



Ana Cláudia Amaro Henriques

Hábitos orais nocivos: Abordagem multidisciplinar entre Terapeutas da Fala, Educadores de Infância e Pais

Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, área de
Motricidade Orofacial e Deglutição

Orientadora: Ana Margarida Nogueira Leitão Lima Grilo, Mestre, Terapeuta da Fala

março de 2016

Ana Cláudia Amaro Henriques

Hábitos orais nocivos: Abordagem multidisciplinar entre Terapeutas da Fala, Educadores de Infância e Pais

Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, área de
Motricidade Orofacial e Deglutição

Orientadora: Ana Margarida Nogueira Leitão Lima Grilo, Mestre, Terapeuta da Fala

Júri:

Presidente: Mestre (Título Especialista) Cristina Maria Magalhães Vieira da Silva

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogais: Mestre Ana Margarida Nogueira Leitão Lima Grilo

Professor Coordenador Equiparado da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Professora Doutora Maria de Fátima Ferreira de Andrade Costa

Terapeuta da Fala, Doutora em Ciências e Tecnologias da Saúde

março de 2016

Título: Hábitos orais nocivos: Abordagem multidisciplinar entre Terapeutas da Fala, Educadores de Infância e Pais

Title: Harmful oral habits: Multidisciplinary approach between Speech Therapists, Preschool Teachers and Parents

Autoria: Ana Cláudia Henriques, Terapeuta da Fala

tfanahenriques@gmail.com

Rua das Hortas nº31, 2450-355 Valado dos Frades

O presente documento, foi elaborado no âmbito da 2ª edição de Mestrado em Terapia da Fala na especialização em motricidade orofacial e deglutição, ESSA em cooperação com o Instituto E.PAP, tendo sido redigido segundo o novo acordo ortográfico, em vigor desde janeiro de 2009, e segue as normas estabelecidas pela ESSA para redação de trabalhos académicos e científicos (Conselho Científico, 2004) bem como as normas da RPTF (www.rptf-aptf.com).

Hábitos orais nocivos: Abordagem multidisciplinar entre Terapeutas da Fala, Educadores de Infância e Pais

Resumo

Objetivos: caracterizar e comparar (i) o conhecimento dos participantes em relação aos tipos de hábitos orais nocivos; (ii) o conhecimento de pais, Educadores de Infância e Terapeutas da Fala em relação às causas de hábitos orais nocivos; (iii) os agentes responsáveis pela correção de hábitos orais nocivos de acordo com os participantes; (iv) caracterizar o tipo de estratégias usadas pelos grupos de participantes para a correção de hábitos orais nocivos.

Método: participaram 317 sujeitos (Terapeutas da Fala, Educadores de Infância e Pais), aos quais foi solicitado o preenchimento de um questionário disponibilizado *on-line* sobre o conhecimento e atitudes face aos hábitos orais nocivos.

Resultados: verificou-se que na generalidade das questões existiram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, não existindo consenso entre os grupos.

Conclusão: de acordo com os resultados, conclui-se a inexistência de um conhecimento coerente face às questões relacionadas com os hábitos orais nocivos, podendo gerar abordagens distintas entre os diferentes intervenientes, sendo necessário apresentar informação mais transversal acerca do tema. É proposta a criação de um conjunto de procedimentos controlados para a prática de todos aqueles que intervêm direta e diariamente com a criança.

Palavras-chave: abordagem multidisciplinar, hábitos orais nocivos, Pais, Educadores de Infância, Terapeutas da Fala.

Harmful oral habits: Multidisciplinary approach between Speech Therapists, Preschool Teachers and Parents

Abstract

Purpose: to characterize and compare (i) the knowledge of participants concerning harmful oral habits; (ii) the knowledge of parents, preschool teachers and speech therapists regarding harmful oral habits causes; (iii) the agents responsible for the correction of harmful oral habits according to participants; (iv) characterize the type of strategies used by groups of participants regarding harmful oral habits correction.

Methods: an *on-line* questionnaire on harmful oral habits answered by a total of 317 subjects (Speech Therapists, Preschool Teachers and parents).

