



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

## HÁBITOS EM ODONTOPEDIATRIA: O USO DE CHUPETA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por: Maria Beatriz dos Santos Vilaça

Viseu, 2017



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

## HÁBITOS EM ODONTOPEDIATRIA: O USO DE CHUPETA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por: Maria Beatriz dos Santos Vilaça

Orientador: Professora Doutora Andreia Sofia de Paiva Figueiredo  
Coorientador: Professora Doutora Mariana Pinheiro Torres Seabra

Viseu, 2017

“Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui. Sê todo em cada coisa. Põe tudo quanto és no mínimo que fazes.”

Ricardo Reis, 14 de Fevereiro de 1933

*Dedico esta tese aos meus pais, porque por eles e para eles serei sempre  
mais do que alguma vez sonharei conseguir vir a ser.*

*A vós, POR TUDO*

## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo, pela disponibilidade com que aceitou a orientação desta monografia; pela sua dedicação, compreensão, apoio e persistência, no decurso deste processo.

À minha coorientadora, Professora Doutora Mariana Seabra, pelo conhecimento e curiosidade que acalentou a motivação para este estudo.

O meu melhor reconhecimento dirige-se também para todos os profissionais de saúde da USF Rio Dão, pela disponibilidade, cooperação e amabilidade com que me permitiram efetuar a recolha de dados.

Agradeço igualmente aos responsáveis pelas crianças que da minha amostra fizeram parte, pela compreensão, cooperação e disponibilidade que revelaram ao participar neste estudo.

À minha binómia, Ana Carolina Baptista, pela amizade incondicional e pelo espírito de entreajuda e companheirismo que sempre nos uniu ao longo deste desafio.

À família da Carolina, com especial agradecimento à Dona Cristina e à Dona Laidinha, pelo carinho e amabilidade com que me acolheram e pelo espírito positivo e confiante que colocaram em cada gesto e palavras que proferiram.

À Paulinha, pelo amor e ternura que coloca em todas as palavras de alento, pela disponibilidade e amizade.

Aos pais do Fábio, particularmente à Dona Gina, pelas palavras reconfortantes, pela amizade e apoio incondicional e por ser cobaia sem temer, um sincero muito obrigado.

Ao meu amor, melhor amigo e confidente, Fábio Pereira, pela compreensão diária, apoio incondicional, por acreditar no meu sucesso e transpô-lo em todas as atitudes que toma. Por ser, sem dúvida, um dos pilares mais importantes na minha vida e fazer jus do que é, um eterno obrigado.

Aos meus avós maternos, segundos pais, os alicerces da minha vida, por serem o espelho de que o esforço e a força de vontade comanda o sonho, pelos gestos enternecidos que apaziguaram as horas de maior ansiedade. Por serem os meus avós e, para além disso, por serem um exemplo do que o ser humano consegue alcançar, que do pouco se pode fazer muito, não só para nós próprios, mas também para os outros.

À minha tia e madrinha, Dóris Santos, pela preocupação constante, ajuda, carinho, amor e dedicação que sempre tem para comigo. Pelo alento nos momentos de desânimo e descrença, muito obrigado minha madrinha do coração!

A toda a minha família, tios e primos que, perto ou longe, contribuíram com alento para que fosse perseverante e enfrentasse todas as adversidades inerentes a este curto, mas árduo percurso.

Aos meus avós paternos, que me ensinaram que a única verdadeira adversidade na vida é aquela para a qual não temos solução. Por serem um motivo de inspiração, por não estarem presentes, mas permitirem que o passado abrace o meu coração com memórias enternecedoras, quase tão calorosas como as palavras que me diriam nos momentos em que desistir se tornou hipótese, mas que também por eles, nunca desisti.

Aos meus pais, meus orientadores, na vida social e académica, pela persistência e afínco com que se envolveram para que este projeto se tornasse realmente um produto acabado, pelo espírito crítico e pela orientação constante. À minha mamica e ao meu paizão, obrigada por TUDO!

## Resumo

**Introdução:** Durante a infância, as crianças podem adotar hábitos não nutritivos que, a longo prazo, poderão resultar no desenvolvimento de maloclusões, como a mordida aberta e a mordida cruzada.

**Objetivos:** Avaliar a existência atual ou anterior de hábitos de sucção não nutritivos em crianças dos 0-6 anos, duração e intensidade dos mesmos; identificar fatores que predis põem o uso da chupeta; perceber se as habilitações literárias e o local de residência dos inquiridos estão relacionados com as atitudes e preconceitos que têm face ao uso da chupeta; verificar qual o tipo de má-oclusão com maior incidência no grupo de estudo.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo epidemiológico observacional, descritivo e transversal, tendo-se recorrido a uma amostra de conveniência, na qual foi obtido o maior número possível de crianças dos 0 aos 6 anos de idade, que frequentassem a consulta de saúde infantil da USF Rio Dão, Santa Comba Dão – Viseu, entre Outubro de 2016 e Fevereiro de 2017. Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário ao responsável por cada criança e do registo fotográfico intra-oral e da chupeta, caso a criança fosse portadora de chupeta e/ou apresentasse algum tipo de alteração vertical/transversal.

**Resultados/Conclusões:** A amostra foi constituída por 111 crianças, das quais 77,5% usa/usou chupeta, sendo que mais de metade manteve o hábito mais de 2 anos. O uso da chupeta ocorre, maioritariamente, em situações de stress/choro e para induzir o sono. Apenas 17,0% das crianças efetuavam sucção digital, 14,4% succionavam a língua e 13,5% efetuavam sucção labial. Adultos que residem numa aldeia/vila e/ou têm menos habilitações literárias tendem a possuir preconceitos incorretos e a tomar atitudes desadequadas no que diz respeito aos fatores inerentes ao uso da chupeta. O ambiente em que a criança está inserida e o tempo que foi amamentada demonstraram-se significativamente relacionados com o facto da criança usar chupeta. A mordida aberta anterior foi a maloclusão com maior incidência no grupo de estudo.

**Palavras-chave:** amamentação; hábitos de sucção não nutritivos; chupeta; mordida aberta; mordida cruzada.

## Abstract

**Introduction:** During childhood, children can adopt non-nutritive habits that, in the long run, may result in the development of malocclusions, such as open bite and crossbite.

**Aim:** Evaluate the current or previous existence of non-nutritive sucking habits in children 0-6 years, duration and intensity of the same; Identify predisposal factors for pacifier use; examine if respondents' qualifications and place of residence are related to the attitudes and prejudgment that they have to the use of the pacifier; verify the type of malocclusion with higher incidence in the study group;

**Material and methods:** An epidemiologic observational, descriptive and cross-sectional study was carried out, and a convenience sample was drawn, in which the largest possible number of children from up to 6 years old were obtained, attending the USF Rio Dão, Santa Comba Dão - Viseu, between Oct' 016 and Feb' 017. Data were collected by applying a survey to the each child's responsible and an intra-oral and pacifier photographic record was made, if a child was carrying the pacifier and/or presented some type of vertical / transverse alteration.

**Results / Conclusions:** The sample consisted of 111 children, of whom 77.5% use/used a pacifier, more than half of which kept the habit for more than 2 years. The pacifier's use occurs mainly in situations of stress / crying and to induce sleep. Only 17.0% of the children had finger sucking, 14.4% suctioned in the tongue, 13.5% sucked lip. Adults who reside in a village and / or have less literacy tend to have incorrect prejudgments and to take inappropriate actions regarding the factors inherent of pacifier use. The environment in which the child is inserted and the time that was breastfed have been shown to be significantly related to the fact that the child uses pacifiers. The anterior open bite was the malocclusion with higher incidence in the study group.

**Keywords:** breastfeeding; non-nutritive sucking habits; pacifier; open bite; crossbite.

# Índice

I. Introdução.....	1
1. Revisão de literatura.....	2
1.1 Bebê e Sistema Estomatognático.....	2
1.2 Cronologia de erupção dos dentes decíduos e estabelecimento da oclusão.....	7
1.3 Definição e tipos de hábitos.....	9
1.3.1 Sucção digital.....	9
1.3.2 Sucção labial.....	10
1.3.3 Interposição lingual.....	10
1.3.4 Onicofagia.....	10
1.3.5 Respiração oral.....	11
1.3.6 Deglutição Atípica.....	12
1.3.7 Bruxismo.....	12
1.4 Repercussões dos hábitos orais.....	13
1.4.1 Mordida aberta.....	14
1.4.2 Mordida cruzada.....	15
1.5 Chupetas.....	16
1.5.1 Formato da tetina.....	17
1.5.2 Material da tetina.....	18
1.5.3 Escudo.....	18
2. Objetivos.....	20
2.1 Objetivo geral.....	20
2.2 Objetivos específicos.....	20
III. Material e métodos.....	22
3.1 Tipo de estudo.....	23
3.2 Amostra.....	23
3.3 Procedimentos éticos e legais.....	23
3.4 Recolha de Dados.....	23
3.5 Protocolo e material utilizado.....	24
3.6 Análise estatística.....	26
IV. Resultados.....	27
4.1 Resultados do questionário.....	28
4.1.1 Dados sociométricos.....	28
4.1.1.1 Caracterização do responsável pela criança.....	28
4.1.1.2 Caracterização do bebê/criança.....	28
4.1.2 Caracterização dos hábitos alimentares da criança.....	30
4.1.3 Caracterização das crianças que usavam ou usaram chupeta.....	31
4.1.3.1 Caracterização do hábito de sucção não nutritivo – chupeta.....	33
4.1.3.2 Caracterização do aconselhamento providenciado aos pais na maternidade.....	34

4.1.4	Caracterização dos preconceitos dos pais relativamente aos hábitos de sucção não nutritivos – dedo e chupeta.....	35
4.1.5	Caracterização de outros hábitos não nutritivos.....	36
4.2	Resultados da observação direta.....	37
4.2.1	Caracterização das chupetas.....	37
4.2.2	Caracterização das alterações dentárias nas crianças.....	37
4.2.2.1	Alterações verticais.....	38
4.2.2.2	Alteração transversais.....	38
4.3	Cruzamento de variáveis.....	39
V.	Discussão de resultados.....	47
5.1	Materiais e métodos.....	48
5.2	Resultados do questionário.....	49
5.2.1	Dados sociométricos.....	49
5.2.1.1	Caracterização do responsável pelo bebé/criança.....	49
5.2.1.2	Caracterização do bebé/criança.....	50
5.2.2	Caracterização dos hábitos alimentares da criança.....	50
5.2.3	Caracterização das crianças que usavam ou usaram chupeta.....	52
5.2.3.1	Caracterização do hábito de sucção não nutritivo – chupeta.....	54
5.2.3.2	Caracterização do aconselhamento providenciado aos pais na maternidade.....	54
5.2.4	Caracterização dos preconceitos dos pais relativamente aos hábitos de sucção não nutritivos – dedo e chupeta.....	55
5.2.5	Caracterização de outros hábitos de sucção não nutritivos.....	55
5.3	Resultados da observação direta.....	56
5.3.1	Caracterização das chupetas.....	56
5.3.2	Caracterização das alterações dentárias das crianças.....	56
5.3.2.1	Alterações verticais.....	57
5.3.2.2	Alterações transversais.....	58
5.4	Cruzamento de variáveis.....	58
V.	Conclusões.....	63
	Bibliografia.....	67
	Anexos.....	73

## **I. Introdução**

---

# 1. Revisão de literatura

## 1.1 Bebê e Sistema Estomatognático

A sucção é um reflexo inato do ser humano, imprescindível para a sobrevivência do indivíduo. Trata-se de uma ação neuromuscular que se encontra presente a partir da trigésima segunda semana de gestação, representando a primeira função do sistema estomatognático. (1)

O sistema estomatognático é uma unidade funcional e fisiológica, que integra diversos órgãos e tecidos: esqueleto ósseo (ossos temporais, esfenóide, maxila, mandíbula, hióide, demais ossos cranianos, coluna cervical, base do crânio e articulações (temporomandibular e da coluna vertebral), dentes, periodonto, mucosas (oral, da língua, nasal e faríngea), músculos faciais (bucinador, orbicular dos lábios, zigomáticos, retrator e elevador da comissura labial), músculos da mastigação (temporal, masséter, pterigóideu medial e lateral), músculos da deglutição (músculos do palato, linguais, infra e supra hióideus), músculos faríngeos (constritores da faringe e salpingofaríngeo) e músculos cervicais. É responsável por várias funções vitais como a respiração, mastigação, deglutição e fala. (2,3)

A amamentação revela-se de extrema importância para o desenvolvimento do sistema estomatognático e, conseqüentemente, para o crescimento do crânio e da face, que é submetido ao trabalho dos músculos mastigadores e periorais, do comportamento da língua e da deglutição.(1)

O ato de mamar engloba três mecanismos: procura, sucção e deglutição. Ao ter início com o mecanismo de sucção e com o reflexo de procura, é estimulada a pega correta do mamilo. Isto porque, à estimulação dos lábios ou das bochechas, a criança direciona o movimento da face em função da direção do estímulo, ocorrendo, simultaneamente, abertura da boca e protrusão da língua. (4)

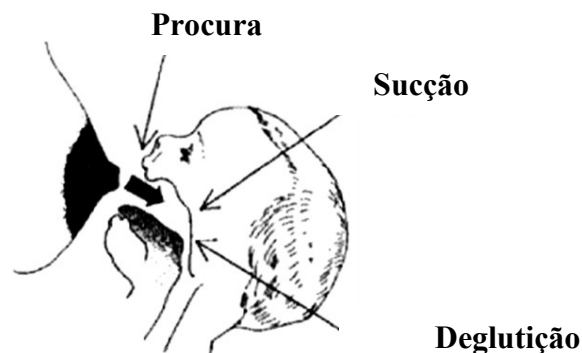


Fig. 1 – Mecanismos da amamentação – Adaptado da OMS/UNICEF

Quando os recetores táteis dos lábios do lactente detetam o mamilo, induzem a contração dos músculos labiais em torno do bico da mama, selando-o hermeticamente. Com a compressão do mamilo, entre o rebordo gengival superior e a ponta da língua, é gerada uma pressão negativa na boca do lactente. Concomitantemente, a mandíbula desce, o mamilo atinge um comprimento três vezes maior, e, por diminuição da pressão intrabucal, ocorre a sucção. Sendo a pressão intrabucal insuficiente para a descida do leite, os ácinos mamários contraem-se e os reflexos de sucção e de aleitamento, independentes e simultâneos, conduzem à sucção do leite materno. O ritmo da deglutição é realizado em ciclos variáveis, levando a que, por vezes, se verifique uma acumulação de leite no dorso da língua que, conseqüentemente, provoca a elevação do palato mole com posterior projeção da úvula na direção da parede posterior da faringe. Desta forma, o leite é direcionado pelas amígdalas palatinas para a faringe inferior, traduzindo-se numa deglutição adequada.(1)

De facto, apesar de, numa fase inicial da vida da criança, os músculos mandibulares se encontrarem dispostos horizontalmente para que seja possível um movimento ântero-posterior eficiente aquando da amamentação, com o desenvolvimento craniofacial, o ângulo modela-se e os músculos verticalizam-se para que, *a posteriori*, o ato mastigatório possa ser executado de forma satisfatória.(5)

Assim, para além de ser um excelente exercício muscular, a amamentação assume-se como uma linha preventiva face a hábitos parafuncionais como a deglutição atípica e a respiração oral, uma vez que obriga o bebé a sincronizar a respiração com a atividade muscular, o que irá ter uma implicação positiva no desenvolvimento do terço médio da

face. É igualmente importante para a fonoaudiologia, na medida em que impulsiona o desenvolvimento da condição neuromuscular das estruturas orais.(1)

O facto de, durante a amamentação, a lactante envolver o bebé para que receba todos os estímulos tátil-sinestésicos necessários para uma sucção eficaz, contribui para o desenvolvimento afetivo entre mãe e filho. Como transmite conforto ao lactente, levará a que o mesmo não necessite de outro meio para atingir essa mesma sensação, eliminando a possibilidade de existência ou dependência excessiva de um hábito de sucção não nutritiva, como a sucção digital ou o uso de chupeta.(5-8)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é aconselhado leite materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida do lactente, podendo ser complementado a partir dessa idade até aos 2 anos de idade. (4)

A razão para tal aconselhamento, deve-se ao facto de o leite materno ser considerado um alimento completo e de fácil digestão, apto para providenciar todos os nutrientes necessários ao correto desenvolvimento e conseqüente crescimento do bebé. Para além disso, previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, diminui a ocorrência de alergias, principalmente às proteínas do leite de vaca e contribui para a boa adaptação dos bebés a outros alimentos. (9)

De acordo com a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), a amamentação ainda reduz o risco de hospitalização por patologias do trato respiratório em 72%, no 1.º ano de vida, assim como também diminui o risco de pneumonia, otite média, diabetes tipo I, com conseqüente redução de cerca de 40% de aparecimento de diabetes tipo II. Está diretamente relacionada com a redução do risco de doença celíaca em cerca de 52%, em crianças que ainda estejam a amamentar quando expostas pela 1.ª vez ao glúten, e com a diminuição do risco de incidência do Síndrome de Morte Súbita Infantil (SMSI) em cerca de 45% para qualquer tipo de amamentação e 73% para aleitamento materno exclusivo.(6,10)

Em casos de impossibilidade de amamentação ou em casos em que o leite materno exclusivo não se revele uma fonte nutritiva suficiente, o leite adaptado é utilizado como substituto do leite materno, ou como complemento.(4)

O aleitamento artificial é efetuado através do biberão pelo que, o mecanismo de sucção das crianças alimentadas com leite artificial difere das que são amamentadas.(1)

Quando a tetina do biberão é introduzida na boca do bebé, a superfície interior dos lábios adere à superfície da base (secção bulbar) da tetina, a qual é mantida firme e totalmente na boca, com a língua posicionada imediatamente abaixo. O palato mole

encontra-se relaxado. Tal como na amamentação, os lábios efetuam o selamento hermético (o que cria pressão negativa) à volta da tetina no início da sucção. No entanto, contrariamente ao que acontece no ato de amamentar, o selamento pode não ser mantido completamente durante todo o processo. A ponta da tetina encontra-se envolvida pela língua tal como as margens laterais desta levantam e circundam ambos os lados da tetina, sem deixar qualquer espaço remanescente entre a língua, as superfícies orais (vestíbulo), palato duro e a própria tetina. A mandíbula eleva-se e comprime a base da tetina enquanto a região anterior da língua se move para cima, o que permite a expressão inicial do leite. Atende-se ao facto da secção geral da tetina ser normalmente um círculo, no entanto, colapsa entre o palato duro e a língua para formar uma elipse.(11)

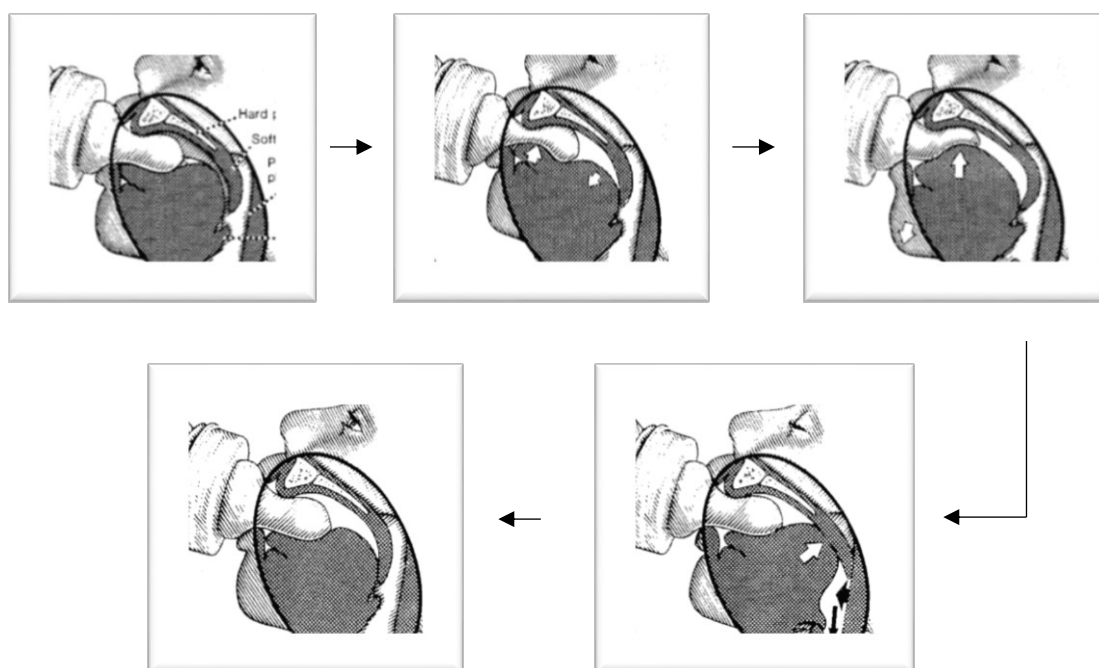


Fig. 2 – Fisiologia da sucção do aleitamento artificial. Adaptado de Weiss 2003(11)

Apesar do mecanismo de sucção do aleitamento ter algumas semelhanças ao mecanismo da amamentação, a estimulação neuromotora do complexo craniofacial exercida é distinta, o que é resultado da diferença do formato e do material do bico da tetina, do fluxo de leite, dos estímulos tátil-sinestéticos, olfativos e visuais que produzem. (5)

É igualmente importante efetuar a comparação entre o mamilo e a tetina do biberão, sem haver sucção. Quando o bebé está a ser amamentado, a língua está estendida mais para a frente e há uma penetração mais profunda do bico da mama. Assim, durante o ciclo

de sucção, a tetina tem uma quantidade reduzida de alongamento quando comparada com o bico da mama, isto é, possui menos elasticidade horizontal. Deste modo, durante a amamentação, o leite que é ejetado da mama é entregue na parte de trás da língua, sendo a deglutição automática ou reflexa. (12)

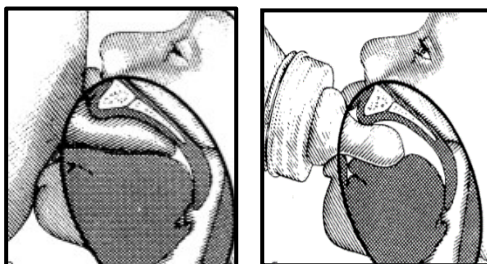


Fig.3 e 4 – Diferença entre a adaptação do mamilo (Fig.3) e da tetina do biberão (Fig.4) quando a criança não está a efetuar o movimento de sucção – Adaptado de Weiss 2003(11)

No quadro 1, é possível consultar outras diferenças entre a amamentação e o aleitamento artificial.

