamentadas no seio materno, e nos casos em que a mãe trabalhava em meio expediente. O filho caçula e as crianças com enurese noturna apresentaram maior freqüência destes hábitos, enquanto a separação dos pais não influenciou nesta questão.

As maloclusões diretamente relacionadas a hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta foram: mordida aberta anterior, trespasse horizontal anterior, relação canino topo a topo, e mordida cruzada posterior. A maloclusão classe II, divisão 1, de ANGLE, e a mordida aberta anterior não foram diretamente relacionadas com os hábitos de sucção. Os aspectos funcionais diretamente relacionados com os hábitos de sucção foram: lábios abertos na posição de repouso, deglutição, respiração e fonação atípica. A freqüência de perfil convexo foi maior entre as crianças com hábitos de sucção, no grupo de 3 a 6 anos, enquanto que no grupo de 7 a 12 anos não houve diferença estatisticamente significativa (DADALTO, 1989) .

O uso da chupeta é um dos hábitos de sucção não nutritivos mais freqüentes nos primeiros anos de vida. Embora se observe a redução da prevalência destes hábitos com a idade, sua permanência produz alterações dento-alveolares em diferentes graus, dependendo da freqüência, da intensidade e da duração destes (PASTOR, 2000).

Estes hábitos bucais deletérios podem agir interferindo no crescimento e desenvolvimento normais dos maxilares, favorecendo o aparecimento de maloclusões, bem como alterações no padrão normal de deglutição e fonação (FOTE, 2000). Crianças que receberam amamentação materna exclusivamente, têm menor chance de adquirir hábitos de sucção não nutritiva, como sugar dedo ou chupeta, o que se observa mais freqüentemente em crianças de até 24 meses, que não mamam no peito materno (REGO FILHO, 1996 e WALTER *et al*, 1996).

1.6 ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DE MALOCLUSÃO EM CRIANÇAS

TOMITA *et al* (2000) avaliaram como o desenvolvimento de hábitos bucais deletérios e os problemas de fala afetam a oclusão dentária em pré-escolares. Foi

constituída a amostra probabilística por 2.139 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de 3 a 5 anos, matriculadas em instituições públicas ou privadas do Município de Bauru, SP, Brasil. Foi desenvolvido estudo transversal em duas etapas: exame de oclusão e questionário socioeconômico.

Uma subamostra de 618 crianças apresentou resposta ao questionário sobre hábitos bucais, saúde infantil e informações sobre condições socioeconômicas.

A prevalência de maloclusão foi de 51,3% para o sexo masculino e 56,9% para o sexo feminino, sem variação quanto ao sexo. A maior prevalência de má oclusão foi verificada no grupo etário de três anos, decrescendo significativamente com a idade ($p < 0,05$). Entre os fatores ambientais estudados, o hábito de sucção de chupeta foi o mais importante na associação com má oclusão, seguido da sucção digital. Dificuldades na fala não apresentaram relação com a má oclusão (tabelas 1 e 2).

Tabela 1 – Distribuição de crianças da amostra e subamostra, segundo idade e sexo. Bauru, SP, Brasil, 1995

Amostra					Subamostra			
Idade (anos)	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3	240	21,2	216	21,5	80	25,8	73	23,7
4	407	35,9	367	36,5	109	35,2	111	36,0
5	487	42,9	422	42,0	121	39,0	124	40,3
Total	1.134	100,0	1.005	100,0	310	100,0	308	100,0

Tabela 2 – Prevalência de maloclusão entre as crianças da amostra, segundo a idade e sexo. Bauru, SP, Brasil, 1995.

Maloclusão				
Idade (anos)	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
3 (A)	141/240	58,8	133/216	61,6
4 (B)	196/406	48,3	228/367	62,1
5 (C)	244/487	50,1	211/422	50,0
Total	581/1.133	51,3	572/1.005	56,9

Entre os meninos com o hábito de sucção de chupeta, 83,5% tinham anomalia de oclusão, o mesmo ocorrendo com 79% das meninas. Para o hábito de sucção digital, as taxas de maloclusão entre meninos e meninas foram, respectivamente, de 73,3% e 60%, (Figura 1).

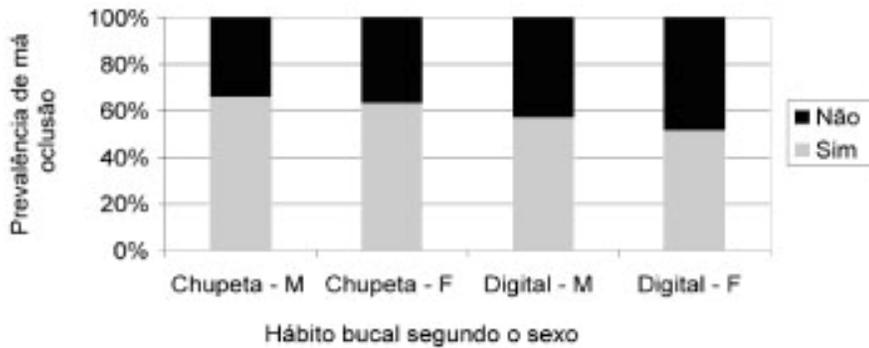


Figura 1- Prevalência de malocclusão entre as crianças da subamostra, segundo o hábito de sucção de chupeta e sucção digital, por sexo, Bauru, SP, Brasil, 1975.

A malocclusão foi 5,46 vezes maior nas crianças que usavam chupeta em relação às que não usavam (OR=5,46, 95% IC: 3,65-8,19, $p < 0,001$) e esteve presente 1,54 vezes mais freqüente nas crianças com o hábito de sucção digital, porém não houve significância estatística, conforme pode-se observar na tabela 4.

Tabela 3 – Risco (odds ratio) do hábito de sucção de chupeta sobre a malocclusão. Bauru, SP, Brasil, 1995.

Variável de exposição	Malocclusão				
	Sim	Não	Total	% Malocclusão	Odds ratio
Chupeta					
Sim	160	37	197	81,2	5,46
Não	186	235	421	44,2	-
Total	346	272	618	56,0	-

95% IC: 3,645922 a 8,185438

$X^2 = 74,71$

$p = 0,0000$

Tabela 4 – Risco (odds ratio) do hábito de sucção digital sobre a malocclusão. Bauru, SP, Brasil, 1995.