Results: analysis of the answers revealed a statistically significant difference for the majority of the questions among the three experimental groups.

Conclusion: according to the results we can conclude that no coherence exists concerning the knowledge of the three groups regarding their knowledge about harmful oral habits, which may lead to different approaches between different intervenients. In this regard it is necessary to present more transversal information on this subject. It is proposed to create a set of controlled procedures to be used by all of the people that intervene daily and directly with the child.

Keywords: multidisciplinary approach, harmful oral habits, parents, Preschool Teacher, Speech Therapists.

INTRODUÇÃO

O hábito é definido como a repetição de algo, que quando inconsciente passa a estar associado à personalidade do indivíduo. Dependendo do tipo de hábito, o mesmo ao tornar-se vicioso pode influenciar de forma negativa o desenvolvimento do indivíduo.^{2,9,19,29}

Quando o hábito se relaciona com toda a ação realizada pela musculatura intra e peri-oral é denominado de hábito oral.⁹ Os hábitos orais dividem-se segundo a literatura entre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva. Sendo que os primeiros referem-se ao hábito que faculta nutrientes essenciais ao indivíduo, e os segundos dizem respeito aos hábitos que promovem a sensação de bem-estar.^{19,28} Assim, os hábitos orais nocivos são aqueles que se manifestam como potenciais fatores etiológicos na determinação da oclusão dentária e da alteração do padrão de crescimento facial.^{9,26,28}

De acordo com a literatura existente acerca da área em estudo, o uso de chupeta e biberão, a sucção labial, lingual, digital e de objetos são considerados hábitos orais nocivos, quando presentes de forma contínua e repetitiva no dia-a-dia da criança.^{13,23,26,28,29} São também considerados como hábitos orais nocivos a onicofagia, respiração oral e bruxismo, embora para estes não exista acordo quanto à sua inclusão neste conceito.^{13,23,26,28,29}

Vários estudos^{1,2,4,5,11,18,21,23} apontam o tipo de aleitamento como um fator determinante no desenvolvimento de hábitos orais nocivos, uma vez que quando o aleitamento materno não acontece de forma correta, ou quando é feito um desmame precoce, a criança fica insatisfeita ao nível do estímulo de sucção, pelo que tem mais tendência a desenvolver hábitos orais nocivos de forma a compensar a sua insatisfação. De acordo com a literatura as crianças que são amamentadas de forma natural até pelo menos aos seis meses tendem a apresentar menor risco para o aparecimento de hábitos orais nocivos, tendo em conta que é promovido de forma correta o desenvolvimento músculo-esquelético.

Contrariamente à amamentação natural, a artificial caracteriza-se pela inexistência de esforços e insatisfação das necessidades de sucção da criança, pelo que a mesma tenderá a desenvolver de forma incorreta a sua musculatura oro facial, sendo por isso importante a promoção do aleitamento natural.^{2,11}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com a UNICEF estabeleceu um comunicado – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés – que define objetivos/estratégias importantes para o sucesso do aleitamento materno que devem ser implementadas nos serviços de saúde que interagem diretamente com as grávidas e os recém-nascidos.⁸

Assim como nos serviços de saúde, ainda antes do bebé nascer, devem ser implementadas práticas de prevenção e promoção de escolhas que beneficiem a criança no seu futuro, e também a escola deve ter um papel ativo no processo da promoção da qualidade de vida da criança.²⁷

Em Portugal cerca de noventa por cento das mães iniciam o aleitamento de forma natural. No entanto, verifica-se que quase metade dessas mães desistem do mesmo após o primeiro mês, sendo por isso necessária a implementação de medidas promotoras do sucesso do aleitamento materno, uma vez que a mesma entidade refere que a amamentação natural deve permanecer pelo menos até ao sexto mês de vida da criança.⁸

De acordo com o Ministério da Saúde, os programas de saúde escolar desenvolvidos em contexto educativo através de uma equipa multidisciplinar, constituída por um Médico, um Terapeuta da Fala, um Psicólogo, Técnicos de Educação, entre outros, têm como objetivo fomentar a promoção e proteção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo da criança.^{22,24}

