

APRESENTAÇÃO DE MÉTODO DE MOTIVACIONAL PARA REMOÇÃO DE HÁBITO DE SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA. REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO.

Introduction of a motivational method to discontinue non- nutritional sucking habit. Literature review and case report.

Renata Warth Rottmann

Cirurgiã Dentista pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)
Especialista em Odontopediatria pela Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO)

José Carlos Petroossi Imparato

Mestre e Doutor em Odontopediatria pela FOUSP
Professor da Disciplina de Odontopediatria da FOUSP

Adriana de Oliveira Lira Ortega

Doutora em Ciências Odontológicas pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)
Mestre em Morfologia aplicada à DTM e Dor Orofacial pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Especialista em Odontopediatria pela FOUSP e em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO)
Coordenadora do Curso de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Ibirapuera- UNIB
Professora colaboradora do Grupo de Estudos e Atendimento em Pacientes Especiais (GEAPE) da FOUSP
Professora do Curso de Especialização em Odontopediatria da Fundação para o Desenvolvimento Científico Tecnológico da Odontologia (FUNDECTO) da FOUSP

renatarottmann@hotmail.com

Resumo

O hábito de sucção não-nutritiva é muito comum na primeira infância representando para a criança um mecanismo para descarregar energia e tensão, servindo como fonte de prazer e segurança. Porém, após certa idade esse hábito torna-se prejudicial, e muitas vezes a criança não tem motivação suficiente para removê-lo sozinha. A proposta deste trabalho é apresentar um método de motivação usado para remoção de hábito de sucção não nutritiva, apresentado à criança na forma de um jogo, a tabela-calendário e relatar o caso de uma paciente de 8 anos de idade com hábito de sucção digital e presença de mordida aberta. O Hábito de sucção não-nutritiva foi cessado no terceiro mês de aplicação do método proposto.

Descritores: Remoção de hábito de sucção não-nutritiva, mordida aberta, sucção digital.

Abstract

The non-nutritional sucking habit is very common in the first childhood representing to the children an energy and tension discharging mechanism, performing as a pleasure and safety source. However, after certain age this habit becomes harmful and often the child doesn't have enough motivation to remove it by itself. The aim of this study was to introduce a new motivation method used to remove the non-nutritional sucking habit. This method is shown to the children as a game, the schedule-diary game and report a case of a patient of 8 years old who had the thumb sucking habit and had also an open bite due to the habit. The non-nutritional sucking habit of this patient discontinued in the third month of the application of the proposed method.

Descriptors: Non-nutritional sucking habit removal, open bite, thumb sucking.

1. Introdução e Revisão de Literatura

Hábito é definido como comportamento que determinada pessoa aprende e repete frequentemente, sem pensar como se deve executá-lo. Portanto é o resultado da repetição de um ato com determinado fim, levando a formação de um padrão de conduta adquirida¹.

A boca é a região mais importante do corpo no primeiro ano de vida da criança, e a sucção fisiológica ou nutritiva é fundamental para a sobrevivência do recém-nascido, uma vez que instintivamente o conduz à satisfação de suas necessidades nutricionais. A sucção é um reflexo inato, observado antes mesmo do nascimento, na 29ª semana de vida intra-uterina, representando o padrão de comportamento mais primitivo e complexo do ser humano². Sua ausência pode ser considerada um risco à sobrevivência da criança, por indicar lesão neurológica séria³.

A sucção fisiológica e está presente em 100% das crianças normorreativas até os 4 meses de idade, devendo desaparecer normalmente, até os 2 anos⁴, quando as es-

truturas neuromusculares estão adaptadas aos movimentos do comer e beber coordenado⁵. A taxa de crianças que possuem o hábito de sucção digital no primeiro ano de vida é de 75% a 95%⁶. Há um declínio dessa incidência com o aumento da idade⁷. Um estudo feito em 1994 encontrou 26% de crianças com o hábito de chupar dedo, em uma amostra de 371 crianças de 6 a 12 anos⁸.

A função básica da sucção é a alimentação, visando a ingestão de leite materno. No entanto, a sucção pode também representar um mecanismo para descarregar energia e tensão, servindo como fonte de prazer e segurança. Essa necessidade fisiológica e psicológica de sucção por parte da criança a leva a procurar outras fontes que não só o peito. A partir do 5º mês de vida, quando a maioria dos bebês começa a etapa de coordenação entre a boca, as mãos e os olhos, a boca torna-se um meio de descobrir e investigar tudo o que aparece⁹. Isto ocorre devido ao fato de que nos bebês, a boca caracteriza-se por sua alta sensibilidade tátil, maior até que da polpa digital.

O cérebro possui bilhões de células nervosas, as quais se comunicam umas com as outras através do aumento ou diminuição da “neurotransmissão”¹. A neurotransmissão controla toda a emoção, percepção e funções corporais. Um aumento da neurotransmissão produz excitação ou alerta, enquanto sua diminuição leva a uma sensação de calma e relaxamento.

As encefalinas e substâncias relacionadas como as endorfinas são produzidas pelo cérebro e são responsáveis pela diminuição da neurotransmissão¹¹. Esses compostos são então considerados os analgésicos naturais do corpo. O hábito de sucção não-nutritiva também se encaixa nesta categoria. Ou seja, o hábito de chupar o dedo ou chupeta, leva a uma diminuição da neurotransmissão, sendo então produzida a endorfina que por sua vez traz prazer, conforto, calma e relaxamento. Portanto não é difícil de entender porque a sucção digital ou da chupeta se tornam uma tremenda fonte de prazer, satisfação própria e conforto para a criança.