Variável de exposição	Malocclusão				
	Sim	Não	Total	% Malocclusão	Odds ratio
Sucção digital					
Sim	23	12	35	65,7	1,54
Não	323	260	583	55,4	-
Total	346	272	618	56,0	-

95% IC: 0,76277 a 3,1185

$X^2 = 1,42$

$P = 0,2326$

EMMERICH (2004) estimou a prevalência das maloclusões e variáveis a elas associadas, como hábitos deletérios (HD) e as alterações oronasofaringianas (AO), respiração bucal, deglutição atípica e fonação atípica, em crianças com idade de três anos, no Município de Vitória,

Espírito Santo, Brasil. A amostra constituiu-se de 291 crianças de ambos os sexos, matriculadas nos Centros de Educação Infantil, selecionadas por meio de amostragem probabilística por conglomerados.

Os resultados do estudo da associação de maloclusões com HD, mostram haver associação estatisticamente significativa de sucção de chupeta com sobressaliência (gl = 1; p < 0,001) e

sobremordida (gl = 2; p < 0,001) (Tabela 5). Pode-se notar que é maior a proporção de crianças com sobressaliência alterada entre aquelas que usam ou usaram chupeta (44,0%) que entre aquelas que nunca usaram (18,9%). O mesmo é observado em relação à mordida aberta (40,5% e 8,7%, respectivamente).

Tabela 5 – Classificação das crianças de 3 anos segundo sobressaliência e sobremordida.

Variável	Sucção de chupetas				Total		p
	Não		Sim		N	%	
	n	%	n	%			
Sobressaliência							< 0,001
Normal	90	81,1	47	56,0	137	70,3	
Alterada	21	18,9	37	44,0	58	29,7	
Total	111	56,9	84	43,1	195		
Sobremordida							< 0,001
Normal	78	67,8	39	35,1	117	51,8	
Aberta	10	8,7	45	40,5	55	24,3	
Outros	27	23,5	27	24,3	54	23,9	
Total	115	50,9	111	49,1	226		

Há associação estatística também entre sucção de dedo e sobressaliência (gl = 1, p < 0,002), indicando que a proporção de crianças com sobressaliência alterada é maior entre aquelas com hábito de sucção de dedo que entre aquelas que não apresentam esse hábito (tabela 6).

Tabela 6 – Classificação das crianças de 3 anos segundo sobressaliência e hábito de sucção de dedo. Vitória, ES, Brasil, 2001.

Variável	Sucção de dedo				Total		p
	Não		Sim		N	%	
	n	%	n	%			
Sobressaliência							< 0,002
Normal	128	73,1	9	45,0	137	70,3	
Alterada	47	26,9	11	55,0	58	29,7	
Total	175	89,7	20	10,3	195		

O Projeto SB Brasil 2003, do Ministério da Saúde apresentou um vasto estudo sobre as condições da saúde bucal no país. No capítulo sobre anomalias dentofaciais, estimou a prevalência das maloclusões em crianças aos 5 anos de idade, utilizando o índice da OMS (1997).

Observa-se que a prevalência de problemas oclusais moderados ou severos foi de 14,5% em todo o país, com um mínimo de 5,6% na região Norte e um máximo de 19,4% na região Sul. Destaca-se que na região Nordeste este valor foi de 17,40%, enquanto na região Sudeste foi de 17,45%, mostrando valores bem próximos.

SADAKYIO (2004), em seu estudo de prevalência de maloclusão em pré-escolares de Piracicaba, de 3 a 6 anos de idade, encontrou 71,6% de crianças portadoras de maloclusão, sendo que a mordida aberta anterior associada ao cruzamento de caninos e molares foi o achado mais freqüente.

1.7 A PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF

Obedecendo à Portaria n. 648/GM de 28 de Março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), as equipes de saúde bucal passaram a se inserir nas equipes multiprofissionais, a partir da necessidade de melhorar os indicadores epidemiológicos e aumentar o acesso aos serviços de saúde bucal.

A formalização da inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF aconteceu através da portaria n. 1.444/2000, que estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção em Saúde Bucal prestados nos municípios que incluírem a Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF.

O Cirurgião Dentista realiza o diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal e executa os procedimentos clínicos da Atenção Básica, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais. Exerce a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.

Aliadas a essas atividades, estão ainda as de encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento, além de coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

Entre suas atribuições estão as ações de acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, contribuindo e participando das atividades de Educação Permanente do Técnico de Higiene Dental, Auxiliar de Consultório Dentário, realizando a supervisão técnica destes, e participando do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família.

1.8 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO CENÁRIO DA PESQUISA: PSF NOVA BRASÍLIA

O Programa de Saúde da Família – (PSF) de Nova Brasília é uma unidade que pertence à rede de atenção básica de saúde, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, localizando-se na AP (Área Programática) 3.1.

A população adscrita consta de 4.860 famílias, sendo cerca de 20.000 pessoas, atendidas por 5 equipes, compostas de um médico, um enfermeiro, um

técnico de enfermagem e seis agentes comunitários em cada uma delas. A equipe de saúde bucal compõe-se de três dentistas, uma técnica de higiene dental, e duas auxiliares de consultório dentário, fazendo a cobertura e participando das atividades das cinco equipes.

Esta unidade faz a preceptorial de cinco residentes da Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ, e conta com o apoio dos profissionais do Grupo de Apoio Técnico – (GAT), para demais ações de promoção de saúde.

Quanto à sua delimitação geográfica, Nova Brasília fica localizada no Complexo de favelas do Alemão, próximo aos bairros de Del Castilho, Bonsucesso e Inhaúma. Compõe-se de cinco micro-áreas:

- Nova Brasília - com movimentado comércio, feira-livre, pequenos edifícios com estabelecimentos comerciais e moradias;
- Loteamento - área mais residencial, existente antes das invasões e processo de favelização;
- Alvorada - Constando de população mais carente, com moradias mais simples, em áreas com maior altitude;
- Reservatório - Conjunto de prédios de apartamentos, na área mais plana da região;
- Capão - área muito carente, de difícil acesso, com moradias precárias, sem nenhuma infra-estrutura.

O Programa de Saúde da Família (PSF) Nova Brasília, tem como Unidade de Referência para Especialidades Odontológicas, o Centro de Especialidades Odontológicas – (CEO), localizado no PAM Maria Cristina Roma Paungarten, em Ramos, Rio de Janeiro, para onde foram encaminhadas as crianças nas quais detectou-se maloclusões durante o exame realizado na pesquisa.