Em conjunto, os técnicos de saúde e de educação têm um papel permanente de *empowerment*¹ na promoção de saúde, como é descrito no Plano Nacional de Saúde Escolar. O mesmo refere que o sucesso de tais práticas está dependente da verdadeira interação entre os diferentes intervenientes

¹ Substantivo formado com base no verbo "empower", que significa: autorizar; dar poder; tornar apto; dar autoridade; dar capacidade; permitir.

envolvidos no processo. Pelo que a hierarquia de importâncias não se deve manifestar, uma vez que só o trabalho conjunto no desenvolvimento de competências e habilidades de cada um irão permitir que as crianças sejam dotadas de conhecimentos, atitudes, valores que as ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental.^{22,24}

O Plano Nacional de Saúde Escolar remete também para a necessidade de todas as escolas serem promotoras de saúde, através do seu currículo, ambiente e interação escola/família/meio. O papel da saúde escolar revela-se como um complemento aos serviços de saúde, na medida em que melhora a saúde na comunidade educativa e potencializa práticas preventivas.^{22,24}

Torna-se, portanto, pertinente integrar a saúde escolar no currículo e nas práticas de gestão da escola, bem como no meio envolvente físico e social, potenciando estilos de vida saudáveis para a população escolar.^{22,24}

Tendo em conta que os hábitos orais nocivos podem estar associados a alterações no crescimento ósseo, alterações dentárias, dificuldades respiratórias, alterações na articulação dos sons da fala, alterações no equilíbrio muscular, e ainda problemas de nível psicológico.^{26,28,29} É importante a consciencialização dos intervenientes no dia-a-dia da criança para as consequências que advém dos hábitos orais nocivos, sendo que na maioria das vezes os mesmos são entendidos como inocentes e passageiros. A família, os técnicos e a própria criança devem funcionar como equipa no sentido de proporcionar à criança um equilíbrio na utilização de estratégias durante a correção do hábito oral nocivo. O sucesso da correção de hábitos orais nocivos depende da articulação de objetivos de intervenção entre Terapeutas da Fala, Psicólogos, Profissionais de Saúde Oral, Educadores e família. Nesse sentido surge a necessidade de serem criadas formações/sessões informativas sobre as consequências dos hábitos orais nocivos e estratégias a adotar que desencorajem os mesmos.^{3,7,9,10,15,20,21,25,29}

A correção dos hábitos orais nocivos deve ser realizada o mais precocemente possível, no sentido de permitir à criança um equilíbrio no desenvolvimento das estruturas estomatognáticas. A correção eficaz dependerá de um diagnóstico e plano de intervenção realizados em conjunto, por mérito de uma abordagem multidisciplinar.^{9,16,17,19,20}

Em 2008, realizou-se um estudo¹ com o objetivo de verificar a influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos orais nocivos, concluindo-se que as crianças amamentadas de forma natural tinham menor risco de apresentar hábitos orais nocivos, sendo necessária a implementação de programas de incentivo ao aleitamento materno para prevenir o aparecimento de hábitos orais nocivos.

Num estudo⁷ realizado em Portugal sobre as estratégias de correção de hábitos de sucção, as autoras do mesmo concluíram que é importante a consciencialização das crianças em relação às consequências dos hábitos e que o sucesso da remoção depende da colaboração e participação dos pais em conjunto com a criança.

A influência do ambiente familiar no desenvolvimento de hábitos orais nocivos revela que é necessário orientar e consciencializar os pais sobre o papel que têm na saúde oral dos filhos, sendo necessárias campanhas de divulgação sobre a temática²¹.

De acordo com a literatura disponível, verifica-se que ao longo dos anos têm vindo a ser publicados vários estudos ligados ao tema hábitos orais nocivos, no entanto nenhum junta a visão de pais, Educadores de Infância e Terapeutas da Fala sobre as suas atitudes face aos hábitos orais nocivos. As várias publicações remetem apenas para assuntos específicos como o aleitamento materno/artificial, estratégias de correção, ou visão individual de determinados agentes envolvidos na temática, como médicos ou familiares sobre aspetos específicos relacionados aos hábitos orais nocivos, como uso de chupeta ou impacto na cavidade oral.