Dentre as atividades ditas “não fisiológicas” ou parafuncionais das estruturas orais encontram-se os hábitos de sucção não nutritiva (HSNN). Estes são sabidamente fatores determinantes de distúrbios miofuncionais que interferem negativamente no desenvolvimento normal da oclusão. Vários autores sugeriram que a sucção não-nutritiva (chupeta ou dedo) pode ser responsável pelo surgimento de maloclusões na infância, principalmente a mordida aberta anterior¹². Uma deglutição normal não é possível enquanto o dedo estiver na boca, no caso da sucção digital¹³. Por isso a necessidade de remoção desses hábitos o mais cedo possível.

Em crianças mais velhas o hábito de sucção pode ocorrer durante períodos de cansaço, frustração, insegurança, raiva, privação materna, estresse ou doença¹⁴. Com o tempo, a criança usa inconscientemente o HSNN em muitas situações, como: para relaxar, quando está aborrecida, com raiva, medo, nervosa, apreensiva, para adormecer, ou quando está física ou psicologicamente estressada¹⁵.

O HSNN é considerado normal para crianças pe-

quenas promovendo satisfação e trazendo sensação de conforto e felicidade¹⁶. Algumas crianças chupam seus dedos somente quando estão adormecendo ou durante o sono¹⁷. Psicoterapeutas têm sido incapazes de associar alguma peculiaridade específica de personalidade, com o hábito¹⁸.

Existem alguns “fatores desencadeantes” para os hábitos de sucção digital como super-proteção, repressão, introversão e timidez, sendo que a probabilidade de o comportamento de sucção digital existir na criança aumenta com o grau de introversão da mesma¹. Crianças tensas e ansiosas ou sob estresse têm uma maior prevalência de desenvolver hábitos bucais nocivos do que aquelas consideradas tranquilas¹⁹. A ausência do pai ou da mãe na família também pode agir como um dos fatores predisponentes²⁰.

Muito tem sido estudado, mas ainda não existe um consenso sobre os métodos e a melhor época de remoção do HSNN. Além disso, muito ainda se discute a respeito da melhor época para intervir no sentido realmente se remover o hábito, sem que haja implicações negativas, sequelas psicológicas ou comportamentais²¹.

1a. Fatores etiológicos

A etiologia dos hábitos bucais em geral contém um aspecto psicológico muito forte quando se trata de uma válvula de segurança contra pressões emocionais, físicas ou psíquicas²². Muitos pais podem com certa frequência se sentir culpados ou fracassados ao lidarem com os hábitos dos filhos e assim procuram avidamente um meio para a cessação do comportamento indesejável.

Vários autores na literatura sobre o assunto afirmam que a amamentação é o ponto de partida para um desenvolvimento harmonioso das estruturas estomatognáticas da estética da face^{3,7,25,26,27,28,29,30,31,56}. Uma longa amamentação está ligada a uma baixa proporção de maloclusão em crianças de 3 a 18 anos de idade²³.

Estudos mostram a relação entre o tempo de amamentação e o desenvolvimento dos hábitos de sucção não nutritiva^{24,7,25,26,27,28,29,30,31,56,58,59}. Quanto maior o período em que a criança é amamentada, menor a chance desta de-

envolver hábitos de sucção não-nutritiva. A amamentação no peito por períodos de aproximadamente seis meses diminuem a incidência de hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta^{32,33,34}. A amamentação irrestrita até os 2 ou 3 anos de idade elimina a necessidade de desenvolvimento de hábitos de sucção artificiais³⁵. Porém alguns estudos não associam o hábito de sucção com o tempo de amamentação^{36,37,38}.

Existem algumas teorias que tentam explicar o prolongamento dos hábitos não-nutritivos³³:

A. Teoria da função perdida

Segundo esta teoria, a sucção insuficiente ou inadequada nos primeiros 24 meses de vida contribuem para a formação do hábito. E muitos são os trabalhos que relacionam o tempo de amamentação exclusiva com a prevalência de hábito de sucção não nutritiva: quanto menor o tempo, maior é a presença do hábito^{7,25,26,31}. É sabido que por várias razões, dificilmente a mãe de hoje em dia reúne condições para realizar uma amamentação adequada, e acaba lançando mão de recursos artificiais como a mamadeira, que deixa passar um fluxo bem maior de leite, fazendo com que a criança atinja em apenas alguns minutos a sensação de plenitude alimentar que, via amamentação natural, levaria cerca de meia hora. O bebê, no entanto, não faz sucções suficientes para obter o êxtase emocional, procurando desta maneira um substituto²¹.

B. Teoria Psicanalítica

A sucção prolongada é um sintoma neurótico de uma perturbação emocional resultante de uma fixação do estado psicosssexual da fase oral³⁹. Esta teoria afirma que se houver uma frustração das necessidades orais durante a infância, a conduta da criança sofrerá alguma danificação no futuro. Para a teoria psicanalítica a sucção não nutritiva é normal na criança, sendo cessada por volta dos dois anos de idade. Entre os 2 e 5 anos é considerada uma simples reação a estados de cansaço, doença, frustração, tédio, privação e punição. Se persistir após os 5 anos de idade, essa sucção pode ser um sinal de regressão em direção a

um comportamento infantil⁴⁰.

C. Teoria do Aprendizado ou Conduta Adquirida

Contradizendo a teoria psicanalítica, esta teoria diz que a sucção não nutritiva é um simples comportamento aprendido¹. No início, o comportamento ocorre conscientemente pela satisfação e prazer que proporciona à criança, mas em função da repetição contínua, instala-se um processo de aperfeiçoamento e automatização, originando inconscientemente o hábito propriamente dito.