Esta unidade conta com o serviço de Ortodontia Preventiva e Interceptativa, que atende em regime de complementariedade ao tratamento odontológico oferecido nas unidades básicas, recebendo pacientes com necessidade de tratamento já diagnosticada, com idade de 6 a 10 anos, em fase de dentição mista, dentro dos seguintes critérios:

- manutenção de espaço por perda precoce de dente decíduo;
- manutenção de espaço por perda de dente permanente;
- mordida aberta anterior por hábito deletério;
- mordida cruzada posterior;
- mordida cruzada anterior não estrutural.

2 QUESTÃO NORTEADORA

Qual a prevalência de maloclusões em crianças, na faixa etária compreendida de três a cinco anos de idade, adscritas no Programa de Saúde da Família de Nova Brasília ?

3 HIPÓTESE

A prevalência de maloclusões pode estar associada aos hábitos orais de sucção nutritivos e não nutritivos.

4 JUSTIFICATIVA

Pesquisas sobre a etiologia dos problemas oclusais têm abordado a influência dos fatores genéticos e ambientais como agentes causadores das oclusopatias. Com relação às questões genéticas, são extremamente limitadas as intervenções preventivas. Para os fatores comportamentais que influenciam o desenvolvimento das arcadas dentárias e o adequado posicionamento dos dentes durante a infância, no entanto, medidas efetivas de prevenção podem contribuir para o estabelecimento de uma oclusão satisfatória.

Dentre vários fatores comportamentais que podem levar ao desenvolvimento de oclusopatias, ressaltam-se os hábitos bucais, em especial os hábitos de sucção não-nutritiva, que variam de acordo com a cultura das populações.

A persistência do hábito de sucção de chupeta tem sido associada a problemas no desenvolvimento das estruturas orofaciais e de oclusão na dentição decídua, com prevalência de oclusopatias variando de 38% a 94%. (LARSSON, 1981). Um estudo de coorte de nascidos vivos mostrou que o tempo de uso de bico (chupeta) foi mais importante para o desenvolvimento de mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior aos 6 anos do que a época de início do hábito (PERES et al, 2007).

Tendo em vista a histórica e reconhecida escassez de recursos para abordagem terapêutica das oclusopatias, uma abordagem preventiva poderá ser amplamente fortalecida com o uso apropriado das ferramentas da epidemiologia. Isso demanda mais que a descrição de aspectos quantitativos da distribuição de casos, mas também a identificação e avaliação de fatores de risco, como o uso de chupeta, ausência de aleitamento materno, desvios do crescimento físico e algumas condições sistêmicas.

Com ações preventivas junto à comunidade, pode-se evitar que haja instalação de hábitos de sucção que levem ao aumento da prevalência de maloclusões em crianças menores de 6 anos.

Através do estudo de maloclusões, pretende-se implantar um plano de ação, que atue como prevenção e promoção de saúde nas crianças, pertencentes à área adscrita ao módulo do PSF de Nova Brasília, no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro.

A partir do diagnóstico de maloclusão obtido nas crianças examinadas nesta pesquisa, estas serão encaminhadas à unidade de saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro, que é referência para casos de ortodontia preventiva e interceptativa. Porém, as crianças do PSF de Nova Brasília, serão encaminhadas para o PAM Maria Cristina Roma Paugarten, onde se encontra o Centro de Especialidades Odontológicas, desta área programática, segundo protocolo de encaminhamento pactuado entre as unidades envolvidas.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Estimara prevalência das maloclusões dentoalveolares, das crianças de 3 a 5 anos adscritas no Programa de Saúde da Família – (PSF) de Nova Brasília

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o número de crianças de 3 a 5 anos cadastradas no PSF Nova Brasília, utilizando os dados do SIAB.

Verificar a prevalência de maloclusões em crianças de 3 a 5 anos, com arcada dentária completa, através do exame bucal, utilizando o índice de oclusopatias da OMS.

Relacionar a prevalência de maloclusão com os hábitos orais deletérios.

6 PROCEDIMENTOS E MÉTODOS

6.1 CENÁRIO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada na unidade do Programa de Saúde da Família de Nova Brasília, localizado à Av. Itaoca, nº 1961, no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro, com 310 crianças de 03 a 05 anos

6.2 POPULAÇÃO ALVO

Conjunto de crianças de 3 a 5 anos residentes em comunidades do Rio de Janeiro, com características semelhantes à Nova Brasília, atendidas pelo PSF.

6.3 POPULAÇÃO FONTE

Crianças na faixa etária de 3 a 5 anos residente em Nova Brasília, formando um universo de aproximadamente 1600 crianças.

6.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram examinadas 335 crianças de 3 a 5 anos, escolhidas sistematicamente através do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), em intervalos de cinco. O tamanho desta amostra (n) foi calculado pelo Programa Estatístico Epiinfo, versão 3.4.1 (2007), com intervalo de confiança de 95%, que inclui o erro padrão da medida vezes + ou -1, 96, segundo a fórmula de Cochran:

$$n = \frac{\frac{t_{\alpha}^2 p(1-p)}{2}}{d^2} \left(1 + \frac{1}{N} \left(\frac{t_{\alpha}^2 p(1-p)}{2} - 1 \right) \right)$$

Figura 2- Fórmula de Cochran

6.5 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Crianças cadastradas no PSF Nova Brasília com dentição decídua completa.

6.6 ESTRATÉGIA PARA COLETA DE DADOS

Foi realizado um exame bucal nas crianças, no consultório odontológico do módulo do PSF Nova Brasília, onde a pesquisadora foi a única examinadora. O instrumental utilizado constou apenas de espelho bucal, nº 5.

Foi utilizada como instrumento para coleta de informações sobre hábitos, a ficha clínica de saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura do Rio de Janeiro, complementando seus dados com o índice de maloclusão (ANEXO I).

O reexame de 5% das crianças foi realizado em 2 momentos diferentes.

Para estimar a prevalência de maloclusão foi utilizado o índice de maloclusão preconizado pela OMS em 1987, modificado pela Faculdade de Saúde Pública da USP, em 1996, que constam no documento da WORD HEALTH ORGANIZATION (1997), conforme os critérios a seguir:

NORMAL: Ausência de alterações oclusais

LEVE: Quando há 1 ou mais dentes com giroversão ou ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular.

MODERADO OU SEVERO: Quando há um efeito inaceitável sobre a aparência facial, ou significativa redução mastigatória, ou problemas genéticos observados na presença de uma ou mais das seguintes condições nos 4 incisivos anteriores:

Transpasse Horizontal Maxilar estimado em 9 mm ou mais (overjet positivo)

Transpasse Horizontal Mandibular, Mordida Cruzada Anterior = ou > que o tamanho de 1 dente (overjet negativo).