O tema do presente estudo surge pela necessidade de compreender qual o papel dos pais, Educadores de Infância e Terapeutas da Fala relativamente aos hábitos orais nocivos, tendo em

conta as suas atitudes e conhecimentos sobre a temática. A realização deste estudo pretende dar conhecimento, a todos os que interagem com crianças com e/ou sem hábitos orais nocivos, acerca das causas, consequências e estratégias de correção de hábitos, potenciando assim a prevenção dos mesmos.

Os objetivos do presente estudo são: caracterizar e comparar (i) o conhecimento dos participantes em relação aos tipos de hábitos orais nocivos; (ii) o conhecimento de pais, Educadores de Infância e Terapeutas da Fala em relação às causas de hábitos orais nocivos; (iii) os agentes responsáveis pela correção de hábitos orais nocivos de acordo com os participantes; (iv) caracterizar o tipo de estratégias usadas pelos grupos de participantes para a correção de hábitos orais nocivos.

Métodos

O presente estudo é de caráter descritivo e comparativo, uma vez que pretende descrever e comparar a abordagem multidisciplinar entre Terapeutas da Fala, Educadores de Infância e Pais relativamente aos hábitos orais nocivos. É ainda de caráter transversal, dado que o estudo foi realizado num determinado tempo e único.¹²

Os participantes cumprem os seguintes critérios de inclusão: ser Terapeuta da Fala, Educador de Infância ou pai/mãe; a formação académica do Terapeuta da Fala e do Educador de Infância tem de ser igual ou superior a licenciatura. Não sendo, assim, necessária a criação de critérios de exclusão.

A amostra é composta por 317 indivíduos, divididos em três grupos. O grupo 1 (G1) integra 130 Terapeutas da Fala, o grupo 2 (G2) integra 82 Educadores de Infância e o grupo 3 (G3) integra 105 pais/mães.

No G1 a média de idades dos participantes é de 27 anos (mínimo 21, máximo 41), sendo 127 do género feminino e 3 do masculino, com uma média de anos de experiência profissional de 3 anos, em que 80.8% realizam trabalho ao nível da correção de hábitos orais nocivos.

No G2 a média de idades dos participantes é de 35 anos (mínimo 22, máximo 59), sendo 81 do género feminino e 1 do masculino, com uma média de anos de experiência profissional de 3 anos, em que 67.1% realizam trabalho ao nível da correção de hábitos orais nocivos.

No G3 a média de idades dos participantes é de 35 anos (mínimo 19, máximo 50), sendo 102 do género feminino e 3 do masculino, com uma média de 2 filhos, em que o intervalo de idades está entre 1 e 21 anos.

Para a recolha de dados, foi criado um instrumento de registo escrito e planeado para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, e crenças, elaborado pela investigadora do presente estudo, denominado de questionário (ver apêndice I,II e III).⁶

O mesmo permite organizar, normalizar e controlar os dados, para que as informações procuradas possam ser recolhidas de maneira rigorosa, uma vez que se trata de um instrumento de medida que traduz os objetivos do estudo com variáveis mensuráveis.¹⁴

Para a presente investigação foram criados três questionários (um para cada grupo), divididos em duas partes, em que a primeira está organizada por questões que permitem caracterizar: idade e género nos três grupos; número de filhos e respetivas idades no grupo 3; formação académica em hábitos orais nocivos, anos de experiência profissional, realização de trabalho ao nível da correção de hábitos orais nocivos e intervenientes que cooperam no mesmo, no grupo 2; e anos de experiência profissional, realização de trabalho ao nível da correção de hábitos orais nocivos e intervenientes que cooperam no mesmo, no grupo 1.

Na segunda parte são apresentadas questões que permitem verificar a opinião dos participantes, face aos conhecimentos e atitudes relativas aos hábitos orais nocivos e a sua correção. Para cada questão são apresentadas várias hipóteses de resposta, sendo que em algumas questões existe ainda uma opção que permite ao participante acrescentar alguma resposta que considere pertinente e que não esteja mencionada.