Quadro 1 – Diferenças entre o aleitamento materno e o aleitamento artificial – Adaptado de Casagrande L. et al 2008 (5)

	<b>Aleitamento Materno</b>	<b>Aleitamento Artificial</b>
<b>Veículo</b>	<b>Mama</b>	<b>Biberão</b>
<b>Fatores Nutricionais e Imunológicos</b>	Alimento mais completo; Vitaminas e ferro em quantidade suficiente; Sal, cálcio e fosfatos em quantidades adequadas; Gordura e proteína adequadas ao bebé Lipase: enzima própria para a digestão do leite;	Superalimento; Défice de nutrientes, vitaminas e ferro; Excesso de sal (hipernatrémia), de cálcio e de fósforo (tetania); Gordura (ácidos gordos saturados) e proteína (caseína) inadequadas; Má digestão, porque não contém lipase;
<b>Fator psicológico</b>	Calmante; Contacto íntimo com a mãe; Satisfação das necessidades psicológicas/afetivas da criança;	Falta de relacionamento afeto/psicológico Satisfação nutricional sem satisfação emocional (a qual é conseguida, normalmente, recorrendo ao dedo ou chupeta);
<b>Músculos envolvidos</b>	Pterigóideu lateral e medial, masséter, temporal, digástrico, genio-hióideu, milo-hióideu;	Principalmente os músculos bucinadores; Resultado: Estreitamento da maxila, aprofundamento do palato, alterações oclusais;
<b>Fisiologia Imunológica</b>	Proporciona função gástrica normal; Proteção imunológica – anticorpos maternos;	Sobrecarga das funções gástricas; Debilidade orgânica – sem anticorpos maternos;
<b>Dinâmica muscular e trabalho (esforço)</b>	4 movimentos para succionar o leite: abertura, protrusão, fecho e retrusão; Esforço muscular normal; Estímulos adequados para um crescimento ósseo e muscular normal;	2 movimentos necessários para a sucção: abertura e fecho; Distúrbios miofuncionais da face: respiração bucal, mordida aberta anterior, mordida cruzada (uni ou bilateral), classe II de Angle, sobremordida ou deglutição atípica;

<b>Crescimento ósseo mandibular</b>	Mecanismo de rebaixamento, antero-posteriorização e elevação mandibular durante a sucção;	Mecanismos de abertura e fechamento. Ausência de antero-posteriorização; mandibular adequada – manutenção do retrognatismo fisiológico. Mandíbula com estimulação inadequada para o crescimento;
<b>Sucção</b>	Adequada: lábios bem adaptados, impedindo a entrada de ar; posicionamento adequado da língua; ponto de sucção na junção do palato duro com o mole;	Inadequada: lábios entreabertos, permitindo a entrada de ar e compensar a pressão negativa criada dentro da tetina do biberão; língua hipotônica, mal posturada e flácida;
<b>Fluxo de leite</b>	Lento: criança controla a saída do leite;	Controlado mediante o diâmetro do orifício da tetina;

A partir dos 6 meses de idade a criança requer mais energia, proteínas e outros nutrientes (particularmente ferro e zinco) que não são conseguidos se o bebé for apenas amamentado. Devem começar por ser introduzidos alimentos passados (comidos com colher), seguindo-se uma fase em que os alimentos deixam de ser triturados e passam apenas a ser esmagados, para que a criança tenha mais facilidade em digeri-los.(12)

A exposição a alimentos mais espessos e mais granulados também é importante para a criança desenvolver as capacidades oromotoras mastigatórias, para que consiga comer alimentos com texturas sólidas.(13)

Os movimentos mastigatórios começam a surgir a partir do 7.º mês de vida, ocorrendo movimentos de aproximação e distanciamento da mandíbula em relação à maxila, tornando-se, no entanto, mais eficaz a partir dos 12 meses. Há uma evolução gradual na mastigação, dependente dos padrões de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento do complexo craniofacial, resultando em movimentos precisos e coordenados que são imprescindíveis para a deglutição normal e para a fonoaudiologia. De facto, o sistema estomatognático não tem um desenvolvimento adequado caso a criança seja privada de mastigar.(1)

## **1.2 Cronologia de erupção dos dentes decíduos e estabelecimento da oclusão**

A erupção dentária compreende uma panóplia de movimentos dentários, desde a cripta (local onde tem início o desenvolvimento das estruturas dentárias) até ao aparecimento da coroa dentária no rebordo gengival. No período eruptivo, verifica-se a migração do dente de uma posição intraóssea até adquirir a posição funcional, isto é, até estar em oclusão com os dentes oponentes.(14)

A erupção dentária é influenciada pelo crescimento da glândula pituitária, da tiroide e paratiróide.(15) Também há outros fatores que podem influenciar a erupção dentária, como a etnia, o género, hábitos nutricionais infantis e a presença de doenças sistémicas, como o hipotireoidismo e o hipopituitarismo.(16) O facto da criança ser prematura também pode influenciar a erupção da dentição decídua porque está diretamente relacionada com o desenvolvimento físico da criança, na medida em que, crianças prematuras apresentam um peso mais baixo ao nascimento e têm maior probabilidade de desenvolver doenças sistémicas, o que, conseqüentemente, poderá levar ao atraso da erupção dos primeiros dentes decíduos.(17)

Apesar da cronologia de erupção ainda ser um assunto controverso, as idades-padrão estipuladas para a erupção dos dentes decíduos e dos dentes permanentes encontram-se no quadro 2, o qual está de acordo com McDonald and Avery's.

**Quadro 2 – Cronologia da dentição humana – Adaptado de McDonald and Avery's(15)**

<b>Cronologia da dentição humana</b>				
	<i>Maxilar</i>		<i>Mandibular</i>	
<b>Dentição decídua</b>	<b>Erupção</b>	<b>Raiz completa</b>	<b>Erupção</b>	<b>Raiz completa</b>
Incisivo central	7,5 meses	18 meses	6 meses	18 meses
Incisivo lateral	9 meses	24 meses	7 meses	18 meses
Canino	18 meses	39 meses	16 meses	39 meses
1.º Molar	14 meses	30 meses	12 meses	27 meses
2.º Molar	24 meses	36 meses	20 meses	36 meses
<b>Dentição definitiva</b>				
Incisivo central	7 - 8 anos	10 anos	6 - 7 anos	9 anos
Incisivo lateral	8 - 9 anos	11 anos	7 - 8 anos	10 anos
Canino	11 - 12 anos	13 - 15 anos	9 - 10 anos	12 - 14 anos
1.º Pré-molar	10 - 11 anos	12 - 13 anos	10 - 12 anos	12 - 13 anos
2.º Pré-molar	10 - 12 anos	12 - 14 anos	11 - 12 anos	13 - 14 anos
1.º Molar	6 - 7 anos	9 - 10 anos	6 - 7 anos	9 - 10 anos
2.º Molar	12 - 13 anos	14 - 16 anos	11 - 13 anos	14 - 15 anos
3.º Molar	17 - 21 anos	18 - 25 anos	17 - 21 anos	18 - 25 anos

O tempo de erupção tanto da dentição decídua quanto da permanente pode variar consideravelmente, sendo que uma variação de 6 meses (antecipação ou atraso) deve ser considerada normal.(15)

De acordo com a AAPD, o desenvolvimento da oclusão inclui 4 fases distintas: dentição decídua: início com a erupção do primeiro dente, normalmente, aos 6 meses e completa quando todos os 2.<sup>os</sup> molares decíduos estão erupcionados; dentição mista: desde os 6 anos de idade até, aproximadamente, aos 13 anos; dentição adolescente: já ocorreu a esfoliação de todos os dentes decíduos, os 2.<sup>os</sup> molares permanentes já estão erupcionados ou a erupcionar e os 3.<sup>os</sup> molares ainda não erupcionaram; dentição adulta, quando toda a dentição permanente está presente e o processo eruptivo está completo.(18)

Na oclusão característica da dentição decídua verifica-se a ausência de plano oclusal, isto é, o plano oclusal decíduo é reto, não apresentando curva de Spee e Wilson, pois as articulações temporomandibulares das crianças também são quase planas. (19,20)

### **1.3 Definição e tipos de hábitos**

A exibição inicialmente consciente, e posteriormente automática, de um comportamento, aprendido pela repetição frequente do mesmo ato é designada por hábito. (21)

As crianças podem, durante o seu crescimento, desenvolver hábitos não fisiológicos, isto é, parafuncionais, como os hábitos de sucção não nutritivos - sucção digital e sucção da chupeta (hábito desenvolvido no ponto 1.5), sucção labial, sucção e/ou interposição lingual, onicofagia, respiração oral, bruxismo e deglutição atípica.(22)

#### **1.3.1 Sucção Digital**

A sucção digital tem início ainda na vida intrauterina (a partir do 4.<sup>o</sup> mês de gestação), tendo em conta que, desde muito cedo, o indivíduo tem o propósito de satisfazer a necessidade fisiológica de sucção. No entanto, só pode ser considerada um hábito caso se torne recorrente e perdure por vários meses após o nascimento. (23)

Inicialmente, é considerado um hábito fisiológico, porém, quando persiste, o hábito torna-se parafuncional, afetando o crescimento normal da face e contribuindo para o

aparecimento de maloclusões, cuja severidade depende da duração, frequência e intensidade do hábito.(24)

O prolongamento do hábito está normalmente associado a distúrbios psicológicos e ambientais, como a carência emocional e a necessidade de atenção. Um período de amamentação curto ou inexistente também constitui um fator etiológico do hábito de sucção não nutritivo supramencionado.(25)

### **1.3.2 Sucção labial**

A sucção labial é um hábito parafuncional com maior incidência nas crianças (apesar de se poder verificar em todas as idades), que está associado a situações que requerem maior grau de concentração. Normalmente, o indivíduo efetua apenas a sucção do lábio inferior, em detrimento do superior.(26)

### **1.3.3 Interposição lingual**

Define-se interposição lingual como sendo o movimento da língua para a frente interpondo-se entre as arcadas dentárias para ir de encontro ao lábio inferior durante a deglutição e em determinados sons da fala, estando associado a um padrão de deglutição atípica durante a infância e a adolescência. Este hábito tem uma etiologia multifatorial, podendo estar associado ao uso incorreto do biberão, ao hábito de sucção digital prolongado e a infeções tonsilares e do trato respiratório superior prolongadas. Pode ser fisiológico, se compreender o padrão normal de deglutição da infância; funcional, quando o mecanismo de interposição da língua é um comportamento desenvolvido para conseguir o selamento oral; e anatómico, quando os indivíduos têm macroglossia.(27)

### **1.3.4 Onicofagia**

A onicofagia, também conhecida como sendo o hábito de roer as unhas, é observada tanto em crianças quanto em adolescentes. A necessidade de morder ou até mesmo comer as unhas está associada a um estado emocional de ansiedade. Na maior parte dos casos, o hábito não é observado antes dos 3-4 anos, tendo uma maior incidência entre os 4 e os 6 anos, estabilizando entre os 7 e os 10 anos e aumentando consideravelmente durante a adolescência, o que está possivelmente relacionado com o facto de ser um período conturbado, marcado pelas alterações físicas e sociais que, consequentemente, podem levar a períodos de maior ansiedade.(28)

### **1.3.5 Respiração Oral**

Há três tipos de respiração: nasal, oral e mista.(29)

Define-se como respirador oral o indivíduo que assume um padrão de respiração oral em detrimento da respiração nasal, durante um período superior a 6 meses. A respiração oral exclusiva é extremamente rara, sendo que a maioria dos respiradores orais efetuam um padrão misto de respiração, oral e nasal, em que o desempenho insatisfatório do nariz é compensado pela boca.(30)

A respiração oral pode ser classificada como orgânica, caso se comprove a existência de um fator obstrutivo que impeça a passagem do ar pela nasofaringe; ou como funcional, em situações neurológicas ou situações em que a causa obstrutiva já esteja resolvida mas o indivíduo ainda apresenta o padrão respiratório como hábito. (29)

Este hábito tem maior incidência na infância, dado que, durante este período ainda há uma imaturidade do controle vasomotor da mucosa nasal que, no caso dos adultos já está bem estabelecido. Para além disso, as crianças têm uma cavidade nasal mais pequena, logo mais resistente ao fluxo de ar, o que também se torna um fator coadjuvante para a prevalência do hábito supramencionado.(31)

É possível identificar um respirador oral pelas suas características faciais, muitas vezes denominando-se fácies adenoideia, olheiras, nariz estreito com diâmetro excessivo das coanas, retroposicionamento da mandíbula e lábios entreabertos para compensar a deficiência de ar inspirado. (29)

Mediante a gravidade e o tempo de permanência do hábito, a criança pode ter repercussões não só a nível local, como também a nível sistémico. Os respiradores orais podem apresentar alterações no crescimento craniofacial, hipertensão pulmonar, hipertensão arterial sistémica, dispneia e apneia obstrutiva, hiperatividade, irritabilidade, cefaleias e uma maior predisposição para doenças infecciosas. (30)

Outra das consequências da respiração oral é a posição que a língua assume na cavidade oral. Nestes casos, a língua encontra-se numa posição baixa da cavidade oral a fim de permitir o fluxo do ar, alterando o balanço das forças entre as bochechas e língua, o que leva a uma posição mais baixa da mandíbula e a uma extensão da cabeça.(32) Para além disso, a respiração oral está diretamente relacionada com a incidência de doenças periodontais e de elevado índice de cáries, razão que se poderá dever à xerostomia causada pela facto do indivíduo estar constantemente de boca aberta.(33)

Para mais, os respiradores orais apresentam um padrão de deglutição atípica, o que se poderá traduzir no desenvolvimento de maloclusões.(34)

### **1.3.6 Deglutição Atípica**

O padrão de deglutição do individuo sofre alterações de acordo com o desenvolvimento do mesmo, mantendo um padrão de deglutição infantil (atípica) até aos 18-24 meses, idade em que, por norma, há a transição para um padrão de deglutição somática.(35)

A deglutição infantil é caracterizada pela contração ativa da musculatura dos lábios, pela ponta da língua levada anteriormente em contacto com o lábio inferior e pela pouca atividade da porção posterior da língua e da musculatura da faringe. A partir do momento em que há introdução de alimentos sólidos na dieta, a língua assume um papel mais complexo para que consiga abranger o bolo alimentar e posicioná-lo no centro da língua para que seja posteriormente deglutido. Os movimentos de mastigação de uma criança jovem, normalmente, envolvem movimentar a mandíbula lateralmente, à medida que ela se abre, trazê-la então de volta à linha média e fechá-la para colocar os dentes em contacto com o alimento. Enquanto que, neste tipo de deglutição, a criança efetua um movimento mandibular lateral na altura da abertura da boca, na mastigação somática a abertura da boca é direta e para baixo, seguida de movimentos de lateralidade sucessivos.(36)

Os indivíduos com um padrão de deglutição atípica apresentam um palato atrésico, com uma conformação ogival e bastante profundo pelo facto de a língua não se encontrar na posição correta e, conseqüentemente, não se verificar a modelação do palato.(35)

A deglutição atípica poderá levar ao desenvolvimento de mordida aberta anterior, na medida em que, neste padrão de deglutição a língua é pressionada entre os incisivos e os bordos laterais podendo haver também penetração ao nível dos pré-molares e molares. Em casos em que há protrusão significativa dos incisivos superiores, poderá haver interposição do lábio inferior com o intuito de efetuar um selamento anterior da cavidade oral.(37)

### **1.3.7 Bruxismo**

O bruxismo é um hábito parafuncional e inconsciente caracterizado pelo apertar ou ranger dos dentes que, geralmente, ocorre durante o sono (noturno), mas também pode verificar-se durante o dia (diurno). Normalmente, o bruxismo noturno é caracterizado

pelo ranger dos dentes durante o sono (bruxismo excêntrico), produzindo um ruído notório, enquanto o bruxismo cêntrico ocorre, normalmente, durante o dia, e pode ser considerado o mais nocivo, uma vez que as forças são contínuas e menos toleradas.(38) O hábito supramencionado tem uma etiologia multifatorial, sendo que pode estar associado a fatores psicológicos, sistêmicos, locais, ocupacionais e hereditários.(39) A respiração oral, alterações de sono e a posição do estômago durante o sono também se apresentam como fatores etiológicos do bruxismo.(40)

De acordo com Simões-Zenari e Bitar (2010), o bruxismo noturno tem maior incidência nas crianças diminuindo nos adultos, sendo raro nos idosos. De facto, o bruxismo é mais severo em crianças em idade pré-escolar do que em crianças mais velhas ou quando o indivíduo já possui a dentição permanente, facto que se deve às características estruturais e funcionais dos dentes decíduos.(41)

O bruxismo é um hábito parafuncional que pode ser desenvolvido após a erupção dos incisivos centrais decíduos, podendo provocar lacerações na mucosa oponente, caso os dentes antagonistas ainda não tenham erupcionado. Podem verificar-se desgastes na superfície dentária, alterações de origem muscular e/ou articular, sendo que também contribui para o desenvolvimento de patologias periodontais. Para além disso, pode provocar alterações na cronologia de erupção dos dentes permanentes.(42)

## **1.4 Repercussões dos hábitos orais**

De acordo com a OMS, os hábitos de sucção não nutritivos – dedo e chupeta devem ser interrompidos até aos 2 anos de idade, altura em que, por norma, a dentição decídua já está completa.(43)

Caso não se verifique a interrupção dos hábitos supramencionados, há uma maior probabilidade de existência de alterações no padrão de crescimento craniofacial e de aparecimento de maloclusões.(44) As alterações dentárias, ósseas e musculares resultantes do prolongamento dos hábitos supramencionados são diretamente proporcionais à intensidade, frequência e duração dos mesmos.(25)

O prolongamento dos hábitos está diretamente relacionado com a existência de dois tipos de alterações oclusais específicas: a mordida aberta anterior e a mordida cruzada (anterior e posterior).(37)

### 1.4.1 Mordida aberta

A mordida aberta é uma alteração oclusal de etiologia multifatorial.(45) Porém, um dos fatores predisponentes para a sua existência é o prolongamento dos hábitos de sucção não nutritivos e do uso do biberão (hábito de sucção nutritivo).(46)

Por mordida aberta, entende-se a existência de um espaço evidente entre os dentes superiores e inferiores, com inexistência de contacto entre os dentes antagonistas, manifestando-se, principalmente, a nível incisivo (anterior) e a nível posterior. Também pode ser definida como uma oclusão topo a topo ou um overbite abaixo da média.(47)

De acordo com a zona afetada, pode ser classificada como anterior, se se verificar apenas a separação vertical inter-incisiva dos dentes superiores e inferiores, quando os dentes posteriores estão em oclusão; posterior, quando os dentes dessa zona estão em desocclusão por infra-erupção; e completa, quando existe falta de contacto tanto anterior como posterior e só existe contacto dentário a nível dos últimos molares.(48)

Segundo a etiologia, a mordida aberta pode ser classificada como dentária ou esquelética. As mordidas abertas de origem dentária são maloclusões causadas por fatores dentários ou ambientais, sendo que duas das suas principais causas é a sucção digital e o uso de chupeta. Neste tipo de mordida aberta, não há envolvimento esquelético maxilar nem mandibular. É geralmente mais localizada, não se estendendo posteriormente além dos caninos.(49)



Fig. 5,6,7,8,9,10,11,12,13 – Exemplos de mordida aberta anterior de crianças pertencentes à amostra, com hábito de uso de chupeta prolongado. As fotografias foram obtidas durante o presente estudo.