Mordida Aberta

Desvio de Linha Média, estimado em 4 mm ou mais.

Apinhamento ou espaçamento estimado em 4 mm ou mais.

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi conduzido atendendo aos preceitos éticos previstos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Brasil), sob n° 196/96, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

7.1 CONSENTIMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

A coleta de informações foi realizada na unidade do PSF Nova Brasília, da Secretaria Municipal de Saúde, do Rio de Janeiro, com os responsáveis das 335 crianças selecionadas para este estudo. Tal coleta foi conduzida mediante autorização formal do responsável, após a explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus métodos e benefícios previstos.

7.2 AVALIAÇÃO ÉTICA

A pesquisa foi conduzida mediante a avaliação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá, sob o n°0021.0.308.000-08. Paralelamente, buscou-se a autorização dos responsáveis através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II).

8 RESULTADOS

Todos os indivíduos da amostra foram examinados (n=335). A frequência quanto ao sexo foi de 47,5% para o feminino e 52,5% para o masculino, como se verifica na tabela 7.

Tabela 7- Frequência quanto ao sexo

Sexo	Frequência	%	% Acumulada
FEM	159	47,5	47,5
MASC	176	52,5	100,0
Total	335	100,0	100,0

95% Limite de Confiança

FEM 42,0 – 53,0 %

MASC 47,0 – 58,0 %

Foi verificada a presença das seguintes variáveis durante o exame bucal:

Classificação quanto ao Índice de Maloclusão em Normal, Leve ou Moderada/Severa.

Tipo de Maloclusão, presente ou ausente.

Overjet (trespasse) maxilar > 9 mm.

Overjet (trespasse) mandibular negativo.

Sucção de Lábio Inferior.

Uso de Chupeta, Mamadeira e Sucção de Dedo.

Presença de Mordida Aberta.

Apinhamento Anterior e Interposição Lingual.

Quanto ao índice de maloclusão, levando-se em consideração o uso de mamadeira, verificou-se que 44,4 % das crianças do sexo feminino que usam mamadeira, 52,9% têm maloclusão moderada ou severa, enquanto 35,3% têm oclusão normal. No sexo masculino, 55,6% das crianças usam mamadeira, sendo que 47,1% apresentam maloclusão moderada ou severa, enquanto que 64,7% têm oclusão normal, (tabela 8). Portanto, a diferença não é estatisticamente significativa.

Tabela 8- Índice de Maloclusão quanto ao sexo, frente ao uso de mamadeira.

Sexo	ÍNDICE			TOTAL
	Leve	Mod/Severa	Normal	
FEMININO	6(46,2%)	18(52,9%)	12(35,3%)	36(44,4%)
MASCULINO	7(53,8%)	16(47,1%)	22(64,7%)	45(55,6%)

TOTAL	13(100,0%)	34(100,0%)	34(100,0%)	81(100,0%)
--------------	------------	------------	------------	------------

De acordo com o gráfico a seguir, verifica-se que não há diferença significativa em relação ao índice de maloclusão, entre as crianças que usam e não usam mamadeira.

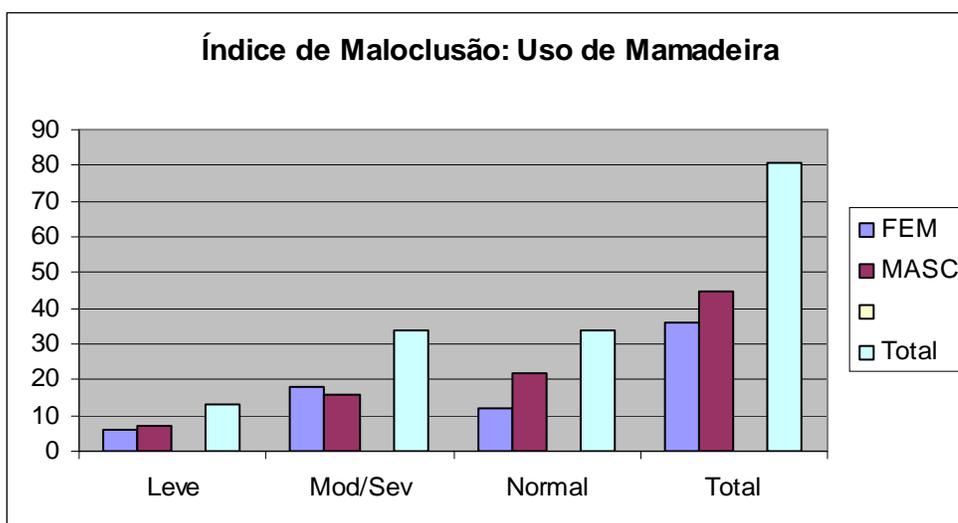


Figura 3- Gráfico – Índice de Maloclusão: Uso de Mamadeira

Em relação ao uso de chupeta, dentre as crianças do sexo feminino que têm o hábito de chupar chupeta, 84,4% apresentam maloclusão moderada ou severa. Nas outras meninas que não têm o referido hábito, somente 7,9% apresentam maloclusão. E, das crianças do sexo masculino que chupam chupeta, 85,7% têm maloclusão moderada ou severa, enquanto dentre as que não chupam chupeta apenas 4,7% apresentam este índice de maloclusão, conforme demonstrado nas tabelas 9 e 10.

Tabela 9- Índice de Maloclusão quanto ao sexo, frente ao hábito de chupar chupeta.

Sexo	ÍNDICE			
	Leve	Mod/Severa	Normal	TOTAL
FEMININO	4(12,5%)	27(84,4%)	1(3,1%)	32(100,0%)
MASCULINO	3(10,7%)	24(85,7%)	1(3,6%)	28(100,0%)
TOTAL	7(11,7%)	51(85,0%)	2(3,3%)	60(100,0%)

Tabela 10- Índice de Maloclusão quanto ao sexo na ausência do hábito de chupar chupeta.