1b. Consequências

As alterações na dentição e na oclusão provocadas pelo hábito de sucção da chupeta ou por sucção digital em geral são semelhantes⁵⁷. A presença e o grau de severidade dos efeitos nocivos dos hábitos de sucção não nutritiva dependerão de alguns parâmetros, como, duração, frequência e intensidade do hábito; posição da chupeta ou do dedo na boca; idade de término do hábito, assim como, padrão de crescimento da criança e grau de tonicidade da musculatura orofacial³.

A “cronicidade” é um bom indicador de severidade. É definido como um hábito que ocorre em um ou mais ambientes (casa e escola por exemplo) e ambos durante dia e noite⁴¹. Outro indicador de severidade é se a criança suga o dedo ou a chupeta na presença de outro indivíduo que não seja da família⁴².

Diversos autores associam o HSNM com a mordida aberta^{27,58,59,56,60,36,29,61,34}. Além da mordida aberta propriamente dita podem ocorrer: inclinação vestibular e diastema entre os incisivos centrais superiores e retro-inclinação dos incisivos inferiores; maior incidência de traumas nos incisivos superiores por causa da hipotonicidade do lábio superior e à falta de proteção devido a sua inclinação; mordida cruzada posterior; aumento da sobremordida; redução na largura da arcada dentária superior em função da alta atividade muscular na região de molares decíduos durante a sucção; instalação do hábito de interposição lingual e alteração do padrão de deglutição; alteração na fala³.

Em relação ao hábito de sucção digital, frequente-

mente, a polpa do polegar toca o palato e o dorso se apóia sobre os incisivos inferiores, atuando como alavanca. Algumas vezes, pode-se observar a língua entre o polegar e os incisivos inferiores. A pressão exercida pelo dedo sobre os dentes, lábios e palato têm potencial para alterar a direção e interferir no crescimento craniano. Seria necessária uma pressão contra os dentes de pelo menos 6 horas diárias para haver movimentação dentária⁴³. Isso poderia explicar em parte porque algumas crianças com o hábito de sucção não desenvolvem maloclusão.

1c. Remoção do hábito de sucção não nutritiva

Profissionais concordam que quanto mais velha é a criança, maior é a dificuldade de tratar-se o hábito de sucção^{44,55}. Mas na medida em que a criança cresce e se desenvolve biológica e psicologicamente, ela deve estar apta a passar pelo processo de desmame ou “separação materna” sem que isso signifique um grande problema de ansiedade⁴⁵. Nesta fase ela estará espontaneamente exposta a outros tipos de prazeres e gratificações, próprias ao novo círculo de atividades sociais do qual fará parte, abandonando gradativamente a satisfação da “oralidade”⁷.

A primeira oportunidade para orientação de retirada do hábito de sucção ocorre quando funcionalmente as necessidades neuromusculares da criança já foram supridas, visando assim o equilíbrio orgânico. Se a criança foi muito bem estimulada, ou seja, mamou no peito ou na mamadeira, de maneira adequada, o início da retirada ocorrerá por volta dos 8-9 meses de idade, no momento em que começa a erupção dos primeiros dentes, e quando a sucção passa a ser desnecessária sob o prisma neurofuncional⁴.

A idade limite considerada por profissionais para não haver comprometimento da forma das arcadas dentárias é por volta dos 4 anos de idade⁴⁶. Até esta idade, não se verificam grandes deformidades buco-faciais causadas por HSNN. E se o hábito for removido nessa época, na maior parte das vezes, o crescimento ósseo se processa de maneira normal, ocorrendo “auto-correção” da maloclusão^{47,48,49}.

Por volta dos 3 e 4 anos de idade, temos a idade anatômica de remoção do hábito, quando a criança tem uma maior capacidade de compreensão e maturidade para poder estar motivada a cooperar com o tratamento. A aceitação da criança ao tratamento é fundamental para o sucesso do mesmo, prevenindo ou minimizando as possíveis conseqüências²⁰. O sucesso na eliminação do hábito de sucção está na motivação da criança e quando isso ocorre as chances de sucesso são de 90%⁵⁰. Se houver persistência do hábito após essa idade, o profissional deve então intervir, pois o hábito passa a prejudicar a dentição permanentemente com conseqüências irreversíveis.

Finalmente uma terceira idade, ou idade emocional consistiria na remoção do hábito somente quando a criança estivesse preparada psicologicamente para deixá-lo, a partir dos 5 anos de idade. O hábito de sucção não deve ser tratado até que seus riscos potenciais ultrapassem os potenciais benefícios, o que raramente ocorre antes dos 4 anos de idade⁴¹. Adequados desenvolvimento cognitivo e emocional são considerações cruciais para determinar o tempo correto para iniciar um programa de eliminação do hábito.

A maioria das crianças de 5 anos de idade alcançam certa razão e estão intelectual e emocionalmente prontos, facilitando uma comunicação efetiva, compreensão, motivação, cooperação e controle próprio.

Em alguns casos o tratamento pode não ser indicado mesmo após os 4 anos de idade. Se esse hábito não for tão freqüente ou quando ele tem uma função importante o bastante para ultrapassar os riscos potenciais. Se por exemplo uma criança passa por uma perda substancial (parente, amigo ou animal), ela pode adotar o hábito de sucção como estratégia de adaptação temporária⁵¹. Cada criança que é considerada para tratamento de remoção de hábito deveria ser avaliada para possíveis conseqüências negativas nas perspectivas de desenvolvimento social e ortodôntico. A idade da criança e a severidade do hábito, a preocupação e motivação da criança e cuidadores, o impacto no desenvolvimento dentofacial, e implicações psicológicas deveriam ser levadas em consideração antes de aplicar-se o tratamento de remoção de hábito. Caso não haja intervenção direta na remoção do hábito de sucção durante certo período, os pais ou cuidadores são aconselhados a ignorar o hábito⁴².