A mordida aberta provocada pelo hábito de sucção digital é facilmente distinguível, uma vez que é assimétrica e apresenta uma sobremordida horizontal aumentada, contrariamente à que é provocada pela chupeta ou pela interposição da língua, que é mais simétrica e horizontalmente mais alargada.(50,51) A sucção labial e das bochechas também contribuem para o desenvolvimento/agravamento da mordida aberta, sendo que no primeiro tipo de sucção o lábio inferior insere-se atrás dos incisivos superiores, agravando a lingualização dos incisivos inferiores e, com a sucção das bochechas, há interposição da mucosa entre as arcadas, dando origem a alterações verticais nos setores laterais.(52,53)

O hábito de respiração oral, ao estar associado à rotação posterior da mandíbula, está muitas vezes relacionado com a presença de uma mordida aberta anterior.(54)

A mordida aberta pode diminuir ou até mesmo desaparecer (autocorreção) caso haja interrupção do hábito associado à existência da mesma, durante o período de dentição decídua. Porém, quando a mordida aberta persiste até à adolescência ou envolve mais do que apenas os incisivos, tem, na maioria das vezes, uma componente esquelética significativa, sendo necessário um diagnóstico meticoloso dos fatores causais da maloclusão em questão.(36)

### **1.4.2 Mordida cruzada**

Entende-se por mordida cruzada a incapacidade de normoclusão no relacionamento lateral e/ou ântero-posterior, podendo ser classificada como anterior, quando um (unitária), vários (múltipla) ou todos (total) os dentes anteriores se encontram em relação de oclusão inversa; ou posterior, quando os dentes posteriores se encontram cruzados ou topo a topo no sentido transversal. No caso de ser posterior, é considerada unilateral ou bilateral quando envolve um ou ambos os lados das arcadas; total, quando a mandíbula abarca toda a maxila; e funcional quando, apesar de se verificar a presença de mordida cruzada posterior unilateral em PIM (posição de intercuspidação máxima), há uma mordida bilateral topo a topo quando o indivíduo é manipulado em relação cêntrica. (55)

Tal como a mordida aberta, a mordida cruzada tem uma etiologia multifatorial.(36) Os hábitos orais da criança, principalmente os vários tipos de sucção, a onicofagia e a respiração oral, são considerados fatores causais da maloclusão supramencionada.(15)

Ainda, de acordo com Proffit, quando é efetuada a comparação entre o impacto dos hábitos de sucção não nutritivos – chupeta e dedo, a chupeta apresenta uma correlação maior com o desenvolvimento de mordida cruzada anterior. É importante que o hábito cesse o mais cedo possível, impreterivelmente antes da erupção dos incisivos permanentes, para que a má-oclusão tenha maior probabilidade de resolução espontânea. (36)



**Fig. 14,15,16– Exemplo de mordida cruzada posterior bilateral funcional de uma criança com 6 anos com hábito de uso de chupeta prolongado (5 anos). As fotografias foram obtidas durante o presente estudo.**

## **1.5 Chupetas**

A sucção da chupeta destaca-se por ser um dos hábitos de sucção não nutritivos mais prevalentes na infância.(56) No entanto, as vantagens do uso da mesma em detrimento das desvantagens ainda é um assunto controverso.(57)

De acordo com a AAP (American Academy of Pediatrics) a chupeta deve ser introduzida após o 1º mês de vida, para assegurar que o mecanismo de amamentação já esteja estabelecido.(10)

Uma das vantagens do uso da chupeta é o facto de ter um efeito calmante, detendo um papel importante na regulação da dor e da ansiedade, sendo também, por isso, o seu uso aconselhado durante alguns procedimentos médicos invasivos como o cateterismo, circuncisão, imunizações, inserção de uma via intravenosa, punção, triagem para retinopatia da prematuridade e punção venosa.(58)

Também está associada à prevenção do Síndrome de Morte Súbita Infantil (SMSI) durante o 1.º ano de vida, facto que, de acordo com a literatura, tem vários argumentos explicativos. (6) O mecanismo de sucção apresenta-se como um dos argumentos uma vez que gera tensão muscular ao nível das vias aéreas superiores e a língua acaba por adotar um movimento anterior contínuo, permitindo a manutenção da permeabilização das vias áreas. O facto da utilização da chupeta evitar a presença de hábitos noturnos de alto risco, como a adoção da posição de decúbito ventral e diminuir o refluxo gastroesofágico e

consequente diminuição da apneia do sono, também são fatores que corroboram a influência da chupeta no SMSI.(59,60)

Ainda, de acordo com a AAPD, o uso da chupeta em detrimento da sucção digital é preferível, sendo que é um hábito mais fácil de remover, logo, supostamente, de menor duração, traduzindo-se numa menor probabilidade de existência de alterações oclusais causadas pelo mesmo.(61,62)

No entanto, o uso de chupeta é considerado, por alguns autores, como um fator causal da otite média, uma vez que aumenta o refluxo de secreções nasofaríngeas para o ouvido médio e porque pode induzir alterações oclusais que, conseqüentemente, podem provocar uma disfunção da trompa de Eustáquio. Apesar de ser um assunto controverso e ainda não provado, o uso de chupeta é desaconselhado em crianças diagnosticadas com otite média, a fim de evitar episódios recorrentes.(58,62)

As chupetas são frequentemente colonizadas por *Candida albicans* e por *Staphylococcus*, logo, ao estarem em constante contacto com a flora oral podem conduzir ao desenvolvimento de infeções como a candidíase oral e levar ao aumento do número de cáries.(57,63) A implicação do uso da chupeta no risco de aparecimento de cáries aumenta caso seja colocada uma solução adoçada na tetina da chupeta.(64)

São constituídas por: tetina, ecrã, escudo e argola (opcional).

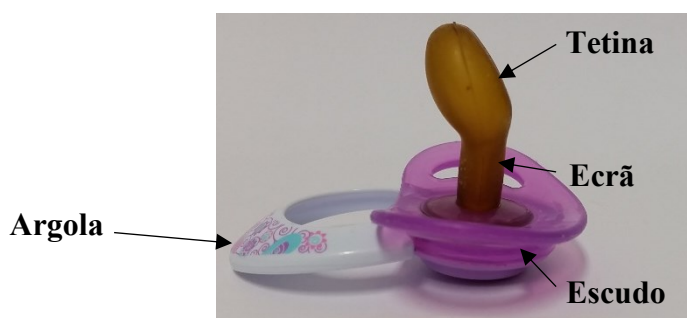


Fig. 17– Componentes da chupeta. Fotografia obtida durante o presente estudo.

### 1.5.1 Formato da tetina

A tetina da chupeta pode ter um formato anatómico/ortodôntico, ou em gota, sendo que a tetina anatómica é considerada a mais aconselhável, por parte dos Médicos Dentistas, dada a sua forma ergonómica uma vez que a sua parte achatada permite quer uma melhor adaptação ao palato, quer uma posição cómoda da língua, libertando mais espaço no interior da cavidade oral. (26) Porém, contrariamente à tetina em forma de gota,

o facto de não ter um formato simétrico, pode levar à alteração da posição de sucção, caso a criança use a chupeta ao contrário.(65)

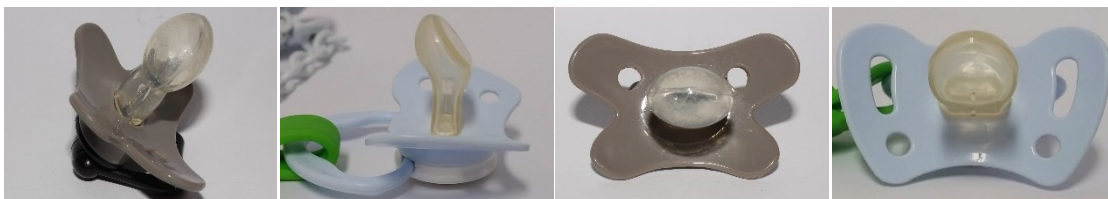


Fig. 18,19,20,21– Exemplo de uma chupeta com tetina em forma de gota (Fig.18 e 20) e de uma chupeta com tetina anatômica/ortodôntica (Fig.19 e 21). As fotografias foram obtidas durante o presente estudo.

### 1.5.2 Material da tetina

O material da tetina pode ser silicone ou látex (borracha). Quando comparados, o silicone é mais resistente à esterilização e apresenta-se como um material de superfície lisa, impedindo uma colonização acentuada por microorganismos, contrariamente ao que sucede na tetina de látex, que, dada a sua textura rugosa, é frequentemente colonizada por *Candida* e *Staphylococcus*. No entanto, o facto do silicone ser um material mais rígido, poderá levar a uma maior deformação do palato e ter menos adesão por parte dos bebés prematuros.(58,66)

O processamento do látex inclui a adição de substâncias para aumentar a elasticidade que podem persistir na borracha e, quando em contacto com a saliva, podem ser prejudiciais para a criança. Para mais, há várias crianças que são alérgicas ao látex, pelo que o uso de uma tetina de borracha poderá ser prejudicial e desencadear uma reacção imunológica.(57)



Fig.22 e 23 – Exemplo de uma tetina de látex (Fig.22) e de uma tetina de silicone (Fig.23)

### 1.5.3 Escudo

O escudo da chupeta pode ser rígido ou flexível. Caso seja flexível, a chupeta é toda do mesmo material, podendo ser de silicone ou de látex.

Quando não são chupetas de peça única, o escudo rígido é de plástico, sendo que são utilizados materiais à base de policarbonato, podendo incluir nitrosaminas e bisfenol

A, para evitar que o plástico fique duro e quebradiço, garantindo, assim, maior maleabilidade do componente.(67)

Deve ter, obrigatoriamente, 23mm de diâmetro e, pelo menos, 2 orifícios de ventilação, um de cada lado da tetina, com o mínimo de 5mm de diâmetro cada, para garantir a ventilação, evitar a acumulação de saliva e prevenir as irritações da pele.(66,68)



**Fig.24 e 25 – Exemplo de uma chupeta de látex com escudo flexível e de uma chupeta de silicone com escudo flexível, respetivamente. As fotografias foram obtidas durante o presente estudo.**



**Fig.26,27,28,29 – Exemplos de chupetas com escudo rígido e vários orifícios de ventilação. As fotografias foram obtidas durante o presente estudo.**

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

A maioria dos bebês/crianças possuem o hábito de succionar a chupeta, o qual se traduz, frequentemente, na forma da criança alcançar o conforto psicológico de que carece. O uso desadequado e/ ou excessivo da chupeta aumenta a probabilidade de a criança desenvolver maloclusões. Com base neste pressuposto, pretendemos identificar os fatores que estão associados ao uso excessivo da chupeta, tendo em vista a identificação de grupos de risco junto dos quais se possa promover a prevenção.

### **2.2 Objetivos específicos**

Como objetivos específicos definimos os seguintes:

1. Avaliar a existência atual ou anterior de hábitos de sucção não nutritivos em crianças dos 0-6 anos, bem como a duração e intensidade dos mesmos;
2. Avaliar a possível relação entre as habilitações literárias e a residência dos adultos inquiridos com os preconceitos e atitudes dos mesmos face aos hábitos de sucção nutritivos e não nutritivos;
3. Perceber qual a relação entre o ambiente em que a criança está inserida durante o dia e os seus hábitos alimentares, bem como com os hábitos de sucção nutritivos e não nutritivos;
4. Perceber o tipo de informação sobre o uso da chupeta que é transmitida na maternidade pelos profissionais de saúde;
5. Avaliar o conhecimento dos tutores relativamente à influência da chupeta no risco de morte súbita infantil;
6. Verificar se é efetuada a mudança da chupeta no mês aconselhado pela indústria;
7. Compreender se existe relação entre a variável tempo de amamentação e existência/duração do hábito de sucção não nutritivo - chupeta;
8. Perceber qual o tipo de chupeta mais escolhida pelos pais e qual a justificação para a respetiva escolha;
9. Verificar qual o tipo de má-oclusão com maior incidência no grupo de estudo;

10. Sensibilizar os adultos inquiridos e os profissionais de saúde presentes na USF Rio Dão aquando da recolha de dados, no que diz respeito aos fatores inerentes ao uso da chupeta;

### **III. Materiais e Métodos**

---

### **3.1 Tipo de estudo**

Realizou-se um estudo epidemiológico observacional, descritivo e transversal que avaliou a existência de hábitos de sucção não nutritivos – sucção digital e utilização de chupeta, de uma amostra de crianças dos 0 até aos 6 anos. Foi ainda avaliado o conhecimento do responsável pelo bebé/criança no que diz respeito aos fatores intrínsecos ao uso da chupeta e à influência deste tipo de sucção comparativamente à sucção digital.

Este trabalho foi um estudo piloto.

### **3.2 Amostra**

Recorreu-se a uma amostra de conveniência, tendo-se obtido o maior número possível de crianças até aos 6 anos de idade, que frequentassem a consulta de saúde infantil da Unidade de Saúde Familiar Rio Dão, Santa Comba Dão – Viseu, entre Outubro de 2016 e Fevereiro de 2017.

### **3.3 Procedimentos éticos e legais**

Foi assinada a declaração de consentimento informado livre e esclarecido de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo (anexo 1) pelo tutor de cada criança. Os dados obtidos foram recolhidos apenas por uma operadora, evitando, desta forma, o erro intra e inter observador. Foi assegurado o anonimato de toda a informação reunida no questionário, bem como o conteúdo do registo fotográfico efetuado, sendo que todos os dados obtidos apresentaram uma finalidade estritamente científica. Para cada caso foi atribuído um número de registo de observação (NRO), sendo que todos os elementos para a recolha da amostra foram numerados com o NRO correspondente.

### **3.4 Recolha de Dados**

Foram critérios de inclusão a criança ter até 6 anos de idade e a declaração de consentimento informado livre e esclarecido estar assinada pelo responsável da criança. O questionário foi aplicado aos pais/tutores de todas as crianças. O registo fotográfico intra-oral foi efetuado apenas em crianças em que era visível algum tipo de alteração vertical/transversal. O registo fotográfico da chupeta bem como a sua medição, apenas foi realizado quando a criança ainda fazia uso da mesma.

### 3.5 Protocolo e material utilizado

De forma genérica o protocolo cumprido neste trabalho englobou 5 fases distintas:

1. Explicação sucinta sobre o estudo e o preenchimento da declaração de consentimento informado livre e esclarecido para participação em investigação. (anexo I);
2. Preenchimento do questionário pelo método de entrevista (anexo II);
3. Observação clínica e preenchimento de uma folha de registo (anexo III);
4. Registo fotográfico intraoral e/ou da chupeta;
5. Esclarecimento de dúvidas;

#### Questionário

O questionário foi realizado, por meio de entrevista, pela autora desta monografia, sendo constituído por 49 questões (16 de resposta aberta e 33 de resposta fechada).

Foi dividido em 5 partes distintas:

**1.<sup>a</sup> parte:** Dados sociométricos. Inclui a descrição do responsável pelo bebé/criança - dados pessoais e a caracterização sociodemográfica dos pais/tutores da criança. Engloba perguntas sobre a idade, grau de parentesco, residência, habilitações literárias, número de filhos e quais as idades dos respetivos. Inclui também a descrição do bebé/criança - idade da criança, género, problemas de saúde da mesma, modo e tempo de acolhimento.

**2.<sup>a</sup> parte:** Hábitos alimentares do bebé/criança. Esta secção inclui o(s) meio(s) de alimentação da criança, o tempo de amamentação (caso o bebé/criança já não esteja a ser amamentado) e a forma como a criançaingere os líquidos que não o leite. Esta parte engloba ainda a possível preocupação que os responsáveis pelo bebé/criança tiveram com a escolha da tetina do biberão.

**3.<sup>a</sup> parte:** Caracterização das crianças que usam ou já usaram chupeta. Esta secção destina-se aos bebés/crianças que usam ou já usaram chupeta e abrange todos os aspetos relacionados com esse hábito de sucção que a criança tem/teve. Nos casos em que a criança ainda usa chupeta, inclui a razão da sua escolha e se alguma vez foi efetuada a sua troca. Nos casos em que já não se verifica a presença do hábito supramencionado, abrange os dados do historial de uso de chupeta, englobando ainda duas perguntas de resposta aberta, sobre as características da chupeta que a criança usou e o tempo de prevalência do hábito em questão, respetivamente. Os dados de caracterização do hábito

de sucção da chupeta (frequência e intensidade) e o facto de os pais fazerem ou não a remoção da chupeta após o bebé/criança adormecer também foram incluídos nesta parte. Por fim, também se incluiu nesta parte o tipo de aconselhamento providenciado na maternidade relativamente à importância do uso da chupeta na prevenção da morte súbita infantil.

**4.ª parte:** Preconceitos dos pais face aos hábitos de sucção não nutritivos – chupeta e dedo. Abrange a opinião dos mesmos sobre a possibilidade do uso da chupeta ser prejudicial para a criança, bem como qual o tempo que entendem que a criança poderá possuir esse hábito sem que haja repercussões. Engloba ainda a opinião do responsável pelo bebé/criança no que concerne às possíveis repercussões de cada um dos dois hábitos de sucção supramencionados.

**5.ª parte:** Outros hábitos de sucção não nutritivos. Destina-se ao registo da existência do hábito de sucção digital. Nos casos em que tal se verificou, ainda inclui a caracterização do hábito em questão (qual o dedo que a criança succiona, frequência e duração do hábito). Inclui os hábitos parafuncionais (sucção labial, sucção lingual, onicofagia e sucção noutra elemento externo que não a chupeta) que a criança possa ter ou já tenha tido.

## **Registo fotográfico**

Para os casos supramencionados no ponto 3.4 foi utilizado o seguinte material:

### **Chupeta:**

- Registo fotográfico da chupeta com máquina fotográfica Canon 600D® em modo manual (1/125 – F14 – ISO 100) objetiva 18-55 mm em modo auto focus, com flash anelar Meike MK-14EXT TTL Macro®;
- As chupetas foram fotografadas com luz artificial, tendo-se utilizado uma cartolina branca como fundo.
- Medição da espessura do ecrã, largura e altura da tetina com um paquímetro digital Bocchi® H/042;

**Intra-oral:**

- Registo fotográfico intraoral frontal e lateral (quando possível) com afastadores odontopediátricos (em caso de verificação de alterações verticais e/ou transversais);

Para o respetivo registo, efetuado com luz artificial, foi utilizada a mesma máquina fotográfica em modo manual (1/125 – F32 – ISO 100).

### **3.6 Análise estatística**

Para o processamento e análise dos dados recolhidos recorreremos ao programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 21.0.

Todas as variáveis em estudo foram analisadas individualmente. Para as variáveis de medida ordinal e nominal, fez-se uma análise univariada, determinando-se a frequência absoluta e as percentagens. De forma a ser possível verificar a existência de relações significativas entre duas variáveis qualitativas, foram aplicados o teste Qui-Quadrado ou a correção de continuidade. Em todos os testes, utilizou-se um nível de significância de 5%. A intensidade da relação entre as variáveis é dada pelo coeficiente de Cramer. Este é uma medida de associação entre duas variáveis medidas numa escala categórica, podendo assumir valores entre 0 e 1. O valor 0 corresponde a ausência de relação entre as variáveis, valores próximos de zero representam associações fracas e valores próximos de 1 correspondem a relações fortes.

Para os resultados apenas foram consideradas as variáveis cruzadas, que apresentavam uma relação estatisticamente significativa, independentemente da sua intensidade.

## **IV. Resultados**

---

## **4.1 Resultados do Questionário**

### **4.1.1 Dados Sociométricos**

A amostra foi elaborada a partir dos 111 questionários efetuados, os quais incluíam dados das crianças e dos responsáveis pelas mesmas.