Sexo	Leve	Mod/Severa	Normal	TOTAL
FEMININO	13(10,2%)	10(7,9%)	104(81,9%)	127(100,0%)
MASCULINO	6(4,1%)	7(4,7%)	135(91,2%)	148(100,0%)
TOTAL	19(6,9%)	17(6,2%)	239(86,9%)	275(100,0%)

Quanto ao hábito de chupar chupeta a prevalência de maloclusão foi bem maior para o índice moderada/severa, como demonstra-se no seguinte gráfico:

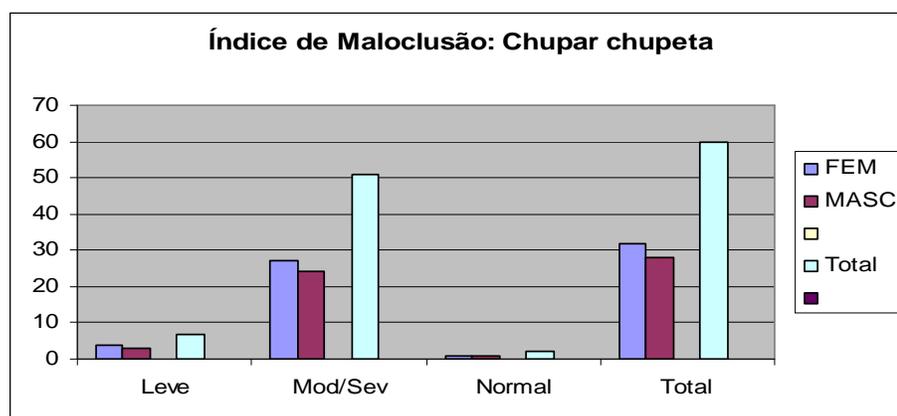


Figura 4 – Gráfico – Índice de Maloclusão – Chupar chupeta

Quanto ao hábito de chupar dedo, das meninas que têm este hábito, 70% apresentam maloclusão moderada ou severa e, das meninas que não chupam dedo, 20,1% também foram classificadas no mesmo índice de maloclusão. Entre os meninos que chupam dedo, 57,1% têm maloclusão moderada ou severa e, dos meninos que não chupam 16,0% também apresentam este índice, conforme apresentado nas tabelas 11 e 12.

Tabela 11- Índice de Maloclusão quanto ao sexo, frente ao hábito de chupar dedo

ÍNDICE				
Sexo	Leve	Mod/Severa	Normal	TOTAL
FEMININO	2(20,0%)	7(70,0%)	1(10,0%)	10(100,0%)
MASCULINO	1(14,3%)	4(57,1%)	2(28,6%)	7(100,0%)
TOTAL	3(17,6%)	11(64,7%)	3(17,6%)	17(100,0%)

Tabela 12- Índice de Maloclusão quanto ao sexo, na ausência do hábito de chupar dedo

ÍNDICE				
Sexo	Leve	Mod/Severa	Normal	TOTAL
FEMININO	15(10,1%)	30(20,1%)	104(69,8%)	149(100,0%)
MASCULINO	8(4,7%)	27(16,0%)	134(79,3%)	169(100,0%)
TOTAL	23(7,2%)	57(17,9%)	238(74,8%)	318(100,0%)

Verificamos, no gráfico a seguir, que quanto ao hábito de chupar dedo, é maior a proporção de crianças com maloclusão moderada ou severa, quando comparadas com as demais.

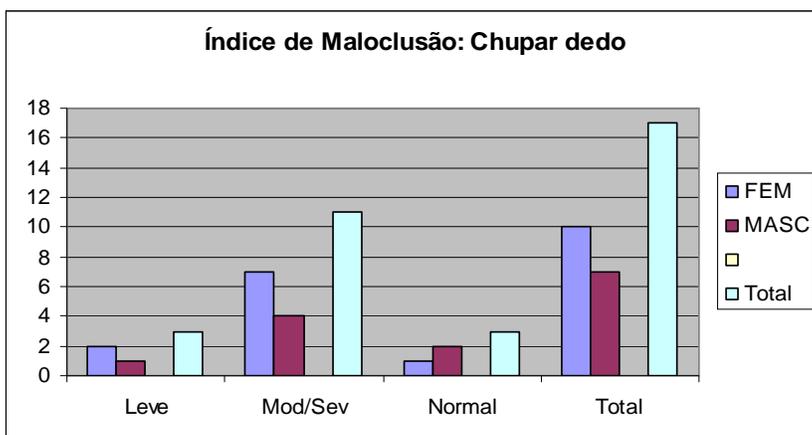


Figura 5 – Gráfico- Índice de Maloclusão frente ao hábito de chupar dedo

Quanto à distribuição por idade, das crianças que apresentam maloclusão moderada ou severa, 36,8% têm 3 anos, 23,5% têm 4 anos e 39,7% têm 5 anos, enquanto que das que apresentam oclusão normal, 21,2% tem 3 anos, 21,6% têm 4 anos e 57,3% têm 5 anos, como apresentam as tabelas 13, 14 e 15.

Tabela 13- Distribuição por idade em relação ao sexo, do índice Leve.

SEXO			
Idade	FEM	MASC	TOTAL
03	4(23,5%)	4(44,4%)	8(30,8%)
04	3(17,6%)	2(22,2%)	5(19,2%)
05	10(58,8%)	3(33,3%)	13(50,0%)
TOTAL	17(100,0%)	9(100,0%)	26(100,0%)

Tabela 14- Distribuição por idade em relação ao sexo, do índice Moderada ou Severa

SEXO			
Idade	FEM	MASC	TOTAL
03	16(43,2%)	9(29,0%)	25(36,8%)
04	8(21,6%)	8(25,8%)	16(23,5%)
05	13(35,1%)	14(45,2%)	27(39,7%)
TOTAL	37(100,0%)	31(100,0%)	68(100,0%)

Tabela 15-Distribuição por idade em relação ao sexo, do índice Normal

SEXO			
Idade	FEM	MASC	TOTAL
03	22(21,0%)	29(21,3%)	51(21,2%)
04	21(20,0%)	31(22,8%)	52(21,6%)
05	62(59,0%)	76(55,9%)	138(57,3%)
TOTAL	105(100,0%)	136(100,0%)	241(100,0%)

Quanto ao aparecimento de mordida aberta podemos verificar que está presente em 71,9% das crianças do sexo feminino que chupam chupeta e em 3,9% das que não chupam. Entre os meninos que chupam chupeta, 82,1% têm mordidas abertas e 17,9% não têm, como se verifica nas tabelas 16 e 17 a seguir.

Tabela 16- Presença de Mordida Aberta frente ao hábito de chupar chupeta.