Com o aumento da idade aumenta também a vontade e disponibilidade da criança em colaborar com o tratamento⁵². Existem diferentes técnicas largamente aceitas e utilizadas na clínica para a remoção de HSNN. Independentemente da técnica a ser utilizada, o profissional deve ter sempre em mente que para que qualquer intervenção dê resultado, é necessário que a criança queira abandonar o hábito. A imposição de métodos de tratamento ou colocação de dispositivos mecânicos sem a aceitação da criança irá provocar um desajuste psicológico de grandes dimensões, causando danos irreversíveis à sua personalidade³³. O uso de métodos punitivos como o uso de esmaltes com gosto ruim, ridicularização da criança, negação de privilégios e humilhação não são eficazes e só causam frustração. Os métodos “negativos” de remoção do hábito só estimulam a criança a desejar mais ainda sucção^{42,14}.

O primeiro passo é ajudar a criança a “tomar propriedade” do hábito, capacitando-a a assumir responsabilidade por ele, o que a permite ter o poder de livrar-se dele, se for de sua vontade¹⁵. Mostra-se a criança que ninguém pode decidir por ela, ou seja, que ela tem total responsabilidade pelos seus atos, o que lhe dá a opção de desistir do tratamento se realmente quiser, partindo-se então para a motivação⁵⁵.

Tanto o profissional como os pais têm papéis fundamentais nesta tarefa: o profissional deve atuar na motivação da criança por meio de slides, modelos ou fotos de dentes bonitos e feios para tentar se explicar à criança quais as conseqüências de seus hábitos. Deve-se falar sempre numa linguagem acessível e positiva à criança, de forma que ela compreenda o que lhe está sendo pedido.

A participação dos pais é muito importante, em casa reforçando tudo o que for dito pelo profissional no consultório, de maneira que todos utilizem a mesma linguagem. É importante uma atitude positiva em relação às realizações dos filhos, pois pais ansiosos acabam intensificando o hábito da criança⁵³. É instruído aos pais que comemorem positivamente com a criança a cada meta atingida, mas que não haja repreensão caso a criança não consiga ficar sem o hábito. Com isso pretende-se motivar a criança sempre com estímulos positivos. Deve-se estabelecer metas específicas e cada vez que a criança conseguir alcançá-la,

deve ser recompensada pelos pais ou pelo profissional que a acompanha. A aparatologia ortodôntica também pode ser utilizada para o auxílio da remoção do hábito, com grades linguais que atuam como barreiras para a introdução do dedo ou da chupeta na cavidade bucal. No entanto a criança já deve estar definitivamente motivada quando se opta pelo uso desta aparatologia, senão há fracasso do tratamento quando a criança se nega a usar aparelho³.

É necessário o retorno periódico do paciente ao consultório para avaliação e motivação, mantendo-se o contato com a criança.

Existem alguns métodos de remoção do hábito descritos na literatura, semelhantes ao proposto neste trabalho. Eles dão ênfase na necessidade da motivação da criança para a remoção do hábito de sucção e falam do uso da tabela calendário para acompanhar o progresso da criança^{50,21}.

2. Proposição

A proposta deste trabalho é apresentar um método de motivação usado para remoção de HSNN, apresentado à criança de maneira lúdica, na forma de um jogo.

3. Material e Método

A tabela-calendário abaixo foi usada como método motivacional na forma de um jogo:

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domíngo
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							
Semana 5							

Regras do jogo:

- A cada dia sem a presença do hábito, o cuidador deverá desenhar uma estrela no quadrado correspondente. Na presença do HSNN, o quadrado é preenchido com um “X”.

- Na quinta estrela consecutiva a criança tem direito a um prêmio. A premiação pode ser de qualquer espécie e é interessante que a criança não a determine, mas que os pais façam “surpresa”.
- Após a tabela ser toda preenchida, se houver ao menos 15 dias sem o hábito a criança ganha um prêmio especial.
- Nas tabelas seguintes as metas devem ir aumentando até que o hábito seja cessado.

Instruções para os cirurgiões dentistas:

- Dizer à criança que a compreende, e realmente compreender, é muito importante. As críticas que muitos profissionais fazem não ajudam a criar um clima de empatia com a criança. O adulto deve entender que há um motivo para o hábito estar perdurando e não julgar de forma negativa a criança que tem um HSNN.
- A primeira coisa a fazer é CONVIDAR a criança a jogar. O profissional deve perguntar se ele pode tentar ajudar a criança a abandonar o hábito.
- Se ela não quiser jogar, o melhor é não insistir nesse momento. Aguardar a próxima oportunidade para fazer um novo convite é o mais sensato.

Instruções para os cuidadores:

- Recomendamos que os prêmios sejam de baixo valor, com sugestões de incluir na premiação passeios familiares.
- Os prêmios devem ser dados exatamente nos dias estabelecidos, para que a criança não fique desestimulada e frustrada com a falta de comprometimento dos cuidadores para com o seu esforço.
- As regras devem ser cumpridas. Caso a criança volte o hábito, nem que seja por período mínimo no dia, NÃO deve ganhar, em nenhuma hipótese, a estrela. O não cumprimento das regras pelos cuidadores passa para a criança uma impressão de “sabotagem” ao jogo, e ela própria passa a não levar mais a sério.
- A compreensão com os insucessos é muito importante nesse processo. Caso a criança volte o hábito em

algum momento, os cuidadores NÃO podem brigar ou desmotivar, mas dizer para a criança que entende a dificuldade dela em abandonar um hábito antigo, mas estimulá-la a continuar a tentar.