#### **4.1.1.1 Caracterização do responsável pela criança**

A maioria dos responsáveis (77,5%) pelas crianças incluídas no estudo tinham idade compreendida entre os 25 e os 40 anos. Os responsáveis menores de 25 anos foram a minoria (6,3%) e aqueles com mais de 40 anos traduziram 16,2% da amostra.

Em 86,5% dos casos, a mãe surgiu como a responsável pela criança e em apenas 1,8% dos casos esse papel foi desempenhado pelos avós. Nos restantes 11,7% foi o pai o adulto responsável presente na consulta.

A maioria dos responsáveis pela criança (51,4%) habitavam na vila/aldeia e tinham entre o 5.º e o 9.º ano de escolaridade (53,2%). Apenas 5 adultos tinham escolaridade inferior ao 4.º ano (4,5%).

Cinquenta e cinco crianças (das 111 estudadas) eram primeiros filhos. Das restantes 56, 87,5% (n=49) tinham irmãos mais velhos e apenas 7 responsáveis admitiram a existência simultânea de irmãos mais velhos e mais novos.

#### **4.1.1.2 Caracterização do bebé/criança**

A amostra foi constituída por 111 crianças até aos 6 anos de idade (Tabela 1), com uma média de idades de, aproximadamente, 2 anos e 11 meses, sendo que 46,8% (n=52) dos indivíduos eram do género feminino e 53,2% (n= 59) do masculino.

Em 12 dos casos estudados (10,8%) foi referida a existência de uma patologia crónica, dos quais 10 faziam medicação regularmente.

**Tabela 1: Distribuição da idade das crianças**

<b>Idade(meses)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>0-6</b>	11	9,9
<b>7-12</b>	8	7,2
<b>13-18</b>	10	9,0
<b>19-24</b>	14	12,6
<b>&gt;24</b>	68	61,3
<b>Total</b>	111	100,0

Quanto ao ambiente em que a criança permanece durante o dia (Tabela 2), 73,9% (n=82) ficavam na creche/escola e 26,1% permaneciam em casa. Das 29 crianças que ficavam em casa, 79,3% (n=23) estavam ao cuidado dos pais, 13,8% dos avós e 6,9% de uma empregada.

**Tabela 2: Modo de acolhimento da criança**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Casa</b>	29	26,1
<b>Creche/Escola</b>	82	73,9
<b>Total</b>	111	100,0

A maioria das crianças que estavam integradas na creche/escola (65,9%) frequentavam a mesma entre há 2 e 4 anos. Apenas 11,0% frequentavam a escola há 5 ou mais anos (Tabela 3).

**Tabela 3: Número de anos de frequência da creche/escola**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>1 ano ou menos</b>	19	23,2
<b>2 a 4 anos</b>	54	65,9
<b>5 ou mais anos</b>	9	11,0
<b>Total</b>	82	100,0

Das crianças que frequentavam a creche/escola, a maioria (54,9%) permanecia no estabelecimento entre 4 a 8 horas. Apenas 1,2% (n=1) ficava na creche/escola menos de 4 horas (Tabela 4).

**Tabela 4: Tempo de permanência diária na creche/escola**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Menos de 4 horas</b>	1	1,2
<b>4 a 8 horas</b>	45	54,9
<b>8 a 12 horas</b>	36	43,9
<b>Total</b>	82	100,0

#### **4.1.2 Caracterização dos hábitos alimentares do bebê/criança**

No total da amostra, 91,0% das crianças comiam com talheres. Apenas 27,0% usavam biberão como veículo de alimentação. A maioria das crianças (78,4%) não mamavam. Destas, 83,9% (n=73) admitiram já o ter feito e 16,1% (n=14) nunca tiveram esse hábito alimentar (Tabela 5).

**Tabela 5: Presença do hábito de aleitamento materno anterior**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Sim</b>	73	83,9
<b>Não</b>	14	16,1
<b>Total</b>	87	100,0

Das 73 crianças que não mamavam, mas que já tiveram esse hábito, a maioria (35,6%) mamou durante um período entre 7 e 12 meses (Tabela 6).

**Tabela 6: Duração da presença do hábito de aleitamento materno**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>&lt;6 meses</b>	25	34,2
<b>7-12 meses</b>	26	35,6
<b>&gt;12 meses</b>	22	30,1
<b>Total</b>	73	100,0

Tal como se pode verificar na Tabela 7, a maioria das crianças (77,5%) bebia os líquidos (que não o leite) através do copo e caneca. A minoria (7,2%) não ingeria líquidos para além do leite materno.

**Tabela 7: Veículo de ingestão de líquidos que não o leite**

	Frequência	Percentagem
<b>Copo</b>	80	72,1
<b>Caneca</b>	6	5,4
<b>Biberão</b>	17	15,3
<b>Só mama</b>	8	7,2
<b>Total</b>	111	100,0

Dos 111 responsáveis pelas crianças incluídas na amostra, 62,2% (n=69) afirmaram não ter tido nenhuma preocupação com a escolha da tetina do biberão, tendo os restantes 37,8% respondido afirmativamente a esta questão. Destes 42 casos, a maioria (66,7%) refere como móbil de preocupação a adaptação à idade (Tabela 8).

**Tabela 8: Preocupação com a escolha da tetina do biberão**

	Frequência	Percentagem
<b>Adaptação à idade</b>	28	66,7
<b>Formato Ortodôntico/Ergonómico</b>	10	23,8
<b>Outros</b>	4	9,5
<b>Total</b>	42	100,0

### **4.1.3 Caracterização das crianças que usavam ou usaram chupeta**

Na totalidade das crianças que constituíram a amostra, 55% das crianças não usava chupeta, embora destas 59% admitiram já o ter feito.

A maioria dos responsáveis pelas crianças que usavam chupeta (44%) escolheram a chupeta por ser a mais bonita/barata, 42% por ser ortodôntica/ergonómica e apenas 14% basearam a sua escolha no aconselhamento que lhes foi prestado.

Das crianças que usavam chupeta, 78% já efetuaram a sua troca. No que diz respeito às 39 crianças que já trocaram de chupeta, a maioria (82,1%) já o fez mais de três vezes, 12,8% duas vezes e apenas 5,1% (n=1) efetuou a troca uma única vez. A maioria

dos adultos responsáveis pelas crianças que usavam chupeta (64,1%) efetuavam a troca da chupeta devido ao uso (Tabela 9).

**Tabela 9: Razões da troca da chupeta**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Adaptação à idade</b>	9	23,1
<b>Adaptação da criança à chupeta</b>	5	12,8
<b>Uso</b>	25	64,1
<b>Total</b>	39	100,0

Das 36 crianças que, à data, não usavam chupeta, em 86,1% dos casos foi efetuada a troca da chupeta e destes, 96,8% (n=30) trocaram de chupeta mais de três vezes. Apenas uma criança usou sempre a mesma chupeta.

Tal como é possível observar na Tabela 10, a maioria dos responsáveis pelas crianças que já não usavam chupeta – mas já tinham usado e tinham procedido à sua troca (74,2%), admitiram que o fizeram devido apenas ao uso.

**Tabela 10: Razões da troca da chupeta das crianças que usaram anteriormente chupeta, mas já não usavam**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Adaptação à idade</b>	7	22,6
<b>Uso</b>	23	74,2
<b>Outros</b>	1	3,2
<b>Total</b>	31	100,0

Em 77,8% das crianças que tiveram outrora o hábito de succionar na chupeta, a marca utilizada foi a Chicco® (Tabela 11).

**Tabela 11: Marca comercial da chupeta que as crianças usavam**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Chicco®</b>	28	77,8
<b>NUK®</b>	6	16,7
<b>Chicco® e NUK®</b>	1	2,8
<b>Outras</b>	1	2,8
<b>Total</b>	36	100,0

No que diz respeito às características das chupetas usadas pelas 36 crianças que já tiveram esse hábito de sucção não nutritivo, 77,8% (n=28) usavam uma chupeta com escudo rígido e apenas 22,2% (n=8) usavam chupeta com escudo flexível. Em 83,3% dos casos, a tetina era recortada (n=30), sendo os restantes 16,7% com o formato da tetina em gota.

Relativamente ao material da tetina, em 27,8% (n=10) dos casos era de borracha, 11,1% de silicone e em 61,1% (n=22) o responsável pela criança afirmou não se recordar.

Tal como é possível observar na Tabela 12, a maioria das crianças que usaram chupeta (52,8%) mantiveram o hábito durante mais de 2 anos, sendo que a minoria (2,8%) removeu o hábito aos 12 meses.

**Tabela 12: Tempo de permanência do hábito de succionar na chupeta**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>&lt;1 ano</b>	6	16,7
<b>1 ano</b>	1	2,8
<b>2 anos</b>	10	27,8
<b>&gt;2 anos</b>	19	52,8
<b>Total</b>	36	100,0

#### **4.1.3.1 Caracterização do hábito de sucção não nutritivo – chupeta**

No total das 86 crianças que ainda usam ou já usaram chupeta, 68,9% (n=59) usava-a em situações de stress/choro, a maioria (79,1%) não a usava a seguir às refeições e 91,9% usava-a para adormecer. Destas, em 64,6% (n=51) dos casos a chupeta não era removida após a criança adormecer.

Tal como é possível observar na Tabela 13, a maioria das crianças que usavam ou já usaram chupeta (64%) succionavam a chupeta com uma intensidade considerada pelos pais excessiva.

**Tabela 13: Intensidade de sucção na chupeta**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Fraca</b>	16	18,6
<b>Moderada</b>	13	15,1
<b>Excessiva</b>	55	64,0
<b>Não me recordo</b>	2	2,3
<b>Total</b>	86	100,0

#### **4.1.3.2 Caracterização do aconselhamento providenciado aos pais na maternidade**

No total da amostra, 74,8% (n=83) dos pais não foram aconselhados a usar chupeta.

Em 68,7% dos casos em que não foi aconselhado o uso de chupeta, não foi especificada a razão para esse aconselhamento (Tabela 14).

**Tabela 14: Razões para o desaconselhamento do uso de chupeta**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Confusão de bicos</b>	15	18,1
<b>Por causar danos dentários futuros</b>	11	13,3
<b>Não especificaram</b>	57	68,7
<b>Total</b>	83	100,0

Como é possível observar na Tabela 15, nos 28 casos em que foi aconselhado o uso de chupeta na maternidade, a maioria (n=17) foi aconselhada a fazê-lo para conforto do bebé e em apenas 1 caso foi aconselhada para prevenção da morte súbita infantil.

**Tabela 15: Razões para o aconselhamento do uso da chupeta**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Conforto do bebê</b>	17	60,7
<b>Ajudar a pegar no bico da mama</b>	2	7,1
<b>Não especificaram</b>	8	28,6
<b>Prevenção da morte súbita</b>	1	3,6
<b>Total</b>	28	100,0

Tal como se pode observar na Tabela 16, a maioria dos responsáveis pelas crianças incluídas na amostra (87,4%) não tinham conhecimento da influência da chupeta no que diz respeito à incidência da morte súbita infantil.

**Tabela 16: Conhecimento da influência da chupeta na morte súbita infantil**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Sim</b>	14	12,6
<b>Não</b>	97	87,4
<b>Total</b>	111	100,0

#### **4.1.4 Caracterização dos preconceitos dos pais relativamente aos hábitos de sucção não nutritivos – chupeta e dedo**

No total dos adultos inquiridos, 60,4% não reconheciam o uso da chupeta como sendo prejudicial, sendo que 39,6% achavam o contrário. No que concerne ao “timing” de remoção da chupeta, 45,9% dos responsáveis entendiam que as crianças podiam usar chupeta até aos 2 anos e apenas 2,7% pensavam ser aconselhado o uso da chupeta em idades superiores a 3 anos (Tabela 17).

**Tabela 17: Idade para remoção da chupeta (preconceito dos pais)**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Menos de 2 anos</b>	29	26,1
<b>2 anos</b>	51	45,9
<b>3 anos</b>	28	25,2
<b>&gt;3 anos</b>	3	2,7
<b>Total</b>	111	100,0

Do total de responsáveis pelas crianças incluídas na amostra, 90,1% (n=101) entendiam que a influência da sucção digital diferia da sucção da chupeta. Dos que responderam existir diferença entre a influência dos dois tipos de sucção, 87,1% (n=88) entendiam a sucção digital como sendo o hábito mais prejudicial.

#### 4.1.5 Caracterização de outros hábitos não nutritivos

Apenas 17,1% (n=19) do total da amostra efetuavam sucção digital, sendo que, das crianças com o hábito de succionar no dedo, 68,4% (n=13) succionavam no polegar e 31,6% (n=6) succionavam no dedo indicador.

Tal como se pode observar na Tabela 18, a maioria das crianças que efetuavam sucção digital (n=9) demonstravam o hábito pontualmente, enquanto que apenas 2 apresentavam o hábito sistematicamente.

**Tabela 18: Frequência do hábito de sucção digital**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Sempre</b>	2	10,5
<b>Frequentemente</b>	8	42,1
<b>Pontualmente</b>	9	47,4
<b>Total</b>	19	100,0

Das 19 crianças que apresentavam o hábito de sucção digital, apenas 36,8% (n=7) apresentavam esse hábito desde o nascimento.

A maioria das crianças não apresentava hábitos parafuncionais presentes ou anteriores. Porém 14,4% (n=16) apresentavam o hábito de succionar na língua, 13,5% (n=15) efetuavam sucção labial e 18,0% (n=20) tinham o hábito de onicofagia.

## 4.2 Resultados da observação direta

### 4.2.1 Caracterização das chupetas

Na totalidade das crianças que constituíram a amostra, 50 crianças usavam chupeta. Destas, apenas 40 se faziam acompanhar de chupeta, pelo que apenas foi possível caracterizar estas chupetas.

A maioria das crianças que usavam chupeta e eram portadoras da mesma (60%), a marca comercial mais utilizada era a Chicco®. Uma minoria (12,5%) usava uma chupeta de marca branca (Tabela 19).

**Tabela 19: Marca das chupetas que as crianças usavam**

	Frequência	Percentagem
Chicco®	24	60,0
NUK®	6	15,0
Avent®	2	5,0
Suavinex®	1	2,5
Dr.Brown®	1	2,5
Zippy®	3	7,5
Intermaché®	2	5,0
Diffrax®	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

No que diz respeito às características das chupetas observadas, 85% (n=34) possuíam escudo rígido e apenas 15% (n=6) escudo flexível. Em 90% dos casos, a tetina era recortada (n=36), sendo os restantes 10% em gota. Relativamente ao material da tetina, em 72,5% (n=29) era de silicone, sendo as restantes de borracha.

### 4.2.2 Caracterização das alterações dentárias das crianças

Das 111 crianças incluídas na amostra, 29 apresentaram alterações oclusais, sendo que 22,5% (n=25) apresentaram mordida aberta e 3,6% (n=4) apresentaram mordida cruzada.

#### **4.2.2.1 Alterações verticais**

Das 25 crianças que apresentavam alteração vertical, 76% tinham idade superior a 24 meses e 20% tinham idade compreendida entre os 19 e os 24 meses. Apenas 4% (n=1) tinha idade entre os 13 e os 18 meses.

No que diz respeito aos hábitos alimentares destas crianças, todas comiam com talheres, apenas 1 criança mamava e 10 usavam biberão como veículo de alimentação.

Das 24 crianças que já não mamavam, 70,8% (n=17) já tinham mamado e 29,2% nunca tinham efetuado aleitamento materno. Das 17 que já tinham mamado, a maioria (52,9%) mamou entre 6 a 12 meses e 35,3% menos de 6 meses. Apenas 11,8% (n=2) das crianças mamaram mais de 12 meses.

A maioria (76%) das crianças que apresentaram mordida aberta usavam chupeta. Das 6 que já não usavam chupeta, 4 já tinham usado anteriormente, sendo que o hábito se manteve durante mais de 2 anos.

Das crianças que usavam ou já tinham usado chupeta, 56,5% usavam chupeta em situações de stress/choro e todas usavam chupeta para adormecer. Em 60,8% (n=14) dos casos, a chupeta não era removida após a criança adormecer.

No total das 23 crianças que usavam ou já tinham usado chupeta, a maioria (73,9%) succionava a chupeta com intensidade excessiva.

Das 25 crianças com mordida aberta, apenas quatro efetuavam sucção digital e, destas, três succionavam frequentemente.

#### **4.2.2.2 Alterações transversais**

Nenhuma criança com alteração transversal mamava. No entanto, duas mamaram, sendo que nenhuma mamou mais de 12 meses. Das quatro crianças, nenhuma usava chupeta, mas todas tiveram esse hábito mais de 2 anos. Três delas efetuavam uma sucção considerada, pelos pais, “excessiva”.

Três das crianças que apresentaram alterações transversais usavam chupeta em situações de stress/choro e a seguir às refeições. Todas usavam chupeta para adormecer, sendo que em 75% dos casos (n=3) a chupeta não era retirada após a criança adormecer.

Das crianças com alterações transversais, três dos responsáveis afirmaram que a criança deveria usar chupeta menos de 2 anos e apenas um afirmou que a chupeta deveria ser removida aos 2 anos de idade.

Apenas uma criança tinha o hábito de sucção digital, a qual era efetuada no dedo polegar, frequentemente. A maioria das crianças com alterações verticais (n=3) tinha o hábito de roer as unhas (onicofagia).

### 4.3 Cruzamento de variáveis

Dos cruzamentos de dados efetuados, apenas são apresentados aqueles com significância estatística.

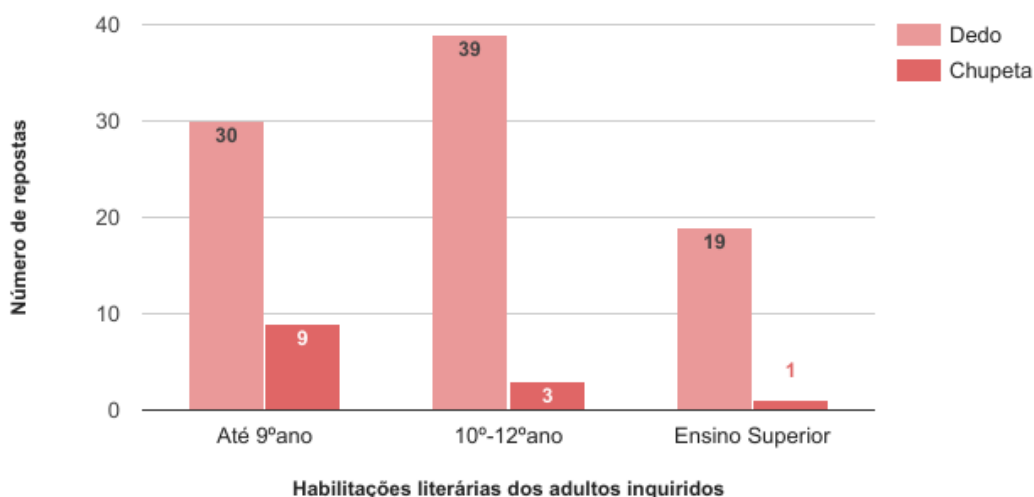
Para que fosse possível a aplicação dos testes estatísticos (qui-quadrado ou correção da continuidade) houve necessidade de recodificar algumas variáveis qualitativas, agrupando algumas classes.

A residência do responsável pela criança está relacionada de forma significativa com a opinião dos adultos inquiridos no que diz respeito à diferença entre a influência de succionar na chupeta e a sucção digital ( $p=0,026$ ). Verificou-se que uma maior percentagem dos adultos que habitavam na aldeia ou numa vila (15,7%) entendia que a influência dos dois hábitos supramencionados era semelhante enquanto apenas 1,8% das pessoas que viviam na cidade partilhavam dessa opinião (Tabela 20).