Após a construção dos questionários, foi realizado um pré-teste como forma de validação simples dos mesmos. Este foi realizado com a colaboração de dois terapeutas da fala, dois educadores de infância, um pai e uma mãe, que após preencherem, respetivamente, o questionário que lhes foi entregue, fizeram sugestões para melhoria do mesmo.

Após a conclusão de todas as reformulações sugeridas pelo grupo de pré-teste, os questionários foram colocados numa plataforma *online* – Google forms – para recolha da amostra.

O início de cada questionário contempla uma breve explicação do enquadramento da investigação, havendo a possibilidade do participante, ao não concordar com a mesma, desistir do preenchimento do mesmo. No final de cada questionário é colocada uma questão relativa à

autorização da utilização dos dados para fins académicos e científicos, salvaguardando assim todos os aspetos éticos do estudo.

O processo de recolha dos dados decorreu entre o início do mês de janeiro e o fim do mês de fevereiro, através das redes sociais, sendo estas um meio determinante na divulgação do estudo e do instrumento.

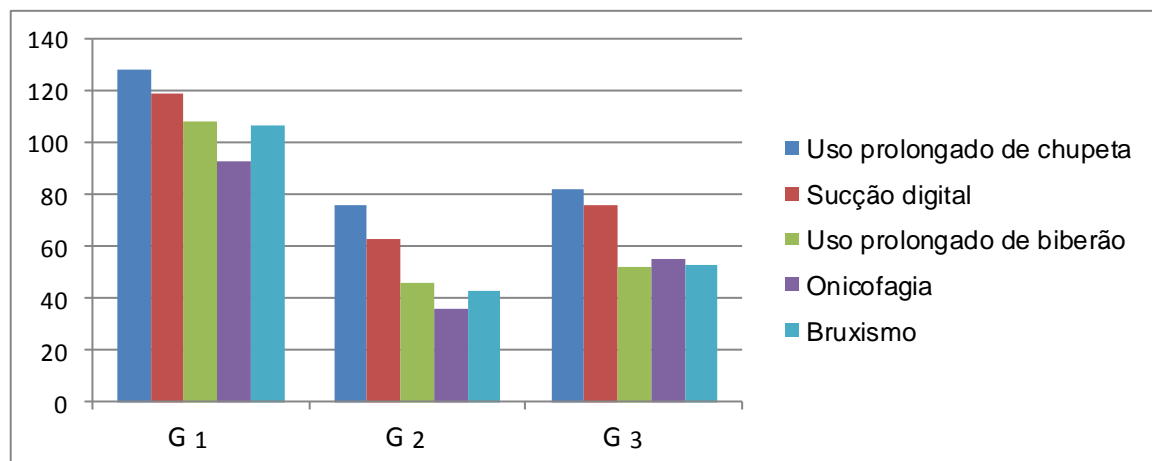
Após a recolha da amostra, foi feita uma revisão de todos os questionários, para verificar se foram preenchidos na totalidade e de acordo com o que era pedido pela investigadora, no sentido de posteriormente se proceder ao tratamento estatístico.

Foi construída uma base de dados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22.0, para *a posteriori* se proceder à análise descritiva e inferencial, com o objetivo de verificar as diferenças dos dados obtidos entre os participantes, analisando e discutindo-os tendo em conta outros estudos sobre a temática abordada na presente investigação.

Resultados

De acordo com a distribuição dos participantes descrita na metodologia, os grupos em estudo são G1 (Terapeutas da Fala), G2 (Educadores de Infância) e G3 (Pais), dos quais serão apresentados os resultados.

Gráfico 1 – Identificação de hábitos orais nocivos pelos grupos.



No gráfico 1 verifica-se quais os hábitos orais que os participantes consideram ser nocivos. Sendo que o *uso prolongado de chupeta* é o hábito mais apontado pelos três grupos. O hábito de *onicofagia* é o menos assinalado pelo G1 e G2, e o *uso prolongado de biberão* é o menos indicado pelo G3. De acordo com o teste de ANOVA é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$) entre os três grupos quanto à identificação de hábitos orais nocivos, para um nível de significância adotado de $p<0,05$.