- Toda estrela que a criança ganhar deve ser motivo de comentários na família e felicitações das pessoas adultas próximas à criança. Ao passo que o “X” não deve ser comentado. O reforço positivo é muito importante.
- Após o abandono do hábito, os cuidadores devem então pedir para a criança telefonar para o profissional que a acompanha, e este irá felicitá-la. Esse contato é extremamente importante para “fechar o ciclo”, como um ritual final do processo de abandono do HSNN.

4. Relato de Caso

Paciente T.L.G., gênero feminino, 8 anos de idade com saúde bucal e geral boas. Segundo relato da mãe, a paciente se mostrava muito ansiosa, com o hábito de morder objetos em momentos de tensão, além do hábito de sucção digital tanto em casa (dormir, assistir televisão) como brincando com outras crianças. Devido ao HSNN a paciente apresentava mordida aberta anterior.

A paciente mostrou desde o início vontade de abandonar o hábito, mas não o conseguia sozinha. Segundo descrição da mãe a paciente possuía o hábito de sucção digital desde a época intra-uterina² e foi amamentada por um período de 10 meses.

Foi proposta para a criança a possibilidade de participar do jogo como um auxílio para que a mesma abandonasse o hábito, que foi prontamente aceita.

O fator que nos trouxe maior problema em relação à motivação neste caso clínico, foi o fato de a mãe não ser muito colaborativa, que desde o início demonstrou-se uma pessoa muito ansiosa e incrédula com o sucesso do tratamento proposto. Foi reforçado à mãe a necessidade de ter um comportamento mais positivo em relação à tentativa da filha em vez de ridicularizá-la e desencorajá-la, e de tentar não transmitir sua ansiedade para a criança^{41,44,53}.

Durante três meses seguidos foi usado o método da tabela-calendário, cujas regras para preenchimento foram as citadas no método. A evolução dos calendários foi a seguinte:

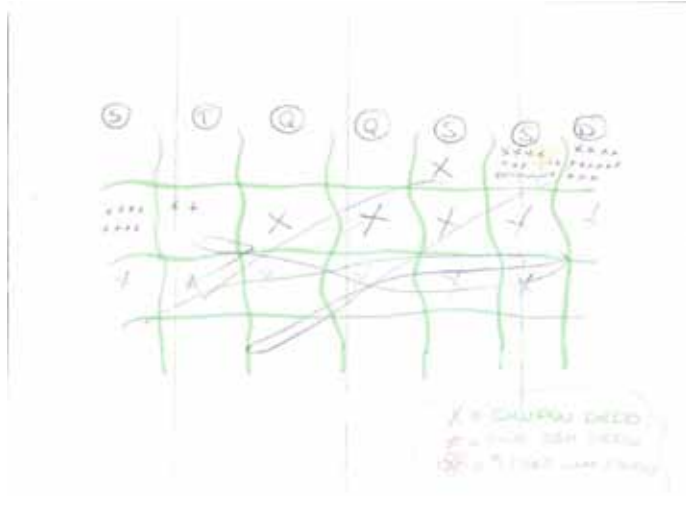


Figura 1 - Calendário do primeiro mês de uso da técnica.

APRIL	SEG	TERÇA	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM.
Semana 1			*	*	X	*	X □
Semana 2	X	X	*	*	*	*	✓
Semana 3	*	*	*	X	X	X	X
Semana 4	□	*	*	X	X	□	*
Semana 5	*	*	*	□	X	X	X

→ 4 dias de sucesso
0 dias de sucesso

Figura 2 - Calendário do segundo mês de uso da técnica.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Semana 1						*	*
Semana 2	*	*	*	*	*	*	*
Semana 3	*	*	*	*	*	*	*
Semana 4	*	*	*	*	*	*	*
Semana 5	*	*	*	*	*	*	*

Figura 3 - Calendário do terceiro mês de uso da técnica.

Podemos observar uma evolução na descontinuação do hábito através do preenchimento das tabelas acima mostradas.

O abandono do hábito ocorreu gradualmente como pode-se observar pelo preenchimento das tabelas-calendário. No primeiro mês, através da tabela-calendário, observa-se que a paciente não conseguiu passar um único dia sem o HSNN, e por frustração rabiscou todo o calendário, além de não trazê-lo na consulta de retorno. Após conversar com a mãe, descobrimos que a paciente havia proibido a mãe de trazer o calendário por vergonha. Foi neste momento que se percebeu a resistência da mãe ao tratamento, e desestímulo da mesma para com a criança, pois a mãe usava o calendário mais como um método punitivo do que motivacional. Pedimos então para que a mãe adquirisse uma atitude mais positiva com a filha, dando ênfase no reforço positivo, parabenizando a filha quando não houvesse o HSNN, e compreendendo quando este ocorresse.

No segundo mês de preenchimento da tabela percebe-se um melhor progresso da paciente, mas ainda há uma atitude negativa da mãe que chegou a escrever no calendário da filha, qualificando o esforço dela como “pouco”, em vez de parabenizá-la pelos dias sem o HSNN, como a havíamos instruído.

No terceiro mês de calendário, observa-se a descontinuidade do HSNN, com apenas um dia de sucção, e com a tabela-calendário cheia de flores e adesivos.

Normalmente o hábito terá cessado quando a criança tiver sucesso por uma semana²¹. Neste caso clínico a descontinuidade do hábito só foi observada no terceiro mês do uso da tabela-calendário. No primeiro mês a paciente não conseguiu ficar um único dia sem o hábito. No segundo mês observou-se que ela ficou por no máximo quatro dias sem o hábito. No terceiro mês houve então sucesso na descontinuidade do HSNN havendo apenas um dia de sucção.