**Tabela 20: Residência dos adultos inquiridos e opinião dos mesmos sobre a influência dos hábitos de sucção não nutritivos – dedo e chupeta**

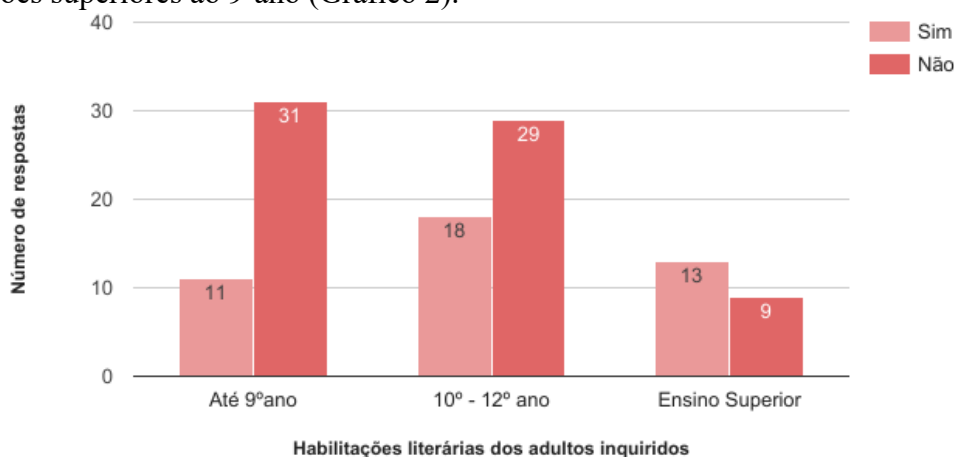
	Residência do responsável pelo bebé/ criança		Total	
	Aldeia ou Vila	Cidade		
Para si, succionar na chupeta ou o dedo tem a mesma influência?	Sim	9	1	10
	Não	48	53	101
Total	57	54	111	

Para além do parecer dos adultos inquiridos face à influência dos hábitos de sucção não nutritivos – dedo e chupeta estar significativamente relacionado com a residência dos mesmos (Tabela 20), também as habilitações literárias apresentam relação de forma significativa com essa opinião ( $p=0,051$ ). Dos indivíduos que admitiram que os hábitos de sucção não nutritivos supramencionados tinham uma influência diferente, a maior parte (92,3%) dos que referiram que a chupeta é mais prejudicial tinham escolaridade até ao 12ºano (Gráfico 1).



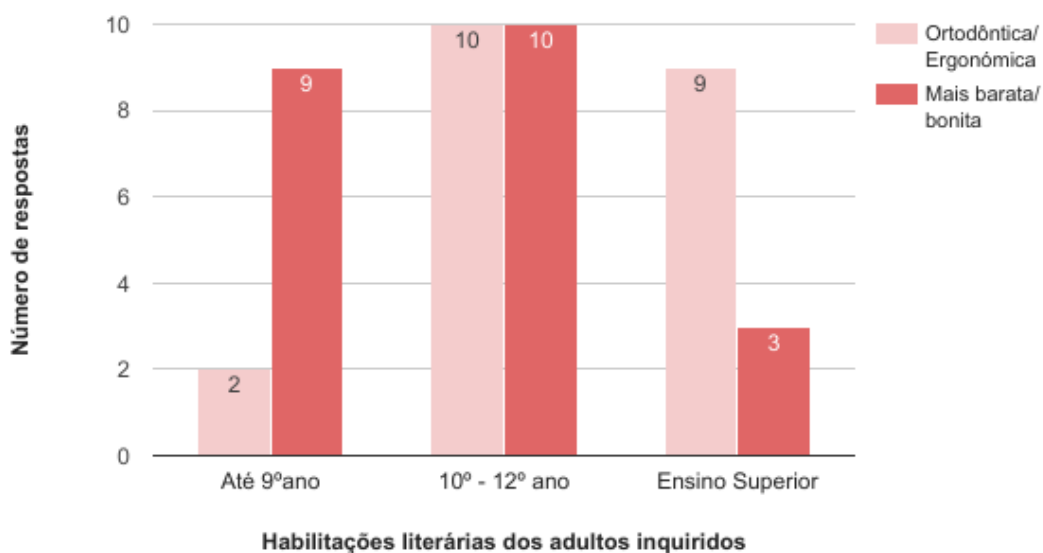
**Gráfico 1: Habilitações literárias dos adultos inquiridos e opinião sobre qual dos hábitos de sucção (dedo e chupeta) é mais prejudicial**

As habilitações dos adultos e a preocupação com a escolha da tetina do biberão está relacionada de forma significativa ( $p=0,036$ ). Quase metade das pessoas que admitiram não ter tido preocupação com a escolha da tetina do biberão (45%) tinham habilitações até ao 9ºano, enquanto 74% das pessoas que afirmaram ter tido essa preocupação tinham habilitações superiores ao 9ºano (Gráfico 2).



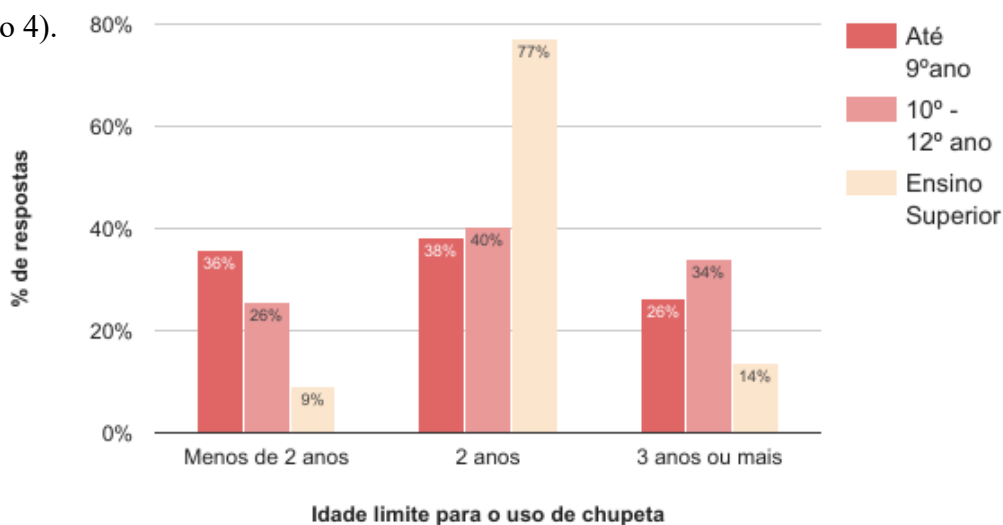
**Gráfico 2: Habilitações literárias dos adultos inquiridos e preocupação demonstrada com a escolha da tetina do biberão**

As habilitações literárias dos adultos inquiridos e a razão que os levou a comprar a chupeta usada pela criança também está relacionada de forma significativa ( $p=0,02$ ). Pela leitura do gráfico 3, a maior parte dos adultos que tinham habilitações até ao 9ºano escolheram a chupeta por ser a mais barata/bonita, enquanto a maior parte dos indivíduos com ensino superior escolheram a chupeta pelo facto de ser ortodôntica/ergonómica.



**Gráfico 3: Habilitações literárias do adulto inquirido e razão da escolha da chupeta**

As habilitações literárias dos inquiridos e o limite de idade que consideraram o indicado para o uso da chupeta sem que seja prejudicial para a criança também estão significativamente relacionados ( $p=0,02$ ). A maior parte dos responsáveis que achavam que o uso da chupeta poderia ser superior a três anos tinham escolaridade até ao 12ºano (Gráfico 4).



**Gráfico 4: Habilitações literárias dos adultos inquiridos e idade máxima que entendem ser aconselhado para o uso da chupeta**

O local onde a criança permanece durante o dia está significativamente relacionado com o facto de a criança mamar ( $p=0,000$ ). A maior parte das crianças que mamavam estavam em casa (Tabela 21).

**Tabela 21: Modo de acolhimento da criança e hábito de amamentação presente**

		Onde fica o bebé/criança durante o dia?		Total
		Casa	Creche/Escola	
O bebé/criança mama?	Sim	18	6	24
	Não	11	76	87
Total		29	82	111

O ambiente em que a criança permanece durante o dia também está significativamente relacionado com o facto da criança comer com talheres ( $p=0,000$ ). De acordo com a Tabela 22, a maior parte das crianças que comiam com talheres estavam na creche.

**Tabela 22: Modo de acolhimento da criança e hábito de comer com talheres**

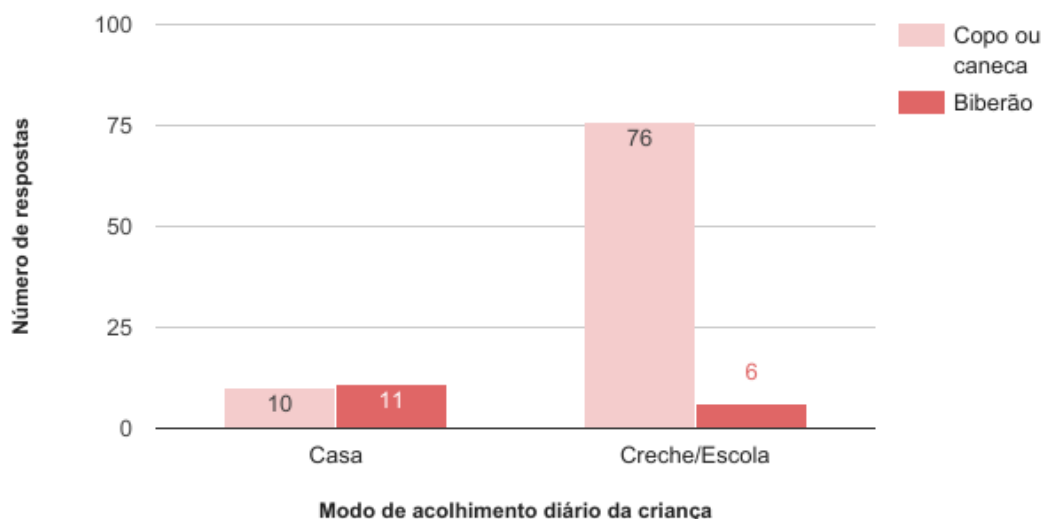
		Onde fica o bebé/criança durante o dia?		Total
		Casa	Creche/Escola	
O bebé/criança come com talheres?	Sim	19	82	101
	Não	10	0	10
Total		29	82	111

O facto de a criança já ter usado chupeta e o modo de acolhimento da criança estão relacionados de forma significativa ( $p=0,013$ ). A maior parte das crianças que ficavam em casa não usavam chupeta (no momento da recolha da amostra) nem nunca usaram, enquanto a maior parte das crianças que estavam na creche já usaram chupeta (Tabela 23).

**Tabela 23: Modo de acolhimento e existência anterior de hábito de sucção na chupeta**

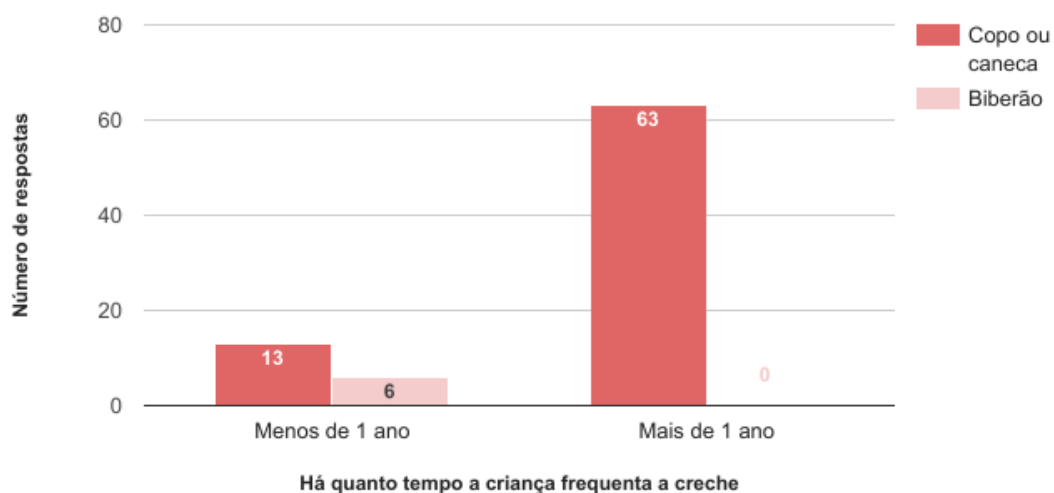
		Onde fica o bebê/criança durante o dia?		Total
		Casa	Creche/Escola	
Se o bebê criança já não usa chupeta, já usou?	Sim	1	35	36
	Não	7	18	25
Total		8	53	61

O local onde a criança permanece durante o dia e a forma como a criança bebe os líquidos que não o leite estão significativamente relacionados ( $p=0,034$ ). A maior parte das crianças que estavam na creche bebiam os líquidos apenas através do copo/caneca enquanto que as crianças que estavam em casa bebiam líquidos (que não o leite) através de copo/caneca e do biberão em número bastante semelhante (Gráfico 5).



**Gráfico 5: Ambiente em que a criança permanece durante o dia e modo de ingerir os líquidos que não o leite**

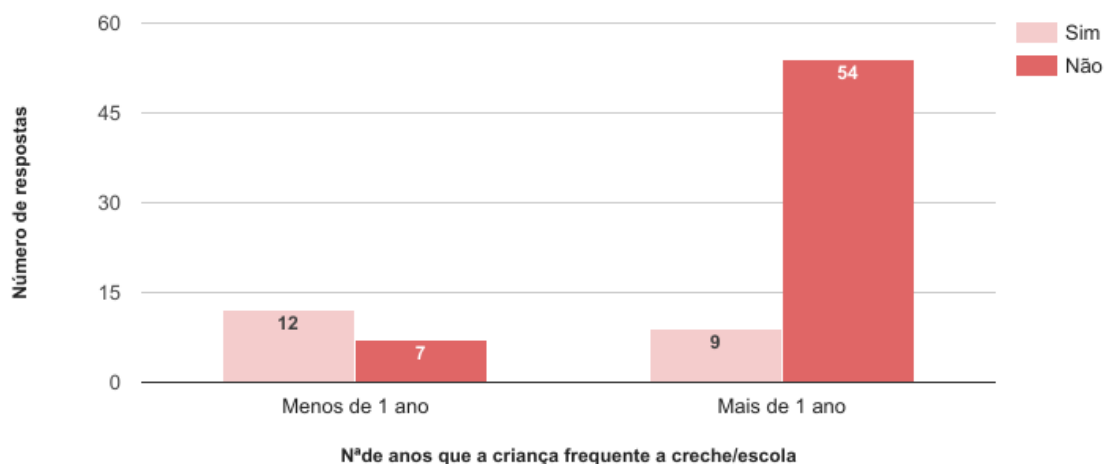
O número de anos que as crianças frequentam a creche/escola e a forma como bebem os líquidos estão relacionados de forma significativa ( $p=0,034$ ). Conforme decorre da leitura do gráfico 6, todas as crianças que bebiam pelo biberão estavam na creche/escola há menos de um ano e a maior parte das que bebiam pelo copo/caneca estavam na creche há mais de um ano.



**Gráfico 6: Relação do número de anos que a criança frequenta a escola e veículo de ingestão de líquidos que não o leite**

Da mesma forma, o número de anos a que a criança frequenta a creche/escola e o facto de estar a ser amamentada também apresenta uma relação significativa ( $p=0,034$ ). A maior parte das crianças que mamavam aquando a recolha da amostra estavam na creche há menos de 1 ano.

Verifica-se, ainda, que o número de anos de frequência da creche/escola e o uso de biberão como hábito de sucção nutritivo estão significativamente relacionados ( $p=0,000$ ). A maior parte das crianças que se alimentavam através do biberão estavam na creche há menos de 1 ano enquanto que a maior parte das crianças que estavam na creche/escola há mais de 1 ano não tinham esse hábito nutritivo (Gráfico 7).



**Gráfico 7: Número de anos que a criança frequenta a escola e uso do biberão como hábito de sucção nutritiva**

O facto de a criança já ter usado chupeta e a idade da mesma estão relacionados de forma significativa ( $p=0,000$ ). Todas as crianças com idade até aos 24 meses que não usavam chupeta na altura da recolha da amostra nunca tinham usado anteriormente, enquanto que a maior parte das crianças com mais de 24 meses que não tinham esse hábito já o tinham possuído anteriormente (Tabela 24).

**Tabela 24: Presença anterior de hábito de sucção nutritivo – chupeta – e idade da criança**

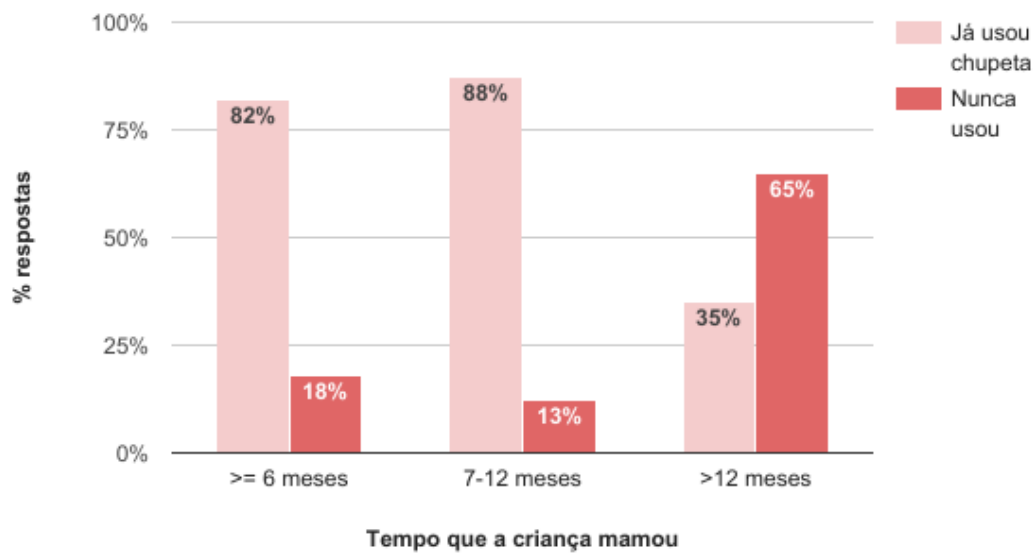
	Idade do bebé/criança		Total
	0-24	>24	
Já usou anteriormente chupeta	0	36	36
Nunca usou	9	16	25
Total	9	52	61

A presença anterior do hábito de usar a chupeta e o facto de a criança mamar estão relacionados de forma significativa ( $p=0,001$ ). Das crianças que mamavam aquando da recolha da amostra e não usavam chupeta, nenhuma tinha usado anteriormente (Tabela 25).

**Tabela 25: Presença anterior de hábito de sucção nutritivo – chupeta – e hábito de amamentação presente**

	O bebé/criança mama?		Total
	Sim	Não	
Já usou anteriormente chupeta	0	36	36
Nunca usou	8	17	25
Total	8	53	61

O facto de a criança já ter usado chupeta e o tempo que mamou estão significativamente relacionados ( $p=0,002$ ). Da leitura do gráfico 8 decorre que uma criança que nunca tenha usado chupeta mamou mais tempo.



**Gráfico 8: Uso anterior de chupeta e tempo que a criança foi amamentada**

## **V. Discussão de resultados**

---

## 5.1 Materiais e métodos

Apesar da recolha da amostra ter ocorrido apenas ao longo deste ano letivo e dos inevitáveis constrangimentos horários, conseguiu-se uma gestão equilibrada compatível com a consulta de saúde infantil da USF-Rio Dão e, como tal, uma amostra de conveniência significativa, o que nos permitiu alcançar vários resultados com significância estatística.

De forma a evitar o erro intra e inter observador, o investigador foi sempre o mesmo. A escolha da realização de um questionário por entrevista baseou-se principalmente no facto de este originar uma menor possibilidade de erro provocado pela falta de compreensão do inquirido, tendo em conta que abordava questões que não se supõem serem facilmente compreendidas pela maioria dos entrevistados. Assim, o questionário por entrevista apresentou-se como a melhor opção, considerando que permite ao entrevistador esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista, e, por outro lado, acautelar informações mais precisas, podendo ser desconstruídas, de imediato, as discordâncias.(69)

Além dos objetivos considerados, um dos objetivos iniciais deste estudo seria o de efetuar a comparação do perímetro da mordida aberta das crianças com as medidas de cada componente das suas chupetas, a fim de se conseguir comprovar a correlação entre as duas variáveis em questão. Porém, dado que a alteração vertical supramencionada é de etiologia multifatorial(45), colocou-se, desde logo, a necessidade de se efetuar o despiste de outros fatores etiológicos, o que nos confrontou com algumas limitações, superáveis em investigações futuras. Assim, e para estas investigações, sugerimos que o trabalho de campo se desenvolva ao longo de um período mais lato de tempo, contando com condições de espaço e materiais essenciais mais vantajosos e facilitadores, como sejam a existência de uma cadeira médico-dentária, um aparelho de raio-x que efetuasse telerradiografias e fonte de luz adequada. Adverte-se ainda para os constrangimentos que possam ocorrer no registo fotográfico, uma vez que se pode constatar a relutância que as crianças e os pais apresentaram à colocação dos afastadores odontopediátricos. Com base no que se pode verificar na recolha desta amostra, percebemos ainda que é fundamental que se previna que as crianças que apresentem este tipo de má-oclusão sejam portadoras da sua chupeta no momento da recolha dos dados para que se realize a medição precisa

dos componentes da mesma e se proceda à avaliação da correlação pretendida. Por outro lado, sugere-se ainda que se acompanhe a criança tanto quanto possível, medindo-se e fotografando-se as chupetas que esta for usando enquanto o hábito prevalece, com o intuito de se aumentar a fidedignidade dos dados e se alcançar uma maior certeza acerca da influência do hábito durante o crescimento da criança. Outra das limitações que constatámos no nosso estudo, foi a da pouca cooperação dos pais, o que pode ser obviado futuramente através de um investimento mais lato no tempo na relação com os mesmos, assumindo-se que, desta forma, os pais podem perceber, com maior clareza, a importância do seu papel no estudo assim como a utilidade do mesmo para si próprios. Considerando-se a presença de algumas destas limitações, optámos por reservar este objetivo a futuras investigações e concentrarmo-nos fundamentalmente na pesquisa de fatores de risco inerentes ao uso da chupeta como forma de ser efetuada a prevenção futura deste tipo de patologia.