MORDIDA ABERTA			
Sexo	Sim	Não	TOTAL
FEMININO	23(71,9%)	9(28,1%)	32(100,0%)
MASCULINO	23(82,1%)	5(35,7%)	28(100,0%)
TOTAL	46(76,7%)	14(23,3%)	60(100,0%)

Tabela 17- Presença de Mordida Aberta na ausência do hábito de chupar chupeta

MORDIDA ABERTA			
Sexo	Sim	Não	TOTAL
FEMININO	5(3,9%)	122(96,1%)	127(100,0%)
MASCULINO	2(1,4%)	146(98,6%)	148(100,0%)
TOTAL	7(2,5%)	268(97,5%)	275(100,0%)

Quanto ao hábito de chupar dedo, observou-se que 50% das meninas com este hábito apresentaram mordidas abertas e 50% não. Dentre os meninos que chupam dedo, 42,9% apresentaram mordida aberta e 57,1% não, como apresentam as tabelas 18 e 19.

Tabela 18- Presença de Mordida Aberta frente ao hábito de chupar dedo

MORDIDA ABERTA			
Sexo	Sim	Não	TOTAL
FEMININO	5(50,0%)	5(50,0%)	10(100,0%)
MASCULINO	3(42,9%)	4(57,1%)	7(100,0%)
TOTAL	8(47,1%)	9(52,9%)	17(100,0%)

Tabela 19- Presença de Mordida Aberta na ausência do hábito de chupar dedo

MORDIDA ABERTA			
Sexo	Sim	Não	TOTAL
FEMININO	23(15,4%)	126(84,6%)	149(100,0%)
MASCULINO	22(13,0%)	147(87,0%)	169(100,0%)
TOTAL	45(14,2%)	273(85,8%)	318(100,0%)

Quanto aos resultados sobre a prevalência de mordida aberta em crianças que usam mamadeira, demonstraram que das meninas que têm este hábito, 36,1% apresentaram mordida aberta e 63,9% não. Dentre os meninos que usam mamadeira, 31,1% tem mordida aberta e 68,9% não. Das crianças que não usam mamadeira, 10,2% tem mordida aberta enquanto 89,8 não apresentam esta malocclusão, conforme demonstrado as tabelas 20 e 21 a seguir.

Tabela 20 – Presença de Mordida Aberta frente ao uso de mamadeira

MORDIDA ABERTA			
Sexo	Sim	Não	TOTAL
FEMININO	13(36,1%)	23(63,9%)	36(100,0%)
MASCULINO	14(31,1%)	31(68,9%)	45(100,0%)
TOTAL	27(33,3%)	54(66,7%)	81(100,0%)

Tabela 21- Presença de Mordida Aberta frente ao não uso de mamadeira

MORDIDA ABERTA			
Sexo	Sim	Não	TOTAL
FEMININO	15(12,2%)	108(87,8%)	123(100,0%)
MASCULINO	11(8,4%)	120(91,6%)	131(100,0%)
TOTAL	26(10,2%)	228(89,8%)	254(100,0%)

No seguinte gráfico, pode-se verificar a proporção de crianças que apresentam mordida aberta, frente aos hábitos de chupar chupeta, dedo ou usar mamadeira.

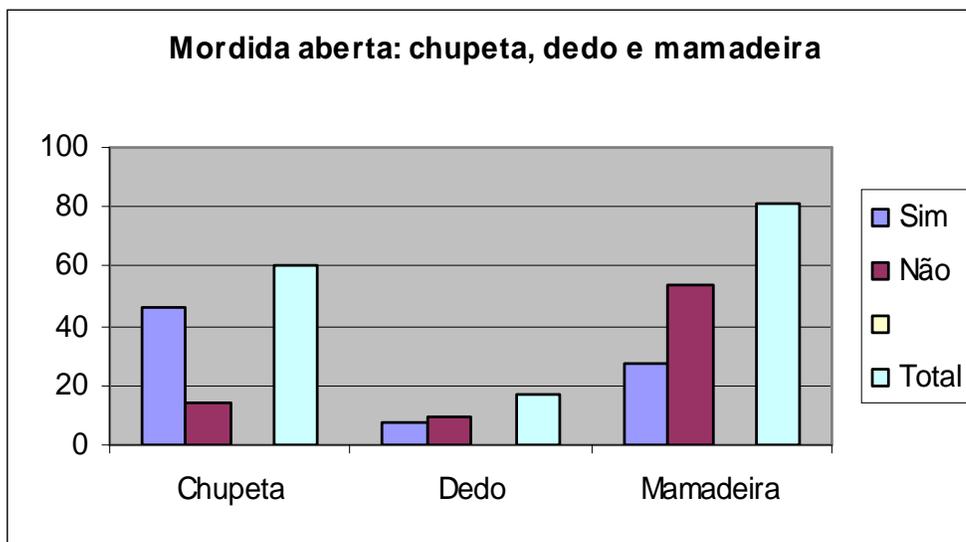


Figura 6 – Gráfico: Mordida Aberta: chupeta, dedo e mamadeira.

Finalmente, avaliando-se a prevalência das maloclusões em crianças de 3 a 5 anos, verifica-se que 71,9 % das crianças examinadas apresentam oclusão normal, enquanto 7,7% tem índice leve, e 20,3% moderada ou severa, como expressa a seguir a tabela 22.

Tabela 22 – Índice de Maloclusão segundo as idades de 3, 4 e 5 anos

MALOCCLUSÃO	NORMAL	LEVE	MODERADA/SEVERA	TOTAL
IDADE				
3	51	8	25	84
4	52	5	16	73
5	138	13	27	232
TOTAL	241(71,9 %)	26(7,7%)	68(20,3%)	335(100%)

Valor de $p = 0,4773$

9 DISCUSSÃO

Nos resultados obtidos neste estudo, analisando-se a prevalência de maloclusões em crianças que usam mamadeira, em relação ao sexo, verifica-se que, 36,4% dos meninos que têm este hábito, apresentam índice **moderada ou severa**, enquanto que 50% das meninas que fazem uso de mamadeira, têm este mesmo índice. Observando-se o total das crianças, verifica-se que 42% apresentam índice **moderada ou severa**, e 42% **normal**, quando têm o hábito da amamentação artificial, não havendo uma diferença estatisticamente significativa.

No estudo de TOMITA *et al* (2000), a prevalência de maloclusão quanto ao sexo, foi de 51,3% para o masculino e 56,9% para o feminino, não havendo variação, em concordância com o presente estudo.