Após observada a descontinuidade quase que total do HSNN, foi então instituído o tratamento da oclusopatia instalada em decorrência do HSNN.

5. Discussão

Existem alguns métodos de remoção do hábito descritos na literatura, semelhantes ao proposto neste trabalho. O sucesso da remoção do hábito está diretamente ligado à motivação da criança assim sendo a tabela-calendário uma maneira lúdica de convencer a criança a sentir motivada. A cada dia o cuidador deve marcar na tabela a recompensa condizente com o que ocorreu durante o decorrer do período (um "X", uma estrela, uma carinha feliz, etc.), ou seja, dependendo se houve ou não sucção durante a noite. O hábito pode ser considerado como abandonado quando a criança consegue permanecer dez dias consecutivos sem praticá-lo. Os pais devem então pedir para a criança telefonar então para o profissional que a acompanha, e este irá felicitá-la. A criança também decide com os pais, um presente especial que eles possam lhe dar quando o hábito for eliminado com sucesso.

Sabendo-se da importância da motivação e da aceitação da criança no processo de remoção do HSNN, e com base nestas informações, o método apresentado mostra-se de grande eficácia, além de lúdico, pois por ser apresentado à criança como um joguinho, leva a maior aceitação da mesma ao tratamento, além de motivá-la. O processo de remoção do HSNN torna-se então mais divertido, além de estimulá-la não só a "vencer" o hábito, mas de também "vencer" o jogo. O uso de desenhos ou colagem de adesivos na tabela deve ser incentivada, para que haja uma maior diversão para a criança no processo de preenchimento da tabela, sendo que isto servirá como mais um fator estimulante no processo de remoção do HSNN. É muito importante também que as premiações sejam determinadas por pais e profissionais de acordo com suas possibilidades, e estas premiações devem ser rigorosamente cumpridas, em suas devidas datas, para que não haja ansiedade e frustração por parte da criança, o que pode intensificar a vontade de praticar o ato de sucção.

A paciente apresentava certo grau de severidade quanto à cronicidade de seu HSNN, pois ela o praticava em mais de um ambiente, ou seja, o praticava em casa na presença da família e brincando com outras crianças, e ambos durante dia e noite^{41,42}. Durante o processo inicial de moti-

vação para o abandono do HSNN não foi usado nenhum outro método que interferisse na execução do hábito, nem mesmo o uso de aparelho ortodôntico. Este só foi instalado após a observação de descontinuidade do hábito.

Neste caso clínico a paciente mostrou desde o início vontade de abandonar o hábito, mas não o conseguia sozinha. Segundo descrição da mãe a paciente possuía o hábito de sucção digital desde a época intra-uterina² e foi amamentada por um período de 10 meses segundo relato da mãe, contrariando alguns trabalhos que afirmam que a amamentação no peito de aproximadamente 6 meses diminuem a possibilidade de a criança desenvolver HSNN^{32,33,34}. Foi feita uma motivação inicial através de uma conversa com a paciente mostrando a ela sua real situação com o auxílio de um espelho, questionando-a se sua oclusão era bonita ou não e explicando-a como ficaria após o tratamento. O fator que nos trouxe maior problema em relação à motivação neste caso clínico, foi o fato de a mãe não ser muito colaborativa, ou seja, a mãe desde o início demonstrou-se ansiosa e incrédula com o sucesso do tratamento proposto. Isto nos trouxe certa dificuldade no andamento do processo de remoção do HSNN, reafirmando o fato de que a cooperação da família diminuiria a dificuldade do tratamento⁴⁴. A mãe foi então instruída a ter um comportamento mais positivo em relação ao hábito da filha em vez de ridicularizá-la e desencorajá-la, e de tentar não passar sua ansiedade para a filha, pois como já foi dito anteriormente, pais ansiosos acabam intensificando o hábito da criança^{42,14,53}, assim como a supervalorização do problema pode levar a uma exacerbação do hábito^{54,41}.

O hábito terá cessado quando a criança tiver sucesso por uma semana²¹. Neste caso clínico a descontinuidade do hábito só foi observada no terceiro mês do uso da tabela-calendário devido aos contratemplos citados acima. No primeiro mês a paciente não conseguiu ficar um único dia sem o hábito. No segundo mês observou-se que ela ficou por no máximo quatro dias sem o hábito. Apenas no terceiro mês houve então sucesso na descontinuidade do HSNN havendo apenas um dia de sucção. A demora em ocorrer o abandono pode ser justificado pela idade da criança, que apresentava um hábito com alta frequência (durante a vigília e o sono) e duração (8 anos) e pela não aderência da cuidadora ao programa proposto pelos profissionais.

6. Conclusão

O uso do método cognitivo comportamental em forma de jogo mostrou-se eficaz no tratamento de criança que apresentava HSNM com alta frequência e duração.