## **5.2 Resultados do Questionário**

### **5.2.1 Dados Sociométricos**

#### **5.2.1.1 Caracterização do responsável pela criança**

A maioria dos responsáveis (77,5%) pelas crianças incluídas no estudo tinham idade compreendida entre os 25 e os 40 anos, o que vai de encontro aos registos do Instituto Nacional de Estatística (INE). De acordo com o INE, o maior número registado de nados vivos nascidos em Portugal de acordo com a idade da mãe entre 2011 e 2016, foi verificado em mães com idade compreendida entre os 25 e os 40 anos.(70)

Os pais apresentaram-se, maioritariamente, como o responsável pela criança (98,2%) e, tendo em conta que, por norma, são as pessoas mais próximas da criança, acompanhando e influenciando diretamente o desenvolvimento da mesma, deduz-se que há uma maior fiabilidade na maioria dos dados adquiridos.

Relativamente ao local de residência podemos verificar que mais de metade dos adultos inquiridos (51,4%) habitavam na vila/aldeia. Este resultado não está de encontro com o que seria expectável, tendo em conta que, de acordo com os dados do INE, na região centro - Viseu Dão Lafões – Santa Comba Dão, a maioria da população habita numa área urbana.(70)

A maioria dos responsáveis pela criança (53,2%) tinha habilitações literárias entre o 5º e o 9º ano, o que não corresponde aos dados do INE, onde consta que, na região

centro – Viseu Dão Lafões – Santa Comba Dão (NUTS – 2013) a maioria dos indivíduos tem o ensino secundário.(70) Para além disso, o facto dos adultos inquiridos não terem sequer o ensino secundário poderá ser um dos fatores principais para a falta de informação e para as atitudes e preconceitos dos mesmos face aos hábitos de sucção nutritivos e não nutritivos.

### **5.2.1.2 Caracterização do bebé/criança**

A maioria das crianças incluídas na amostra tinham idade superior a 24 meses (61,3%), sendo a distribuição por género praticamente equitativa: 46,8% (n=52) dos indivíduos eram do género feminino e 53,2% (n= 59) do masculino. É o inverso do esperado, na medida em que, de acordo com os últimos dados apresentados pelo INE (2015), em Portugal há um número superior de indivíduos do sexo feminino.

Apenas uma minoria (n=10) referiu a existência de uma patologia crónica, verificando-se que a asma foi a patologia mencionada em todos os casos. De acordo com a Direção Geral de Saúde – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, a asma é uma das doenças respiratórias crónicas (DRC) com elevada prevalência na população portuguesa, principalmente na população infantil e juvenil(71), corroborando os resultados obtidos.

Relativamente ao ambiente em que as crianças permaneciam durante o dia, a maioria das crianças (73,9%), ficavam na creche/escola, sendo que destas, 65,9% frequentavam a mesma entre 2 a 4 anos. Os resultados obtidos estão de acordo com os últimos dados apresentados pela Direção-Geral de Estatísticas da Educação e da Ciência (DGEEC), os quais reportam ao ano escolar 2014/2015, sendo a taxa de pré-escolarização, por idade, em Portugal, de 78,7% para crianças com 3 anos de idade, 90,3% e 96,5% para crianças com 4 e 5 anos de idade, respetivamente.(72) Para além disso, e estando os nossos resultados em concordância, de acordo com os últimos dados da Base de dados Portugal Contemporâneo (PORDATA), a duração média da pré-escolarização em Portugal é de 2,75 anos.(73)

### **5.2.2 Caracterização dos hábitos alimentares do bebé/criança**

No total da amostra, 91,0% das crianças comiam com talheres, o que seria expectável, dado que, a partir dos 6 meses a dieta deve incluir outros alimentos, para além dos leite materno, devendo ser incluídos alimentos com textura, para promover o

desenvolvimento do sistema estomatognático (SE) e do trato gastrointestinal.(7,8,12)

Apenas 27,0% usavam biberão como veículo de alimentação. Daqui decorre que, possivelmente, a maioria das crianças que ainda usavam biberão para comer correspondam às crianças com menos de 2 anos (minoría), o que seria expectável, tendo em conta que o biberão é um hábito de sucção nutritivo que, de acordo com a OMS, deve ser evitado a partir dos 2 anos de idade, na medida em que, ao ser efetuada a sucção numa tetina artificial irá influenciar negativamente o desenvolvimento do sistema estomatognático.(74)

A maioria das crianças (78,4%) não mamavam. Destas, 83,9% (n=73) admitiram já o ter feito, sendo que 35,6% (n=26) mamou durante um período entre 7 e 12 meses e 34,2% (n=25) mamou menos de 6 meses e 16,1% (n=14) nunca foi amamentada. O tempo mínimo aconselhado pela OMS para que a criança seja amamentada foi verificado na maioria das crianças incluídas na amostra (n=48). Porém, 25 crianças foram amamentadas pouco tempo (menos de 6 meses) e 14 nunca mamaram. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, é aconselhado leite materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida do lactente, devendo ser complementado a partir dessa idade, podendo a criança ser amamentada até aos 2 anos de idade, caso a mãe assim entenda(74). O facto das crianças serem amamentadas tem um papel importante no desenvolvimento do sistema estomatognático, bem como tem um efeito benéfico sobre o microbioma intestinal e contra infeções oportunistas. Ainda, de acordo com a literatura, a amamentação está associada à diminuição da incidência de morte súbita infantil, no primeiro ano de vida, bem como influencia a existência de hábitos de sucção não nutritivos.(1,6–8)

A maioria das crianças (77,5%) bebia os líquidos (que não o leite) através do copo e caneca. A minoría (7,2%) não ingeria líquidos para além do leite materno. De acordo com a OMS, é desaconselhado o uso do biberão a partir dos 2 anos de idade(4), devendo as crianças ingerir os líquidos através do copo ou caneca. Verificou-se que a maior parte das crianças incluídas na amostra tinham esse hábito, o que é positivo uma vez que, na sua maioria, estas tinham idade superior a 24 meses (61,3%). A minoría que não ingeria líquidos para além do leite materno corresponderá às crianças da classe etária mais baixa (0-6 meses), que eram a minoría (9,9%), as quais efetuavam apenas aleitamento materno exclusivo, o que também era expectável, tendo em conta o aconselhado pela OMS e que já foi mencionado anteriormente.

Dos 111 responsáveis pelas crianças incluídas na amostra, 62,2% (n=69) afirmaram não ter tido nenhuma preocupação com a escolha da tetina do biberão. A

maioria dos pais não tem preocupação com a escolha da tetina do biberão, o que não seria expectável, tendo em conta que o crescimento e o desenvolvimento normal da face se encontra diretamente relacionado com a escolha da tetina do biberão, a qual deve ser escolhida com base no tamanho, na flexibilidade, no número de furos que possui e na forma.(74)

### **5.2.3 Caracterização das crianças que usavam ou usaram chupeta**

Na totalidade das crianças que constituíram a amostra, 86% usavam ou já tinham usado chupeta. O resultado está de acordo com o encontrado na literatura, na qual consta que a maioria das crianças em idade pré-escolar apresentam o hábito de sucção não nutritivo – chupeta.(75)

O facto da maioria dos responsáveis pelas crianças que usavam chupeta (44%) terem afirmado ter escolhido a chupeta por ser a mais bonita/barata é um resultado preocupante, na medida em que a chupeta deve ser escolhida mediante a forma, o material e a idade da criança, dado que o uso inadequado da mesma poderá constituir um fator de risco para a existência de alterações dentárias.(66,76)

Tanto a maioria dos responsáveis das crianças que usavam chupeta (61,1%), como os responsáveis das crianças que já tinham usado e era efetuada a troca da mesma (72,2%) admitiram que o fizeram apenas devido ao uso. Apesar da maior parte dos responsáveis da amostra agirem de acordo com o pressuposto, efetuando a troca da chupeta várias vezes, o motivo pelo qual o efetuam não deve ser apenas pela existência de marcas de uso, mas também para efetuar a adaptação à idade da criança, evitar infeções e minimizar o risco de existência de cárie provocado pelo uso da chupeta.(66,67,76)

Das crianças que usaram chupeta, 77,8% usavam a marca Chicco<sup>®</sup>, sendo que o mesmo foi verificado para as crianças que ainda se encontravam a usar chupeta. O facto de mais de metade da amostra usar a mesma marca deve-se ao facto de ser a marca mais fácil de adquirir, na medida em que está disponível tanto em estabelecimentos ligados à saúde (farmácias e parafarmácias) como também está disponível para aquisição em todos os maiores hipermercados. Para além disso, este resultado poderá corroborar a atitude dos pais face à escolha da chupeta, a que não se revela positiva.

No que diz respeito às características das chupetas usadas pelas 36 crianças que já tiveram esse hábito de sucção não nutritivo, 77,8% (n=28) usavam uma chupeta com escudo rígido. Na maioria (83,3%) dos casos, a tetina era recortada. Relativamente ao material da tetina, em 27,8% (n=10) dos casos era de borracha, 11,1% de silicone e em

61,1% (n=22) o responsável pela criança afirmou não se recordar. Apesar de não estar disponível literatura que apoie a existência de uma chupeta ideal (melhor material, forma e tipo de escudo), é possível inferir que, relativamente ao material, o silicone se apresenta como o mais aconselhado, na medida em que, apesar de ser um material mais rígido e, conseqüentemente, não possibilitar uma adaptação ao palato tão boa quanto o látex (borracha), é mais liso, macio, higiénico e resistente à esterilização, quando comparado com o outro material supramencionado.(58,66) Outro fator importante é o facto de muitas crianças serem alérgicas ao látex, o que coloca novamente o silicone como material de eleição. De acordo com o referido, a maior parte das crianças que usaram chupeta e cujos pais se lembravam do material da tetina, não usavam o material que, no nosso entender, parece ser o mais adequado.

Relativamente ao formato da tetina, apesar da maioria das crianças terem usado tetinas com formato recortado, ainda há alguma controvérsia, sendo que a tetina como formato ortodôntico/anatómico permite uma melhor adaptação ao palato e uma maior flexibilidade do movimento da língua, porém, quando usada ao contrário, poderá ter repercussões ainda mais graves do que uma chupeta em forma de gota.(26) Logo, poderá ser benéfico usar uma chupeta de formato recortado, sendo que deverá haver uma preocupação dos responsáveis pela criança em verificarem qual é a posição de sucção que a criança adota. Caso a criança tenha tendência a usar a chupeta ao contrário, talvez seja de ponderar o uso de uma tetina em gota.

Os dados existentes sobre o escudo, apontam para a importância de usar-se uma chupeta que seja toda do mesmo material, a fim de evitar a separação do corpo da chupeta do escudo e conseqüente perigo de asfixia. Relativamente aos escudos rígidos, é importante que sejam devidamente recortados na zona entre a boca e o nariz, não efetuem demasiada pressão contra a face, para garantir a ventilação, evitar a acumulação de saliva e prevenir as irritações da pele.(66,68)

A maioria das crianças que usaram chupeta (52,8%) mantiveram o hábito durante mais de 2 anos, sendo que a minoria (2,8%) removeu o hábito aos 12 meses. De acordo com a OMS, a chupeta deve ser removida aos 2 anos de idade, altura em que, por norma, a dentição decídua está completa. (2) Posto isto, não seria expectável que a maioria das crianças mantivessem o hábito para além da idade aconselhada, o que poderá traduzir-se numa maior suscetibilidade para o aparecimento de alterações dentárias como a mordida aberta e a mordida cruzada.(44)

### **5.2.3.1 Caracterização do hábito de sucção não nutritivo – chupeta**

No que diz respeito à frequência do hábito de sucção não nutritivo, no total das 86 crianças que ainda usam ou já usaram chupeta, a maioria 68,9% (n=59) usava-a em situações de stress/choro, a maioria (79,1%) não a usava a seguir às refeições e 91,9% usava-a para adormecer. A frequência do hábito apresentada pela amostra está de acordo com a literatura, a qual refere que a chupeta é usada maioritariamente para confortar as crianças em situações de ansiedade e para as ajudar a adormecer.(77)

Em 64,6% (n=51) dos casos a chupeta não era removida após a criança adormecer, o que, de acordo com a literatura, não é o mais correto. A chupeta pode ser usada para que a criança tenha conforto e consiga dormir, mas deve ser removida após a criança adormecer, de forma a diminuir a duração do hábito (tempo que a criança succiona na chupeta). (76)

A maioria das crianças que usavam ou já usaram chupeta (64%) succionavam a chupeta com uma intensidade considerada pelos pais excessiva, o que se traduz numa maior probabilidade destas crianças terem ou surgirem alterações dentárias. A intensidade de sucção (força aplicada pela criança durante o hábito) é um dos fatores que está diretamente relacionado com a possibilidade da criança sofrer alterações dentárias, faciais e oclusais, sendo que, quanto maior a intensidade de sucção, maiores serão as alterações causadas.(78)

### **5.2.3.2 Caracterização do aconselhamento providenciado aos pais na maternidade**

No total da amostra, 74,8% (n=83) dos pais não foram aconselhados a usar chupeta, sendo que destes, em 68,7% dos casos não foi especificada a razão para tal aconselhamento. Nos 28 casos em que foi aconselhado o uso de chupeta na maternidade, a maioria (n=17) foi aconselhada a fazê-lo para conforto do bebé e em apenas 1 caso foi aconselhada para prevenção da morte súbita infantil. Daqui decorre que, possivelmente, os profissionais de saúde não terão informação suficiente sobre a temática em questão, estando, provavelmente, a informar os pais de acordo com os preconceitos gerados em torno do uso da chupeta. De acordo com a literatura, a chupeta deverá ser dada ao bebé

após ter sido estabelecida a amamentação, contribuindo para a diminuição do risco de incidência de morte súbita infantil, sendo que também se revela útil para conforto do bebê e para diminuir a probabilidade de existência do hábito de sucção digital.(67,79)

A maioria dos responsáveis pelas crianças incluídas na amostra (87,4%) não tinham conhecimento da influência da chupeta no que diz respeito à incidência da morte súbita infantil, o que poderá traduzir, igualmente, uma falta de informação providenciada aos pais pelos profissionais de saúde.

#### **5.2.4 Caracterização dos preconceitos dos pais relativamente aos hábitos de sucção não nutritivos – chupeta e dedo**

No total dos adultos inquiridos, 60,4% não reconheciam o uso da chupeta como sendo prejudicial. É o inverso do esperado, tendo em conta que a maior parte dos profissionais de saúde desaconselha o uso da chupeta e que as pessoas tendem a tomar atitudes de acordo com os preconceitos que possuem.

Quanto ao “timing” de remoção da chupeta, 45,9% dos responsáveis entendiam que as crianças podiam usar chupeta até aos 2 anos e apenas 2,7% pensavam ser aconselhado o uso da chupeta em idades superiores a 3 anos. A resposta da maioria dos pais está de acordo com o aconselhado pela OMS, apesar das crianças da amostra terem usado chupeta mais de 2 anos.

Do total de responsáveis pelas crianças incluídas na amostra, 90,1% (n=101) entendiam que a influência da sucção digital diferia da sucção da chupeta, sendo que destes, 87,1% (n=88) entendiam a sucção digital como sendo o hábito mais prejudicial. O conceito da maioria dos pais está de acordo com o que é considerado correto, na medida em que, de acordo com a literatura, o hábito de sucção digital é mais prejudicial do que o hábito de succionar na chupeta por diversas razões, nomeadamente por ser mais difícil remover o hábito de sucção digital e do mesmo estar relacionado com um risco maior de aparecimento de cáries e outras doenças do foro bacteriano.(76)

#### **5.2.5 Caracterização de outros hábitos não nutritivos**

Apenas 17,1% (n=19) do total da amostra efetuavam sucção digital, sendo que, das crianças com o hábito de succionar no dedo, 68,4% (n=13) succionavam no polegar. Estes resultados eram expectáveis, tendo em conta que, de acordo com a literatura, entre os dois hábitos de sucção não nutritivos estudados, a sucção digital tem menor

prevalência, sendo que, quando se verifica, o dedo utilizado pelas crianças que desenvolvem esse hábito é, normalmente, o polegar.(25)

Das 19 crianças que apresentavam o hábito de sucção digital, apenas 36,8% (n=7) apresentavam esse hábito desde o nascimento, o que era esperado, na medida em que, de acordo com a literatura, a sucção digital pode começar de forma espontânea nos primeiros 2 anos de vida ou pode ser um hábito apreendido durante o período de erupção dentária ou devido a um trauma emocional.(80)

A maioria das crianças não apresentava hábitos parafuncionais. Porém 14,4% (n=16) apresentavam o hábito de succionar a língua, 13,5% (n=15) efetuavam sucção labial e 18,0% (n=20) tinham o hábito de onicofagia. De acordo com a literatura, a prevalência de hábitos orais deletérios varia entre 40,0% e 73,4%, sendo os mais comuns o uso de chupeta e a sucção digital e, seguidamente, o hábito de succionar o lábio ou a língua e onicofagia, o que corrobora os dados por nós obtidos.(81,82)

## **5.3 Resultados da observação direta**

### **5.3.1 Caracterização das chupetas**

A maioria das crianças que usavam chupeta e eram portadoras da mesma (60%), a marca comercial mais utilizada era a Chicco®. Uma minoria (12,5%) usava uma chupeta de marca branca. O resultado era expectável pelas razões supramencionadas no ponto 5.2.3.

Os resultados relativos às características das chupetas vão de encontro ao que foi dito no ponto 5.2.3, com a diferença de que, contrariamente ao que foi afirmado ser o material de eleição das tetinas das chupetas das crianças que já não possuíam o hábito na altura da recolha de dados, é positivo verificar-se que a maior parte das chupetas observadas tinham uma tetina de silicone, sendo que o silicone se apresenta como o material mais aconselhável pelas razões também enumeradas no tópico supramencionado.

### **5.3.2 Caracterização das alterações dentárias das crianças**

O resultado relativo à observação de alterações dentárias era expectável, na medida em que, de acordo com a literatura, a mordida aberta e a mordida cruzada, apesar de serem de etiologia multifatorial, estão fortemente associadas ao uso prolongado da chupeta, sendo que a alteração vertical supramencionada é mais prevalente do que a alteração transversal acima referida.(45,77)

### 5.3.2.1 Alterações verticais

Das 25 crianças que apresentavam alteração vertical, 76% tinham idade superior a 24 meses e 20% tinham idade compreendida entre os 19 e os 24 meses. Apenas 4% (n=1) tinha idade entre os 13 e os 18 meses. A mordida aberta é uma desordem oclusal e a caracterização da oclusão tem como conceito base a relação molar, canina e incisiva(45), a qual só é passível de se verificar após a erupção dos dentes decíduos que, por norma, está completa aos 24 meses(15) corroborando o facto da maioria das crianças da amostra que apresentavam este tipo de má-oclusão terem idade superior à referida.

No que diz respeito aos hábitos alimentares destas crianças, todas comiam com talheres, apenas 1 criança mamava e 10 usavam biberão como veículo de alimentação. Seria expectável que todas as crianças comessem com talheres, dado que todas tinham idade superior a 6 meses, altura aconselhada pela OMS para a introdução de alimentos sólidos. No entanto, não seria expectável que quase metade das crianças que apresentaram alterações verticais ainda usassem o biberão como veículo de alimentação, na medida em que, de acordo com a literatura, o biberão deve ser removido aos 2 anos de idade. Apesar da mordida aberta ter uma etiologia multifatorial(74), o uso prolongado do biberão tem implicação direta no aparecimento de maloclusões(4,23), logo, o facto das crianças ainda possuírem esse hábito de sucção nutritivo poderá ter contribuído para a existência da alteração vertical observada.