Porém, é importante ressaltar a alta prevalência entre as crianças que chupam chupeta, 85%, dentro do índice de maloclusão **moderada ou severa**, confirmando os resultados encontrados ainda no estudo de TOMITA *et al* (2000), apresentados anteriormente na figura 1 e Tabelas 3 e 4. SERRA-NEGRA *et al* (1997), encontraram resultados semelhantes em sua pesquisa, onde o uso da chupeta foi mais prevalente (75,1 %) entre as crianças que apresentavam hábitos deletérios, assinalando que a mordida aberta anterior foi a maloclusão mais freqüente, ao lado das mordidas cruzadas posteriores.

Os resultados do presente estudo demonstram que o índice de maloclusão moderada ou severa está em maior proporção quando o hábito de chupar chupeta se faz presente. Da mesma forma, estes resultados também foram encontrados no trabalho de EMMERICH (2000), demonstrando que existia maior proporção de crianças com oclusão alterada entre as que chuparam chupeta (44%), quando comparadas àquelas que nunca usaram (18,9%), conforme aparece na Tabela 5.

No trabalho de PASTOR (2000), verificamos que mesmo com a redução da prevalência do uso da chupeta com a idade, sua permanência, ainda que não prolongada, produz alterações dento-alveolares em diferentes graus, dependendo da freqüência, da intensidade e da duração.

DADALTO (1989) em seu estudo observou que a freqüência do hábito de sucção de chupeta foi menor entre crianças amamentadas no seio materno, sendo este mais um fator que leva ao incentivo à amamentação natural.

Quanto ao hábito de chupar dedo, encontrou-se no presente trabalho, uma prevalência de 64,7% das crianças com maloclusão moderada ou severa. No estudo de TOMITA *et al* (2000), verifica-se que as crianças com este hábito, têm 1,54 vezes mais maloclusões, não sendo uma diferença significativa estatisticamente. Porém estes dados nos levam a refletir que ações preventivas deverão ser implementadas para que estes índices não sejam aumentados.

Analisando os resultados do presente trabalho, estes indicaram a existência de mordida aberta, frente à presença do hábito de chupar chupeta, com uma prevalência de 76,7%, enquanto nas crianças que chupam dedo, este índice é de 47,1%. Portanto é importante estimular-se ações preventivas à instalação destes hábitos, principalmente em relação ao uso de chupeta, que se mostra mais prevalente.

Quanto ao hábito do uso de mamadeira, a proporção de crianças que não apresenta mordida aberta (66,7%) é maior do que as que apresentam (33,3 %). Foi constatado que o período de tempo em que a mamadeira está presente na cavidade oral da criança não é tão prolongado como quando esta faz uso de chupeta, podendo ser este um dos fatores que influenciaram os resultados encontrados, abrindo campo para novos estudos em futuros trabalhos.

Avaliando-se a prevalência de maloclusão nas crianças com idade de 3 a 5 anos, encontrou-se 71,9% das crianças com oclusão normal, 7,7% com maloclusão leve e 20,3% apresentando índice moderada ou severa. Comparando-se com os resultados do Projeto SB Brasil 2003, este último dado está próximo aos valores encontrados para a região Sudeste(17,4%).

No trabalho de SADAKYIO (2004), a prevalência das maloclusões nas crianças estudadas foi de 71,6%. A diferença entre este resultado e o obtido no presente estudo, ocorreu provavelmente pelo fato de terem sido analisadas as relações ântero-posteriores entre os arcos dentais decíduos, no primeiro, e no atual trabalho, utilizado o índice de maloclusão da OMS (1997).

O estudo de FRAIZ (1993) ressaltou a necessidade ações educativas e preventivas com atenção à saúde bucal das crianças, pois no padrão de aleitamento artificial, o contato com o açúcar é feito precocemente, trazendo em consequência o comprometimento das estruturas dentárias, com o aparecimento de cáries. Posteriormente, GOMES *et al* (1996) verificaram que o alto consumo de dieta cariogênica associado ao hábito da amamentação noturna contribuíram para o

aumento de índices de dentes cariados de crianças em faixa etária precoce, o que levaria a uma perda destes elementos, com futura instalação de maloclusões.

Segundo relata REGO FILHO (1996) em seu trabalho, na manutenção da amamentação natural é fundamental que sejam eliminados o uso de objetos que levem aos hábitos orais deletérios, como chupetas, chucas e mamadeiras, o que será alcançado mediante a execução do plano de ação de promoção de saúde e prevenção da instalação de hábitos orais, a ser implantado nas unidades do PSF.

Em consonância com a hipótese e os resultados deste estudo, acreditamos que novas estratégias devem ser adotadas pelas Equipes de Saúde Bucal dos PSFs. Implementar ações preventivas na comunidade, incentivar o cuidado das crianças, mães, responsáveis e profissionais de saúde, evitará a instalação de hábitos deletérios, como o uso de chupetas, mamadeiras e sucção de dedo. Tais hábitos certamente terão influência na formação do sistema estomatognático, o que poderia acarretar o aparecimento de maloclusões.

Embora existam vários estudos sobre a prevalência das maloclusões, somando-se a eles os resultados do presente trabalho, permanece aberto o campo para novas pesquisas, que enfoquem a promoção de saúde e a prevenção da instalação de hábitos orais deletérios em crianças.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disponibilização de ações de promoção de saúde bucal, com orientações no controle da dieta adequada, correta higienização bucal, não instalação de hábitos orais deletérios e, principalmente o incentivo à amamentação natural, certamente farão com que a demanda pelos serviços especializados de Ortodontia do Centro de Especialidades Odontológicas, seja minimizada.

Mais relevante ainda será a melhora na qualidade de vida de nossas crianças, que com uma oclusão correta, terão sua auto-estima preservada, a partir da possibilidade de sorrirem, sem constrangimento, para todas as situações felizes que a vida lhes possa apresentar.