7. Referências Bibliográficas

- Peterson Jr., J.E.; Schneider, P.E. – Oral habits a behavioral approach. *Pediatric Clin North Am*, v.38, n.1, p.1289-3007, oct., 1991.
- Ross, S; Fisher, A.E; King, D. - Sucking behavior: a review of the literature. *J. Gynecol Psychol*, v.91, p.63-81, 1957.
- Cunha, R.T.; Leber P.M.; Schalka M.M.S.; Corrêa M.S.N.P. – Hábitos Buciais. In: *Odontopediatria na primeira infância*, 1 ed. São Paulo: Santos., cap.XLII, p.683-701, 1998.
- Sies, M.L.; Carvalho, M.P. – Uma visão fonoaudiológica em Odontopediatria. In Corrêa, M.S.N.P. *Odontologia na Primeira infância*. 1ed. São Paulo: Santos, p.39-53, 1998.
- Subtelny, J.D.; Subtelny, J.D.; Oral Habits: Studies in form, function, and therapy. *The Angle Orthod*, v.43, n.4, p.347-83, oct. 1973.
- Larsson, E.F.; Dahlin, K.G. – The prevalent and etiology of the initial dummy- and finger- sucking habit. *American J of Orthod*. V.87, p.432-35, 1985.
- Oliveira, P.M.L.C. - Estudo da prevalência, características e fatores relacionados à resistência dos hábitos de sucção não nutritiva em crianças de 5 a 9 anos de idade. São Paulo. Dissertação de Doutorado. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2002.
- Kellum G.D., Gross A.M., Hale S.T., Eiland S., Williams C. Thumbsucking as related to placement and acoustic aspects of /s, z/ and lingual rest postures. *Int J Orofacial Myology*; Nov; n.20; p.4-9; 1994.
- Gellin, M.E. – Digital sucking and tongue thrusting in children. *Dent. Clin North Am*, v.22, p.603-19, 1978.
- Milkman H.B. And Sudenwith S.G. *Craving for Ecstasy*, Lexington, Massachusetts, Toronto: Lexington Books, XIII; 1987.
- Hughes J., Smith T.W., Kosterlitz H.W., Fothergill L.A., Morgan B.A. And Morris H.R. Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opiate agonist activity. *Nature*, 258 (5536): 577-79; 1975.
- Warren Jj, Bishara Se, Steinbock Kl, Yonezu T, Nowak Aj. Effects of oral habit's duration on dental characteristics in the primary dentition. *J Am Dent Assoc.*; 132:1685-1693, 2001.
- Barret Rh And Hanson Ml. *Oral Myofunctional Disorders*, (2nd edition) St. Louis: C. V. Mosby; 1978.
- Illingworth, R.S. - *The normal child*. New York, N.Y.: Churchill Livingstone Inc. (1987).
- Van Norman, A. R.; C.O.M. – Digit Sucking: A review of literature, clinical observations and treatment recommendations. *Int J Orofac Myology*, v.23, p. 14-34, 1997.
- Freud, S. – *Three contributions to the theory of sex*. 4th ed. New York: Nervous and mental Disease Publishing, 1938.
- Ozturk, M.; Ozturk, O.M. – Thumb sucking and falling asleep. *British J of Medic Psychol*, v.50, p.95-103, 1977.
- Lester, M.; Baer, P. N. – The thumb, the pacifier, the erupting tooth and a beautiful smile. *J Pedodont*. v. 11, p. 113-119, 1987.
- Marchesan, I.Q., Gomes, I.C.D., ZORZI, J.L. – Tópicos em fonoaudiologia. São Paulo: Lovise, 1996: 619.
- Colleti, J.M.; Bartholomeu, J.A.L.- Hábitos nocivos de sucção de dedo e/ou chupeta: Etiologia e remoção do hábito. *JBP*, v.1, n.3, 1998.
- Corrêa, M.N.P.; Nassif, C.S.; Leber, P.M. – Aspectos psicológicos dos hábitos de sucção não-nutritiva. In: *Sucesso no atendimento Odontopediátrico; Aspectos Psicológicos*, 1 ed. São Paulo: Santos., cap.44, p.495-504, 2002.
- FINN, S.B. – *Odontologia Pediátrica*. 4.ed. México: Interamericana. cap.7 p.326-38, 1976.
- Labbock Mh, Hendershot Ge. Does breast-feeding

- protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. *Am J Prev Med* 1987; 3:227-32.
24. Barreto, E.P.R.; Faria, M.M.G.; Castro, P.R.S. – Hábitos bucais de sucção não-nutritiva, dedo e chupeta: abordagem multidisciplinar. *J Bras Odontoped Odontol Bebê*. V.6, p.42-8, 2003.
25. Praetzel, J.R.; Saldanha, M.J.Q.; Pereira, J.E.S.; Guimarães, M.B. – Relação entre o tipo de aleitamento e o uso da chupeta. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* v.5, n.25, p. 235-240, 2002.
26. Zardetto, C.G.D.C. – Avaliação dos arcos dentais e das estruturas miofuncionais orais em função do uso e tipo de chupeta, em crianças com dentição decídua completa, 198 p. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
27. Caglar E, Larsson E, Andersson Em, Hauge Ms, Ogaard B, Bishara S, Warren J, Noda T, Dolci Gs. Feeding artificial sucking habits and malocclusions in 3-year-old girls in different regions of the world. *J Dent Child* 2005; 72(1):25-30.
28. Page D.D.S. Breastfeeding is early functional jaw orthopedics (An Introduction); *Function Orthod*; v.18, n.3, p. 24-27; 2001.
29. Larsson E. Sucking, Chewing, and Feeding Habits and the Development of Crossbite: A Longitudinal Study of Girls from Birth to 3 years Age. *Angle Orthod*; v.71, n.2, p. 116-119; 2001.
30. Leite, I.C.G.; Rodrigues, C.C.; Faria, A.R.; Medeiros, G.V.; Pires, L.A. – Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. *Ver Assoc Paul Cir Dent*, v.53, p.151-5, 1999.
31. Zuanon, A.C.C.; Oliveira, M.F.; Giro, E.M.A.; Maia, J.P. – Influência da amamentação natural no desenvolvimento dos hábitos bucais. *J Bras Odontopediatr Odoyol Bebê* v.2, n.8 p.303-6, 1999.
32. Finochi, L.L. – Breast feeding, bottle feeding and their impacto n oral habits. A review of literature. *D. Hyg. V.* 56, n. 11, p. 21-25, Nov. 1982.
33. Coeli, B.M.; Toledo, O.A. Hábitos bucais de sucção: Aspectos relacionados com a etiologia e o tratamento. *Ver Odontoped*, v.3, n.1, p.43-51, jan./mar., 1994.
34. Serra-Negra Jmc, Pordeus Ia, Rocha Jr Jf. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusão. *Ver Odontol Univ São Paulo* 1997; 11(2):79-86.
35. Larsson E. Breast-feeding, sucking and the sucking urge: their development and their influence on the developing dentition. Bishara S, ed. *Monograph Tryckeriet. Mariestad, Sweden: Regionens Hus*; 1999.
36. Warren Jj, Bishara Se. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthod*;121(4):347-356, 2002.
37. Vellini-Ferreira F., Monteiro E.B. – Aspectos psicológicos do tratamento ortodôntico. *Rev Fac Odont. F.Z.L.* v.1, p. 21-28, jan./jun. 1989.
38. Shoaf H.K. – Prevalence and duration of thumbsucking in breast-fed and bottle-fed children. *J Dent Child*. V.46, n.2, p. 126-129, mar./abr./jun. 1982.
39. Freud, S.- Obras completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro, Imago, 1987. FRIMAN, P.C.; LEIBOWITZ, M. An effective and acceptable treatment alternative for chronic thumb-and finger sucking. *J Ped Psychol*, v.15, n.1, p.57-65, 1990.
40. Massler, M. – Oral habits: development and management. *J Periodont*, Boston, v.7, n.2, p.109-119, Winter, 1983.
41. Friman P.C, Schmitt, D.B.- Thumb-sucking: Pediatricians Guidelines. *Clin Pediatr* 28:438-440, October 1989.
42. Umberger, F.G.; Van-Reenen, J.S. – Thumb sucking management: A review. *Int J of Orofac Myology*, v.21, p.41-47, Nov, 1995.
43. Proffit, W.R. – On the etiology of malocclusion. *Br J Orthod*, London, v.13, n.1, p.1-11, Jan, 1986.
44. Johnson Ed And Larsson Be. Thumb-sucking: Classifi-

- cation and treatment. *Journal of Dentistry for Children*, 60(4):392-398;1993.
45. Winnicott, D. W. – *A criança e seu mundo*. 6º Ed. Rio de Janeiro: LTC, 270 p., 1982.
 46. Wright L, Schaefer Ab, Solomons G. *Encyclopedia of Pediatric Psychology*. Baltimore: University Park Press; 1979.
 47. Junqueira, P. – *Amamentação, Hábitos Oraís e Mastigação: orientações, cuidados e dicas*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999: 26.
 48. Oliveira, P.M.L.C. – *Prevalência da mordida aberta anterior em crianças na faixa etária de 3-6 anos*. São Paulo. 57 p. Dissertação (mestrado)- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 1995.
 49. Hanson, M.L.; Barret, R.H. – *Fundamentos de Miologia Orofacial*. Rio de Janeiro: Enelivros. 1995: 378.
 50. Pierce, B. R.; Mat; Ccc-Sp; Com. - Program to eliminate Thumb (or finger) sucking. *Int J of Orof Myology*, v.20, p.52-53, Nov, 1994.
 51. Klein Et. The thumb sucking habit: Meaningful or empty? *American J of Orthod*; 59:283-289; 1971.
 52. Rabello, M.C.V.B.; Bauselis, J.; Benfatti, S.V.; Percinoto, C. – *Hábitos de sucção em crianças do município de Marília, SP*. *Revista Ciências Biológicas*. 3:59-64, 2000.
 53. Macdonald R.E., Avery D.R. – *Odontopediatria*. 4ª Ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 483-493, 1986.
 54. Modesto, A., Camargo, M.C.F. – *Chupeta: bandida ou mocinha?* *J. Assoc. Paul Cir Dent*, v.32, p.29, 1998.
 55. Aguiar, K.F.; Patussi, E.G.; Areal, R.; Bosco, V.L. – *Remoção de hábitos de sucção não nutritiva: Integração da odontopediatria, psicologia e família*. *Arquivos em Odontologia*, Belo Horizonte, v.41, n.4, p.273-368, out./dez 2005.
 56. Charchut Sw, Allred En, Needleman HI. The effects of infant feeding patterns on the occlusion of the primary dentition. *J Dent Child* 2003;70(3):197-203.
 57. Popovich, F.; Thompson, G. W. – *Thumb and finger-sucking: Its relation to malocclusion*. *Am J Orthod, St. Louis*, v.63, n.2, p.148-55, Feb, 1973.
 58. Souza Frn, Taveira Gs, Almeida Rvd, Padilha Wwn. *O aleitamento materno e sua relação com hábitos deletérios e maloclusão dentária*. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2004; (3):211-216.
 59. Vigianno 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):1121-1123.
 60. Chevitarese A.B., Della Valle D., Moreira T.C. Prevalence of malocclusion in 4-6 year old Brazilian children. *J Clin Pediatr Dent*. Fall; v.27, n.1, p.81-5; 2002.
 61. Ogaard B, Larsson E, Lindsten R. The effect of oral habits of sucking habits, cohort, sex, intercanine arch widths, and breast or bottle feeding on posterior cross-bite in Norwegian and Swedish 3-year-old children. *Am J Orthod Dentofacial Ortop* 1994;106(2):161-166.