Os resultados obtidos relativamente ao hábito nutritivo – amamentação eram expectáveis, pois apesar de ainda não haver literatura que comprove a associação direta entre o tempo de amamentação e a presença de alterações verticais como a mordida aberta, há estudos que relacionam indiretamente as duas variáveis. O facto da criança ser amamentada durante pouco tempo ou nunca ter tido esse hábito nutritivo aumenta o risco de existência e/ou dependência excessiva de hábitos de sucção não nutritivos, como o uso da chupeta e a sucção digital, os quais por sua vez contribuem para a existência da má-oclusão supramencionada.(83,84)

Os resultados obtidos acerca da duração do hábito de sucção da chupeta vão de encontro ao que é afirmado na literatura. O uso prolongado da chupeta está diretamente associado à presença de alterações verticais bem como à severidade das mesmas.(75)

A frequência do hábito apresentada pela amostra está de acordo com a literatura, a qual refere que a chupeta é usada maioritariamente para confortar as crianças em

situações de ansiedade e para as ajudar a adormecer.(77) Contrariamente ao que era efetuado pelos pais, a chupeta pode ser usada para que a criança tenha conforto e consiga dormir, mas deve ser removida após a criança adormecer, de forma a diminuir a duração do hábito (tempo que a criança succiona na chupeta).(76)

De acordo com a literatura, a intensidade de sucção é um dos fatores que está diretamente relacionado com a possibilidade da criança sofrer alterações dentárias/oclusais, sendo que, quanto maior a intensidade de sucção, maiores serão as alterações causadas, corroborando os resultados obtidos.(78)

De acordo com a literatura, o prolongamento do hábito de sucção digital está diretamente relacionado com a existência de alterações verticais, principalmente quando a frequência do hábito é sistemática.(23) Apesar de poucas crianças apresentarem o hábito supramencionado, o facto de o possuírem e de ser frequente terá, certamente, contribuído para as alterações verticais observadas.

### **5.3.2.2 Alterações transversais**

Os resultados obtidos vão de encontro ao expectável pelas razões mencionadas no pontos 5.1.3 e 5.2.2.1.

## **5.4 Cruzamento de variáveis**

A residência do responsável pela criança está relacionada de forma significativa com a opinião dos adultos inquiridos no que diz respeito à diferença entre a influência de succionar na chupeta e a sucção digital ( $p=0,026$ ). Verificou-se que uma maior percentagem dos adultos que habitavam na aldeia ou numa vila (15,7%) entendia que a influência dos dois hábitos supramencionados era semelhante enquanto apenas 1,8% das pessoas que viviam na cidade partilhavam dessa opinião. Este resultado era expectável, tendo em conta que, apesar da maioria das pessoas já ter acesso à internet, por norma, as que habitam num meio rural não têm o mesmo acesso à informação e têm tendência a desvalorizar a necessidade de se atualizarem, tomando, normalmente, atitudes que vão de encontro a preconceitos inadequados que, no seu entendimento, correspondem ao que é aconselhado.

As habilitações literárias apresentaram uma relação significativa com a variável supramencionada ( $p=0,051$ ), com a preocupação dos pais relativamente à escolha do biberão ( $p=0,036$ ) e da chupeta ( $p=0,02$ ) e com o limite de idade que os adultos inquiridos

consideravam como indicado para o uso da chupeta sem que fosse prejudicial para a criança ( $p=0,02$ ). Dos indivíduos que admitiram que os hábitos de sucção não nutritivos supramencionados tinham uma influência diferente, a maior parte (92,3%) dos que referiram que a chupeta é mais prejudicial tinham escolaridade até ao 12.º ano; quase metade das pessoas que admitiram não ter tido preocupação com a escolha da tetina do biberão (45%) tinham habilitações até ao 9.º ano, tal como a maior parte dos adultos que escolheram a chupeta por ser a mais barata/bonita. Relativamente à idade limite para o uso da chupeta, a maior parte dos responsáveis que achavam que o uso da chupeta poderia ser superior a três anos tinham escolaridade até ao 12.º ano.

Da mesma forma que a residência tem uma implicação forte nas atitudes tomadas pelos indivíduos inquiridos, era expectável que o facto dos responsáveis pelas crianças terem apenas a escolaridade mínima obrigatória fosse a justificação para as atitudes tomadas pelos mesmos face aos hábitos de sucção nutritivos e não nutritivos, na medida em que o nível escolar poderá traduzir a falta de informação sobre os hábitos em questão, conduzindo-os no sentido de tomarem os preconceitos que possuem como dados adquiridos e adequados, o que não corresponde ao que é verdadeiramente aconselhado.

Desta forma, os responsáveis pelas crianças apenas com nível escolar obrigatório podem tornar-se um fator de risco no que diz respeito à probabilidade da criança vir a desenvolver má-oclusões inerentes aos hábitos de sucção nutritivos (biberão) e não nutritivos (chupeta e dedo), o que não é positivo, devendo ser efetuada prevenção especialmente junto destes indivíduos.

O local onde a criança permanece durante o dia está significativamente relacionado com o facto da criança comer com talheres ( $p=0,000$ ) e com o facto da criança mamar ( $p=0,000$ ). Da mesma forma, o número de anos que a criança frequenta a creche/escola e o facto de estar a ser amamentada também apresenta uma relação significativa ( $p=0,034$ ). A maior parte das crianças que comiam com talheres estavam na creche e a maior parte das crianças que mamavam estavam em casa, sendo que as que estavam na creche e tinham esse hábito de sucção nutritivo, a maioria frequentavam a creche há menos de 1 ano. Os resultados vão de encontro ao esperado, na medida em que as crianças começam a ingerir alimentos sólidos idealmente a partir dos 6 meses de idade (17,18,19), correspondendo também à idade em que a maioria das crianças deixa de ser amamentada o que, possivelmente, está relacionado com o facto de que, de acordo com a lei prevista no Código de Trabalho (CT) e no Decreto-lei que consta na Regulamentação do Código de Trabalho (RCT) – 2009, a licença de maternidade, neste

momento, em Portugal, é, no máximo, de 180 dias. Acresce que as crianças que não têm familiares que possam encarregar-se das mesmas ou o rendimento mensal dos pais não permita a contratação de uma ama, têm de ingressar na creche nessa altura, o que vem corroborar os resultados supramencionados.

O local onde a criança permanece durante o dia e o número de anos que a criança frequenta a creche/escola apresentam uma relação significativa com a forma como a criança bebe os líquidos que não o leite ( $p=0,034$ ) e com o uso do biberão como hábito de sucção nutritivo ( $p=0,000$ ). A maior parte das crianças que estavam na creche bebiam os líquidos apenas através do copo/caneca enquanto que as crianças que estavam em casa bebiam líquidos (que não o leite) através de copo/caneca e do biberão em número bastante semelhante, sendo que as crianças que bebiam os líquidos (que não o leite) pelo biberão estavam na creche/escola há menos de um ano e a maior parte das que bebiam pelo copo/caneca estavam na creche há mais de um ano. Da mesma forma que a maior parte das crianças que se alimentavam através do biberão estavam na creche há menos de 1 ano. Os resultados obtidos estão de acordo com o previsto, tendo em conta que, por norma, as crianças que permanecem em casa são, teoricamente, menos autónomas e tendem a manter comportamentos mais infantis. Por outro lado, e de acordo com a literatura, as rotinas da creche/escola, que visam a educação para a adoção de comportamentos autónomos e generalizados a todas as crianças por parte dos próprios responsáveis educativos destas instituições(85), reduzem a probabilidade destas crianças manterem comportamentos mais regressivos e adotarem um padrão comportamental mais maturo, neste caso, o uso do copo/caneca. Assim, o facto de não usarem biberão diminui o tempo de uso de uma tetina artificial, a qual é prejudicial e pode levar à existência de alterações dentárias.

O facto de a criança já ter usado chupeta e a idade da mesma estão relacionados de forma significativa ( $p=0,000$ ). Todas as crianças com idade até aos 24 meses que não usavam chupeta na altura da recolha dos dados nunca tinham usado anteriormente, enquanto que a maior parte das crianças com mais de 24 meses que não tinham esse hábito já o tinham possuído anteriormente. Os resultados eram expectáveis, tendo em conta que, de acordo com a OMS, os hábitos de sucção não nutritivos devem ser interrompidos a partir dos 2 anos de idade, de forma a não se tornarem prejudiciais para a criança e promoverem o aparecimento de maloclusões como a mordida aberta anterior e a mordida cruzada posterior.(76,84)

O facto de a criança já ter usado chupeta e o modo de acolhimento da criança estão relacionados de forma significativa ( $p=0,013$ ). A maior parte das crianças que ficavam em casa não usavam chupeta (no momento da recolha da amostra) nem nunca usaram, enquanto a maior parte das crianças que estavam na creche já usaram chupeta. De acordo com a literatura, um dos fatores inerentes ao uso da chupeta é emocional, destacando-se a possível dificuldade que a criança apresenta em lidar com o ambiente em que permanece. (42) Assim, os resultados obtidos estão de acordo com o previsto, tendo em conta que a inserção da criança num meio familiar (casa) lhe transmite mais segurança e, conseqüentemente, menos ansiedade, não tendo, por isso, a necessidade de recorrer a hábitos de sucção não nutritivos, como o uso da chupeta, para atingir o conforto psicológico de que necessita. Pelo contrário, as crianças que ficam na creche/escola têm de se adaptar a um meio novo, inicialmente desconhecido e sem rostos familiares, potencialmente gerador de maior insegurança e desconforto psicológico, o que poderá constituir uma variável de prolongamento do uso da chupeta.

O facto da criança já ter usado chupeta e o facto da criança mamar estão relacionados de forma significativa ( $p=0,001$ ) bem como o tempo que mamou se encontra significativamente relacionado com o uso anterior de chupeta ( $p=0,002$ ). Das crianças que mamavam aquando da recolha da amostra e não usavam chupeta, nenhuma tinha usado anteriormente, sendo que uma criança que nunca tenha usado chupeta mamou mais tempo. De acordo com a literatura, a existência de hábitos de sucção não nutritivos estão diretamente relacionados com o tempo que a criança é amamentada, na medida em que a amamentação não tem apenas uma função nutricional como também apresenta um papel importante na satisfação das necessidades psicológicas da criança.(4,75)

Daqui decorre que crianças que nunca foram amamentadas ou cujo período de amamentação foi reduzido têm maior tendência a possuir hábitos de sucção não nutritivos, corroborando os resultados por nós obtidos.

## **V. Conclusões**

---

Depois de realizadas as tarefas inerentes aos objetivos previamente definidos para o presente trabalho, tendo por base a amostra estudada, concluímos que:

1. A maioria das crianças (77%) usa ou já usou chupeta, sendo que cerca de 53% tende a manter o hábito durante mais de 2 anos. O uso da chupeta ocorre, maioritariamente, em situações de stress/choro e para induzir o sono (em 61,4% dos casos a chupeta não é removida depois da criança adormecer). Apenas 17% das crianças efetuam sucção digital e, destas, a maioria succiona o polegar, hábito que demonstram “pontualmente”.
2. O local de residência dos pais (ou pessoa responsável pela criança) está relacionado com a opinião evidenciada sobre a diferença entre a influência de succionar a chupeta e a sucção digital. Apenas 1,8% dos cidadãos consideram idêntica a influência de ambos os hábitos, por oposição a 15,7% dos restantes. Também as habilitações literárias parecem condicionar de forma significativa esta opinião. Dos indivíduos que admitiram que os hábitos de sucção não nutritivos supramencionados tinham uma influência diferente, a maioria (92,3%) que referiu que a chupeta é o hábito mais prejudicial tinham escolaridade até ao 12.º ano. As habilitações literárias também parecem ter um peso importante na escolha da chupeta. A maior parte dos adultos com habilitações até ao 9.º ano escolhem a chupeta por ser a mais bonita/barata, enquanto a maior parte dos indivíduos com ensino superior escolhe a chupeta por ser ortodôntica/ergonómica. Também parece existir uma relação significativa entre a escolarização e a preocupação com a escolha da tetina do biberão aquando da compra da mesma. Quase metade das pessoas que admitiram não ter tido preocupação com a escolha da tetina do biberão (45%) tinham habilitações até ao 9.º ano, enquanto 74% das pessoas que afirmaram ter tido essa preocupação tinham habilitações superiores ao 9.º ano. Ainda foi possível concluir que as habilitações literárias dos inquiridos e o limite de idade que consideraram o indicado para o uso da chupeta sem que fosse prejudicial para a criança também estão significativamente relacionados ( $p=0,02$ ). De facto, a maior parte dos responsáveis que achavam que o uso da chupeta poderia ser superior a três anos tinham escolaridade até ao 12.º ano.

Conclui-se, portanto, que adultos que residem numa aldeia/vila e/ou têm menos habilitações literárias tendem a possuir preconceitos incorretos relativamente à

influência do uso da chupeta e a tomar atitudes incorretas no que diz respeito aos fatores inerentes ao uso da chupeta e do biberão.

3. Foi possível estabelecer uma relação significativa entre o ambiente em que a criança permanece durante o dia e o facto da criança comer com talheres ( $p=0,000$ ), verificando-se que a maior parte das crianças que comem com talheres estavam na creche. Da mesma forma, o local onde a criança permanece durante o dia também está significativamente relacionado com o facto da criança mamar, concluindo-se que a maior parte das crianças que mamavam estavam em casa durante o dia. Para mais, a variável em questão e a forma como a criança bebe os líquidos que não o leite também estão significativamente relacionados ( $p=0,034$ ), sendo que a maior parte das crianças que estavam na creche bebiam os líquidos apenas através do copo/caneca, enquanto as crianças que estavam em casa bebiam os líquidos (que não o leite) através de copo/caneca e do biberão em número bastante semelhante. Todas as crianças que bebiam pelo biberão ( $n=17$ ) estavam na creche/escola há menos de 1 ano. Verificou-se uma relação significativa entre o número de anos que a criança frequenta a creche/escola e o facto de estar a ser amamentada ( $p=0,034$ ), sendo que a maior parte das crianças que mamavam aquando da recolha da amostra estavam na creche há menos de 1 ano. Foi igualmente possível de se verificar uma relação significativa entre a variável em questão e o uso do biberão como hábito de sucção nutritivo ( $p=0,000$ ), concluindo-se que a maior parte das crianças que se alimentavam através do biberão estavam na creche há menos de 1 ano. Estabeleceu-se uma relação significativa entre o facto da criança já ter usado chupeta e o modo de acolhimento da criança ( $p=0,013$ ), sendo que a maior parte das crianças que ficavam em casa não usavam chupeta (no momento da recolha da amostra) nem nunca usaram, enquanto a maior parte das crianças que estavam na creche já usaram chupeta.
  
4. A 78,4% ( $n=83$ ) dos pais não foi aconselhado o uso da chupeta. Destes, em 68,7% dos casos não foi especificada a razão para tal aconselhamento. Nos 28 casos em que foi aconselhado o uso da chupeta, a maioria ( $n=17$ ) foi aconselhada a fazê-lo para conforto do bebé. Em apenas 1 caso foi aconselhado uso da chupeta para prevenção da morte súbita infantil.

5. A maioria dos responsáveis pelas crianças incluídas na amostra (87,4%) não tinham conhecimento da influência da chupeta no que diz respeito à incidência da morte súbita infantil.
6. Dos responsáveis pelas crianças que usavam/usaram chupeta, apenas 18,6% (n=16) dos adultos inquiridos afirmaram ter efetuado a mudança da chupeta no mês aconselhado pela indústria.
7. A presença anterior do hábito de usar chupeta e o facto da criança se encontrar a mamar (no momento da recolha da amostra) estão relacionados de forma significativa ( $p=0,001$ ), sendo que das crianças que mamavam aquando da recolha da amostra e não usavam chupeta, nenhuma tinha usado anteriormente. O facto da criança ter usado chupeta e o tempo que mamou estão significativamente relacionados ( $p=0,002$ ), concluindo-se que uma criança que nunca tenha usado chupeta mamou mais tempo.

Conclui-se, portanto, que crianças amamentadas durante mais tempo terão menor tendência para adquirir o hábito de usar chupeta.
8. Na grande maioria das crianças que tinham outrora o hábito de succionar na chupeta, a marca escolhida era a Chicco® (77,8%). A maioria usava uma chupeta com escudo rígido (77,8%), tetina recortada (83,3%) e, dos casos em que os tutores se recordavam do material da respetiva (38,9%), a maioria era de borracha (27,8%).

Da mesma forma, conclui-se que a maioria das crianças que usavam chupeta e eram portadoras da mesma (n=40), a marca comercial mais utilizada também era a Chicco® (n=24). Pelas características observadas, a maioria das chupetas (n=34) possuíam escudo rígido, tetina recortada (n=36) e de silicone (n=29). A maioria dos responsáveis pelas crianças que usavam/usaram chupeta (44%) escolheram a chupeta por ser a mais bonita/barata.
9. Das 111 crianças incluídas na amostra, apenas 29 apresentaram alterações oclusais, sendo a alteração vertical: mordida aberta a alteração com maior incidência (n=25). A maioria das crianças com mordida aberta apresentavam idade superior a 24 meses (76%). Apenas 10 crianças usavam biberão como veículo de alimentação e 1 criança mamava. A maioria das crianças que não mamava e apresentava mordida aberta (70,8%) já tinham mamado, sendo que mais de metade (50,8%) tinham mamado entre

6 a 12 meses. A maioria (n=17) usavam chupeta e das que não usavam, 4 já tinham usado, sendo que o hábito se manteve durante mais de 2 anos. Das crianças que já usavam/usaram chupeta, a maioria usavam chupeta em situações de stress/choro (56,5%) e todas usavam para adormecer. Em 60,4% (n=14) dos casos, a chupeta não era removida após a criança adormecer. Destas crianças, a sua maioria (73,9%) succionava a chupeta com intensidade considerada excessiva. Apenas 4 crianças com alteração vertical efetuavam sucção digital e, destas, 3 apresentavam o hábito frequentemente.

10. Dado o grau de desconhecimento demonstrado pelos adultos inquiridos bem como pelos profissionais de saúde onde teve lugar a recolha da amostra no que concerne aos fatores inerentes ao uso da chupeta, foi transmitida a importância do uso adequado da mesma e a sua influência tanto a nível dentário como esquelético, esclarecendo todas as dúvidas suscitadas sobre esta temática. Conclui-se, portanto, a existência de uma tendência para a adoção de comportamentos em resultado das conceções existentes em volta da temática em questão, as quais nem sempre são as mais corretas face ao conhecimento atual. Revela-se, assim, de extrema importância a disponibilização de Informação junto dos profissionais de saúde e dos pais, sobretudo dos identificados como de maior risco, que possa contribuir para prevenir o aparecimento de maloclusões fruto do uso inadequado/excessivo da chupeta.