Portanto os resultados deste estudo buscam valorizar o trabalho preventivo dos profissionais do PSF, baseado em ações de promoção de saúde, ressaltando a importância da utilização inicial dos dados das crianças diagnosticadas com maloclusões, participantes desta pesquisa, as quais deverão ser encaminhadas ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que conta com serviço de Ortodontia Preventiva e Interceptativa. Para isto, sugerimos os seguintes procedimentos:

1. Realizar ações preventivas, envolvendo toda a equipe multidisciplinar, com o objetivo de reduzir ao máximo os fatores etiológicos que venham a contribuir para o aparecimento de maloclusões;

2. Estimular a participação dos usuários durante os encontros e reuniões de grupos de gestantes, puericultura e reuniões de grupos do programa de saúde da mulher, dando ênfase à amamentação natural nas crianças e à não instalação de hábitos deletérios;

3. Utilizar atividades dinâmicas, mediadas pelos Atendentes de Consultório Dentário (ACDs), Técnicos de Higiene Dentária (THDs) e coordenadas pelos Cirurgiões-Dentistas, sempre com o envolvimento de todos os membros da equipe, (Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiros, Médicos e Agentes Comunitários de Saúde);

4. Selecionar temas a serem discutidos, abrangendo desde a higienização oral até a vigilância quanto à instalação de hábitos deletérios que poderão influenciar na formação do sistema estomatognático;

5. Estimular fortemente a amamentação natural durante um período que proporcione o maior benefício para a criança, eliminando, na medida do possível, o uso de objetos orais como chupetas, chucas, e mamadeiras.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. C.; BASTOS, E. et al. Hábito vicioso de sucção digital. **Revista da ABO Nacional**, ano 3, n.4, p.8- 255, ago/set, 1995
- ANGLE, EH. **Classification of malocclusion**. Dental Cosmos; 41ed. p. 64-248. 1899
- BRASIL. Ministérios da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condição de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: **Resultados Principais**. Brasília, 2004
- BÖNECKER, M.J.S., Análise Comparativa de Estudo Epidemiológico de Cárie Dentária em Crianças e 5 a 59 meses – Munic. de Diadema – SP.
- BALDRIGHI, S. E. Z. M.; PINZAN, A.; ZWICKER, C. V. D.; MICHELINI, C. R.; BARROS, D. R.; ELIAS, F., A Importância do aleitamento natural na prevenção de alterações miofuncionais e ortodônticas, **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 6, n. 5, p. 21-111, set/out 2001.
- CORRÊA, M.S.N.P., **Odontopediatria na Primeira Infância** - São Paulo: Santos, 1998.
- DADALTO, E.C.V. **Hábitos de Sucção de dedo e/ou chupeta: estudo seccional**, Rio de Janeiro; 1989. 163p
- EMMERICH, A.; FONSECA, L; ELIAS, A.; MEDEIROS, U. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringianas e mal-oclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil **Cadernos de Saúde Pública** vol.20 no.3 Rio de Janeiro
- ENLOW, D. H. **Crescimento Facial**. 3ª Ed. Artes Médicas Porto Alegre. 1993. 188 p. EPI INFO. Versão 3.4.1, jul 2007
- FINN, S.B., Odontologia Pediátrica. Trad. Carmen Muñoz Seca. 4ed. México: Interamericana, 1982, 613 p 10.
- FOTE, F.D.; BOSCO, V.L., Prevalência de hábitos de sucção não nutritiva em crianças na cidade de Florianópolis – SC, **Rev Fac Odont. Univ. Fed. Bahia**; (20):25-8, jan-jun 2000
- FRAIZ, F.C. **Estudo das características da utilização de açúcar através da mamadeira, do primeiro contato com açúcar e do padrão de aleitamento em crianças de 0 a 36 meses, Curitiba**, Tese de Mestrado em Odontopediatria, São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. 1993.
- GOMES, M.P.; SOUZA, I.P.R.; MODESTO, A.; RUSCHEL, H.C., Fatores envolvidos no desenv. da cárie de amamentação. **Rev.A.P.C.D.**; 50(6):497-501, nov-dez. 1996.
- LARSSON,E.;RÖNNERMAN, A., Clinical crown length in 9,11,13 years old children with and without finger sucking habit. **Br J Orthod**, v.4 n.8, p171-173, Abr. 1981.

MOYERS,R.E., **Ortodontia**. 4ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 127-55; 438-79, 1991.

PASTOR, I.; FRANCO, F.C.M.; LEITE, K., O uso da chupeta: implicações no desenvolvimento infantil, **Rev Fac. Odont. Univ. Fed. Bahia**, (20):82-7, jan-jun. 2000

PERES, K.G.; BARROS, A.J.D.; PERES, M.A.;VICTORA, C.G.,Efeitos da amamentação e dos hábitos de sucção sobre as oclusopatias num estudo de coorte. **Rev Saúde Pública USP/FSP**,vol. 8 n.1,São Paulo, Junho 2007

PETRELLI, E. **Ortodontia para Fonoaudiologia**. Paraná: Lovise,1992

REGO FILHO, E.A. (organizador), **Manual de Pediatria**, Londrina: ed. UEL, 1996, 420 p

SADAKYIO, C.A. *et al*, Prevalência de Má Oclusão em Pré-Escolares de Piracicaba, SP. **Ciência Odontológica Brasileira**, 7(2), 92-9, abr-jun 2004

SERRA-NEGRA, J.M.; PORDEUS, I.A.; ROCHA JR., J.F., Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões, **Rev Odont. Univ. São Paulo**, 11(2):79-86, abr-jun, 1997

SOARES, C.A.S.; TOTTI, J.I.S., Hábitos deletérios e suas conseqüências. **Rev. CRO-MG**; 2(1):21-6, jan-jun.1996.

TOLLARA, M.N., **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo; Santos Cap. VII, 1998.

TOMITA, N.; BIJELLA, V.; FRANCO, L., 2000, Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares **Rev. Saúde Pública** vol.34 n.3 São Paulo Junho 2000

WALTER, L.R.F.; FERELLE A.; ISSAO, M.; **Odontologia para bebês**. Artes Médicas, 1996, 235 p.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys, basics methods**. 4nd ed. Geneva; 1997.

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: _____ Idade: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

Projeto: Estudo da Prevalência de Maloclusões Dentoalveolares em Crianças de 3 a 5 anos associadas a Hábitos de Sucção Nutritivos e Não Nutritivos.

Responsável: _____

Eu, _____, abaixo assinado, (responsável pelo meu parente próximo), declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. Objetivo da Pesquisa: Avaliar a prevalência das maloclusões dentoalveolares, na dentição decídua, verificando a possibilidade da associação destas, com hábitos de sucção nutritiva (natural e artificial), e não nutritiva.
2. Benefícios que possam ser obtidos: Prevenção da instalação de hábitos de sucção deletérios, incentivo ao aleitamento materno, prevenção de maloclusões em crianças.
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
6. A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.
7. Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com a pesquisadora pelos telefones :(21) 39711088 (21) 93811901.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura ou Responsável

Assinatura da Pesquisadora

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)