## Bibliografia

1. Bervian J, Fontana M, Caus B. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais-revisão de literatura. *Rev da Fac Odontol*. 2008;13(2):76–81.
2. Julio A, Neto F. Aparelho estomatognático. 2006;
3. Patrícia C, Alves H, César R. Anatomia do Sistema Estomatognático. 2006;1–47.
4. Regina F. Relação do aleitamento e hábitos deletérios no desenvolvimento estomatognático. Universidade Fernando Pessoa; 2016.
5. Casagrande L, Vargas Ferreira F, Hahn D, Taís Unfer D, Rodrigues Praetzel J. Aleitamento natural e artificial e desenvolvimento do sistema estomatognático. Breast and bottle-feeding and the development of the stomatognathic system. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 2008;49(2):11–7.
6. Moon RY, Tanabe KO, Yang DC, Young HA, Hauck FR. Pacifier use and sids: Evidence for a consistently reduced risk. *Matern Child Health J*. 2012;16(3):609–14.
7. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Report. 2003;1–30.
8. Northstone K, Emmett P, Nethersole F. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet*. 2001;14(1):43–54.
9. Levy L, Bértolo H. Manual de Aleitamento Materno. *Clim Chang 2012- Phys Sci Basis*. 2012;53(9):1–30.
10. Pediatrics AA of. Breastfeeding and the Use of Human Milk. 2012;600–3.
11. Weiss P. Sucking on the Breast and on the Bottle. 2003;(July).
12. Netting MJ, Makrides M. Complementary foods: Guidelines and practices. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2017;87:1–12.
13. Green RJ, Samy G, Miqdady MS, Salah M, Sleiman R, Abdelrahman HMA, et al. How to Improve Eating Behaviour during Early Childhood. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2015;18(1):1–9.
14. Duarte M. Fatores associados à cronologia de erupção de dentes decíduos - Revisão de literatura. *Rev da Univ Val do Rio Verde*. 2011;9(1):139–51.
15. McDonald. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 9th ed. Mosby; 2011.
16. Bhojraj N, Narayanappa D. Polymorphism in the Eruption Sequence of Primary

- Dentition : A Cross-sectional Study. 2017;11(5):72–4.
17. Pedro PG, Falcão MC. Cronologia de erupção dos primeiros dentes decíduos em crianças nascidas prematuras com peso inferior a 1500g. *Rev Paul Pediatr*. 2014;32(1):17–23.
  18. Committee O, Council R. Guideline on management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 2009;30(7 Suppl):184–95.
  19. Steven D. Marshalla, Matthew Caspersenb, Rachel R. Hardingerc, Robert G. Franciscusd, Steven A. Aquilinoe TES. Development of the curve of Spee. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2009;135(1):3.
  20. Barrera JM, Llamas JM, Espinar E, Sáenz-Ramírez C, Paredes V, Pérez-Varela JC. Wilson maxillary curve analyzed by cbct. A study on normocclusion and malocclusion individuals. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(3).
  21. Opalinski AS, Weglicki LS, Gropper SS. Health Habit: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. 2017;0(0):1–11.
  22. Pereira TS, Oliveira F de, Cardoso MC de AF. Associação entre hábitos orais deletérios e as estruturas e funções do sistema estomatognático: percepção dos responsáveis TT - Association between harmful oral habits and the structures and functions of the stomatognathic system: perception of parents/g. *CoDAS*. 2017;29(3):1–6.
  23. Mendes F. Sucção digital - Implicações no desenvolvimento dentário. Universidade Fernando Pessoa; 2012.
  24. Tenório MD, Rocha J, Fraga A, Tenório D, Pereira P. Sucção digital: Observação em ultra-sonografia e em recém-nascidos. *Radiol Bras*. 2005;38(6):435–8.
  25. Santos SA dos, Holanda ALF de, Sena MF de, Gondim LAM, Ferreira M & Angela F. Nonnutritive sucking habits among preschool-aged children. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;0(0):408–14.
  26. Aizenbud D, Gutmacher Z, Teich ST, Oved-Peleg E, Hazan-Molina H. Lip buccal mucosa traumatic overgrowth due to sucking habit —A 10-year follow-up of a non-surgical approach: A combination of behavioural and myofunctional therapy. *Acta Odontol Scand*. 2014;72(8):1079–83.
  27. Tarvade SM, Ramkrishna S. Tongue thrusting habit : A review. 2015;
  28. Tanaka OM, Vitral RWF, Tanaka GY, Guerrero AP, Camargo ES. Nailbiting, or onychophagia: A special habit. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2008;134(2):305–8.

29. Afonso CM. Impacto da Respiração Oral e Má Oclusão Dentária na Fala. Universidade Fernando Pessoa; 2014.
30. Popoaski C, Marcelino T, Sakae T, Schmitz L, Correa L. Evaluation from the quality of life in the oral breathers patients. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2014;16(1):074–81.
31. Branco A, Ferrari GF, Weber SAT. Alterações orofaciais em doenças alérgicas de vias aéreas. *Rev Paul Pediatr.* 2007;25(3):266–70.
32. Peltomäki T. The effect of mode of breathing on craniofacial growth - Revisited. *Eur J Orthod.* 2007;29(5):426–9.
33. Weiler RME, Fisberg M, Barroso AS, Nicolau J, Simi R, Siqueira WL. A study of the influence of mouth-breathing in some parameters of unstimulated and stimulated whole saliva of adolescents. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006;70(5):799–805.
34. Zicari AM, Albani F, Ntrekou P, Rugiano A, Duse M, Mattei A, et al. Oral breathing and dental malocclusions. *Eur J Paediatr Dent.* 2009;10(2):59–64.
35. Passos MM, Frias-bulhosa J. Hábitos de Sucção Não Nutritivos , Respiração Bucal , Deglutição Atípica - Impactos na Oclusão Dentária. 2010;51:121–7.
36. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Ortodontia Contemporânea.* 2007. 701 p.
37. Tavares J. Hábitos Parafuncionais Infantis e o seu Impacto na Cavidade Oral. Univ Fernando Pessoa - Fac Ciências da Saúde. 2012;
38. Okeson. *Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion* , 6th Edition.
39. Diniz MB, Silva RC Da, Zuanon ACC. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Rev Paul Pediatr.* 2009;27(3):329–34.
40. Guo H, Wang T, Li X, Ma Q, Niu X, Qiu J. What sleep behaviors are associated with bruxism in children? A systematic review and meta-analysis. *Sleep Breath.* 2017;
41. Simões-zenari M. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. Factors associated to bruxism in children from 4 - 6 years. 2010;22(4):465–72.
42. Cient R. Bruxismo : Uma revisão da literatura . 2013;1:16–22.
43. Artantas AB, D M, Tetik BK, D M, Kılıc M. Knowledge level, attitude and own experience of health professionals about breastfeeding and breast milk in a city of Turkey: Cross-sectional study. *Arch Argent Pediatr.* 2016;114(6):514–20.
44. Walsh P, Vieth T, Rodriguez C, Lona N, Molina R, Habebo E, et al. Using a

- pacifier to decrease sudden infant death syndrome: an emergency department educational intervention. *PeerJ* [Internet]. 2014;2:e309. Available from: <https://peerj.com/articles/309>
45. Silva RR. *Mordida Aberta: Diagnóstico Tratamento e Estabilidade*. Universidade Fernando Pessoa; 2014.
  46. Romero CC, Scavone-Junior H, Garib DG, Cotrim-Ferreira FA, Ferreira RI. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. *J Appl Oral Sci*. 2011;19(2):161–8.
  47. Shpack N, Einy S, Beni L, Vardimon AD. Assessment of open and incomplete bite correction by incisor overlap and optical density of polyvinyl siloxane bite registration. *Eur J Orthod*. 2006;28(2):166–72.
  48. Canut JA. *Ortodoncia Clínica y terapéutica*. 2010. p. 1–682.
  49. Asiry MA. Anterior open bite treated with myofunctional therapy and palatal crib. *J Contemp Dent Pract*. 2015;16(3):243–7.
  50. Pinho T. A ortodontia intercetiva nas deformidades dento-maxilares. *Nascer e Crescer - Rev do Hosp Crianças Maria Pia*. 2011;20(3):192–6.
  51. Ovsenik M, Farcnik FM, Korpar M, Verdenik I. Follow-up study of functional and morphological malocclusion trait changes from 3 to 12 years of age. *Eur J Orthod*. 2007;29(5):523–9.
  52. Giuntini V, Franchi L, Baccetti T, Mucedero M, Cozza P. Dentoskeletal changes associated with fixed and removable appliances with a crib in open-bite patients in the mixed dentition. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2008;133(1):77–80.
  53. Cozza P, Baccetti T, Franchi L, McNamara JA. Treatment effects of a modified quad-helix in patients with dentoskeletal open bites. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2006;129(6):734–9.
  54. Andr A. *Respiração Bucal: Manifestações Orofaciais no Paciente Odontopediátrico*. Universidade do Porto; 2010.
  55. Janson M, Pithon G, Fernando J, Henriques C, Janson G. Tratamento da mordida cruzada total : abordagem em duas fases. *R Dent Press Ortodon Ortop Facial* .... 2004;1–10.
  56. Masson Sertório SC, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. *Rev Saude Publica*. 2005;39(2):156–62.
  57. Castilho SD. Pacifier habit : history and multidisciplinary view. 2009;85(6):480–

- 9.
58. Sexton S, Natale R. Risks and benefits of pacifiers. *Am Fam Physician*. 2009;79(8):681–5.
  59. Hauck FR. Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2005;116(5):e716–23.
  60. Jenik AG, Vain N. The pacifier debate. *Early Hum Dev*. 2009;85(10 SUPPL.):89–91.
  61. Great T, Ideas S. Fast Facts American Academy of Pediatric Dentistry 2013. 2013;
  62. Rovers MM, Numans ME, Langenbach E, Grobbee DE, Verheij TJM, Schilder AGM. Is pacifier use a risk factor for acute otitis media? A dynamic cohort study. *Fam Pract*. 2008;25(4):233–6.
  63. Comina E, Marion K, Renaud FNR, Dore J, Bergeron E, Freney J. Pacifiers: A microbial reservoir. *Nurs Heal Sci*. 2006;8(4):216–23.
  64. Ponti M, Baxter C, James W, Leduc D, Mutch C, Spiegelblatt L, et al. Recommendations for the use of pacifiers. *Paediatr Child Health*. 2003;8(8):515–28.
  65. Soxman JA. Non-nutritive sucking with a pacifier: Pros and cons. *Gen Dent*. 2007;55(1):59–62.
  66. Originalis A. Chupeta : sim ou não ? P acifi er : yes or no ? (1):21–4.
  67. Aliprandini P, Ferreira F, Bertol L, Kindlein Júnior W. Comparison of design, materials selection and characterization of pacifiers produced in Brazil. *Australas Med J*. 2011;4(2):76–80.
  68. Regulations S. Office of Compliance. 2001;1–6.
  69. Marconi M, Lakatos E. Fundamentos de metodologia científica. Editora Atlas S. A. 2003. 310 p.
  70. INE. Instituto Nacional de Estatística [Internet]. Available from: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
  71. DRC. Direção Geral de Saúde – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, a asma é uma das doenças respiratórias crónicas [Internet]. Available from: <http://www.dgs.pt/>
  72. DGEEC. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e da Ciência [Internet]. Available from: <http://www.dgeec.mec.pt>
  73. PORDATA. Base de dados Portugal Contemporâneo [Internet]. Available from: <http://www.pordata.pt/>
  74. Migueis D. Alterações dentofaciais e o seu impacto na alimentação e na higiene

- oral em crianças com fenda palatina. Universidade Fernando Pessoa; 2015.
75. Garbin CAS, Garbin AJÍ, Martins RJ, Souza NP de, Moimaz SAS. Prevalência de hábitos de sucção não nutritivos em pré-escolares e a percepção dos pais sobre sua relação com maloclusões. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):553–8.
  76. Lubbe W, ten Ham-Baloyi W. When is the use of pacifiers justifiable in the baby-friendly hospital initiative context? A clinician’s guide. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):130.
  77. Lima AA dos SJ, Alves CMC, Ribeiro CCC, Pereira ALP, da Silva AAM, Silva LFG e, et al. Effects of conventional and orthodontic pacifiers on the dental occlusion of children aged 24-36 months old. *Int J Paediatr Dent*. 2017;27(2):108–19.
  78. Carvalho S. Hábitos de Sucção Não Nutritivos em Pacientes Pediátricos. Universidade de Lisboa; 2014.
  79. Alm B, Wennergren G, Möllborg P, Lagercrantz H. Breastfeeding and dummy use have a protective effect on sudden infant death syndrome. *Acta Paediatr*. 2016;105(1):31–8.
  80. Cerny R. Thumb and finger sucking. *Aust Dent J*. 1981;26(3):167–71.
  81. Macho V, Andrade D, Areias C, Norton A, Coelho A, Macedo P. Prevalência de hábitos orais deletérios e de anomalias oclusais numa população dos 3 aos 13 anos. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2012;53(3):143–7.
  82. Urzal V, Braga AC, Ferreira AP. The prevalence of anterior open bite in Portuguese children during deciduous and mixed dentition – Correlations for a prevention strategy. *Int Orthod*. 2013;11(1):93–103.
  83. Lopes-Freire GM, Cárdenas ABC, Suarez de Deza JEE, Ustrell-Torrent JM, Oliveira LB, Boj Quesada JR JR. Exploring the association between feeding habits, non-nutritive sucking habits, and malocclusions in the deciduous dentition. *Prog Orthod*. 2015;16(1):43.
  84. Peres KG, Cascaes AM, Peres MA, Demarco FF, Santos IS, Matijasevich A, et al. Exclusive Breastfeeding and Risk of Dental Malocclusion. *Pediatrics*. 2015;136(1):e60–7.
  85. Silva M. Comportamentos de Autonomia nos Anos Pré-Escolares na Transição para a escolaridade obrigatória. Universidade de Lisboa; 2009.

## **Anexos**

## Anexo I – Declaração de Consentimento Informado



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

**de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe feita, queira, por favor, assinar este documento.

**Título do estudo:** *Hábitos em Odontopediatria: uso de chupeta.*

**Enquadramento:** Investigação de âmbito académico a efetuar em Santa Comba Dão, Viseu, tendo como responsável a Professora Doutora Andreia Figueiredo, docente da Universidade Católica Portuguesa e a aluna do 5ºano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Maria Beatriz dos Santos Vilaça. O estudo será apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.

**Explicação do estudo:** O estudo a realizar requer o preenchimento de um questionário constituído por 49 questões, com o objetivo de avaliar a prevalência de hábitos de sucção nutritivos e não nutritivos em bebés e crianças, bem como a duração e intensidade dos mesmos;

Para além de avaliar o conhecimento do progenitor, no que diz respeito aos fatores intrínsecos ao uso da chupeta (formato; tamanho; forma; tempo de uso; intensidade de sucção; mudança da chupeta). O estudo contempla, ainda, o registo fotográfico da chupeta, de forma a garantir a fiabilidade dos dados adquiridos sobre a mesma, bem como um registo fotográfico da oclusão do bebé/criança, de forma a comparar a chupeta usada com o tipo de mordida que a criança possui. Constitui ainda um objetivo, relacionar a prevalência dos hábitos deletérios com a probabilidade de os indivíduos da amostra virem a desenvolver, *a posteriori*, alterações esqueléticas e dentárias (mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior).

**Condições:** Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos. A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa de estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis e com total ausência de prejuízos, assistências ou outros, caso não queira participar.

Ao decidir participar, pode efetuar todas as questões que achar necessárias para o seu esclarecimento ou facultar informações aos responsáveis do estudo em qualquer etapa do mesmo.

**Confidencialidade e anonimato:** Os dados recolhidos para o presente são de uso exclusivo do investigador e tratados de como a garantir a sua confidencialidade. A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade promovendo o seu anonimato. A análise dos dados recolhidos será efetuada em ambiente que garante a privacidade dos mesmos, sendo os mesmos utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projeto.

**Assinatura dos responsáveis pelo projeto:**

A aluna: \_\_\_\_\_

O Docente/Orientador: \_\_\_\_\_

**Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinaram. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Santa Comba Dão, Viseu \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## Anexo II – Questionário



# CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu

Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2016-2017

### Questionário

#### **“Hábitos em Odontopediatria: uso de chupeta”**

Maria Beatriz dos Santos Vilaça, aluna do 5º ano

Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

Este questionário é constituído por 49 questões, a preencher por meio de entrevista. Tem como intuito avaliar os hábitos deletérios presentes nas faixas etárias em estudo, bem como o conhecimento dos pais/tutores no que diz respeito à temática em questão.

O respetivo preenchimento terá uma duração estimada de 7 minutos.

O seu contributo é crucial para a obtenção de dados estatísticos fundamentais para a elaboração desta dissertação.

O questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais e serão utilizados com uma finalidade estritamente científica.

1-Idade do responsável:\_\_\_

2-Grau de Parentesco:\_\_\_\_\_

3-Residência:  Aldeia  Vila  Cidade

4-Habilitações literárias:

< 4ºano	
5º-9º	
10º-12º	
Ensino Superior	

5- É o 1ºfilho?  Sim  Não

5.1- Que idade têm os outros filhos? \_\_\_\_\_

6- Idade do bebé/criança: \_\_\_\_\_

7- Género:  Feminino  Masculino

8-Doenças atuais?  Não  Sim

8.1 – Qual? \_\_\_\_\_

9- Onde fica o bebé/ criança durante o dia?  Casa  Creche/Escola

9.1- Caso tenha respondido “Casa”, quem cuida da criança? \_\_\_\_\_

9.2- Caso tenha respondido “Creche/Escola”, durante quanto tempo fica o bebé na creche?

Menos 4h

4 a 8h

8 a 12h

9.2.1- Há quanto tempo frequenta a creche/escola?

≤ 1 ano

2 a 4 anos

≥ 5 anos

---

**Hábitos alimentares do bebé/criança**

10- Como se alimenta o bebé/criança?

Mama

Biberão

Mama e biberão

Mama/ Biberão e colher

Colher

11 – Se não mama, já mamou?

Não

Sim

11.1 - Durante quanto tempo mamou? \_\_\_\_\_

12- Se utiliza (ou utilizou) biberão, teve alguma preocupação especial com a tetina do biberão?

Não

Sim

10.1 - Qual? \_\_\_\_\_

13 - Como é que o bebé/criança bebe os líquidos que não o leite?

Copo

Caneca

Biberão

**14- O bebê/ criança usa chupeta?**

Sim

Não

**14.1 -Já usou?**

Não

Sim

**14.2 – Se usa, qual foi a razão para ter escolhido a chupeta que usa?**

Porque me foi aconselhado

Ortodôntica/Ergonômica

Mais Barata/Bonita

**14.3 - Alguma vez mudou de chupeta?**

Não

Sim

**14.4 - Quantas vezes, aproximadamente, mudou?**

1

2

3 ou mais

**14.5 - Porque razão trocou de chupeta? \_\_\_\_\_**

**14.6- Se o bebê/criança já usou, usou sempre a mesma chupeta?**

Não

Sim

14.7 – Qual (ais) eram a(s) marca (s)? \_\_\_\_\_

14.8 - Qual era a forma da chupeta? \_\_\_\_\_

14.9- Quantas vezes, aproximadamente, mudou?

1

2

3 ou mais

14.10- Porque razão trocou de chupeta? \_\_\_\_\_

14.11 - Sabe durante quanto tempo usou? \_\_\_\_\_

15- Se a criança usa/usava chupeta, em que situações é que o bebé/criança usa/ usava?

A chorar /situações de stress

A seguir às refeições

Para adormecer

15.1 – Se o bebé/ criança usa/usava a chupeta para adormecer, tira (va) a chupeta depois do bebé adormecer?

Sim

Não

Nos primeiros meses não, mas depois sim

16 – Sabe a intensidade com que o bebé/criança succiona/succionava a chupeta?

Fraca (A criança tem a chupeta na boca, mas não se verificam movimentos de sucção ou são quase impercetíveis)

Moderada (Movimentos de sucção claramente percetíveis)

Excessiva (Movimentos acentuados de sucção que são frequentemente audíveis)

Não me recordo

17 – Na maternidade, foi aconselhado o uso da chupeta?

Não  Sim

17.1. – Porque razão? \_\_\_\_\_

18 – Tem conhecimento da influência da chupeta no que diz respeito à incidência de morte súbita infantil?

Não  Sim

---

**Preconceitos dos pais no que concerne aos hábitos de sucção nutritivos – chupeta e dedo**

19 – Na sua opinião, a utilização da chupeta prejudica o bebé/criança?  Não  Sim

20 – Até que idade entende ser aconselhado o uso de chupeta? \_\_\_\_\_

21 – Para si, succionar a chupeta ou o dedo tem a mesma influência?

Sim

Não

21.1 – Qual dos hábitos é pior? \_\_\_\_\_

---

**Outros hábitos não nutritivos**

22 – Tem conhecimento de que o bebé/criança succiona (va) o dedo?

Não

Sim

22.1 – Em que dedo (s)? \_\_\_\_\_

22.2 – Com que frequência? \_\_\_\_\_

22.3 – A sucção digital esteve presente desde o nascimento? \_\_\_\_\_

**23 – O bebé/criança tem o hábito de succionar a língua?**

Não       Sim       Não, mas já teve

**24 – O bebé/criança tem o hábito de succionar os lábios?**

Não       Sim       Não, mas já teve

**25 – O bebé/criança tem o hábito de roer as unhas (onicofagia)?**

Não       Sim       Não, mas já teve

**Dados Observacionais**

**Chupeta**

**Tetina**

Composição Base:  Látex  
 Silicone

Forma:  Recortada  
 Gota

**Medidas:**

Espessura do ecrã: \_\_\_\_\_

Largura da Tetina: \_\_\_\_\_

Altura da Tetina: \_\_\_\_\_

**Escudo:**  Flexível

Rígido

**Alterações dentárias e esqueléticas**

Apresenta alterações verticais?  Não  Sim

Apresenta alterações transversais?  Não  Sim