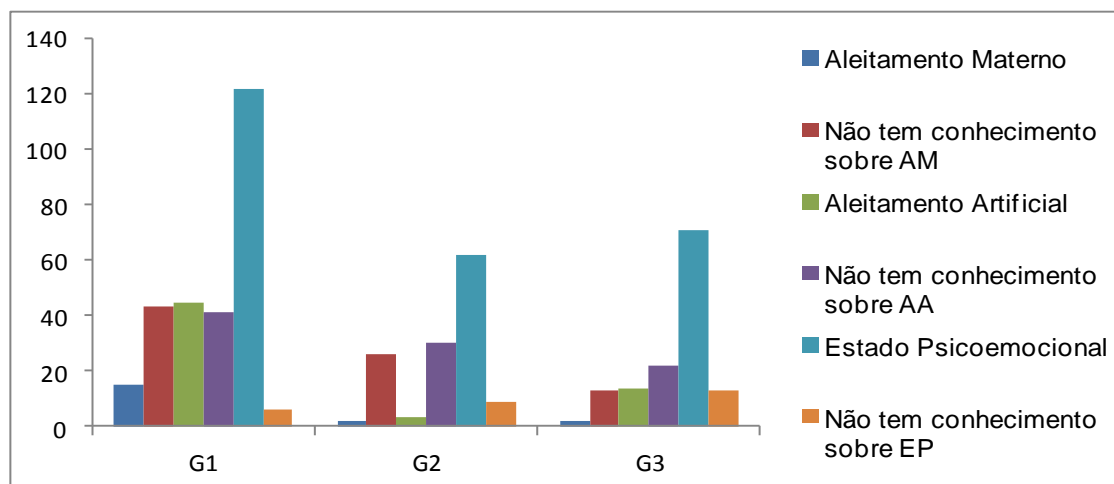
Tabela 1 – Comparação da identificação de hábitos orais nocivos intergrupos.

Grupos		Uso prolongado de chupeta	Sucção digital	Uso prolongado de biberão	Onicofagia	Bruxismo
		p	p	p	p	p
G1	G2	0,323	0,018	0,000	0,000	0,000
	G3	0,000	0,000	0,000	0,007	0,000
G2	G1	0,323	0,018	0,000	0,000	0,000
	G3	0,002	0,708	0,588	0,457	0,954
G3	G1	0,000	0,000	0,000	0,007	0,000
	G2	0,002	0,708	0,588	0,457	0,954

Legenda: p= nível de significância do teste de ANOVA. Nível de significância adotado de $p < 0,05$.

Através da tabela 1 verifica-se que existem diferenças significativas na identificação de hábitos orais nocivos entre G1 e G3. O *uso prolongado de chupeta* é o único hábito onde não se verificam diferenças significativas entre G1 e G2. Entre G3 e G2 o *uso prolongado de chupeta* é o único onde existem diferenças significativas na sua escolha.

Gráfico 2 – Identificação da relação entre tipo de aleitamento e estado psicoemocional com os hábitos orais nocivos pelos grupos.



De acordo com o gráfico 2 destaca-se que a maioria dos participantes de cada grupo não relaciona a aquisição de hábitos orais nocivos com o *aleitamento materno*, verificando-se que 82 participantes (G1= 43; G2= 26; G3= 13) referem que não têm conhecimento. Relativamente à

relação entre o *aleitamento artificial* com a aquisição de hábitos orais nocivos salienta-se uma maior incidência nos três grupos em não assumirem a relação entre eles. Quanto ao *estado psicoemocional* é visível que os três grupos afirmam que o mesmo está relacionado com a aquisição de hábitos orais nocivos.

Fazendo a comparação dos três grupos através do teste de ANOVA verifica-se de acordo com o nível de significância que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os grupos quanto à relação que estes atribuem entre o tipo de aleitamento e estado psicoemocional com a aquisição de hábitos orais nocivos.

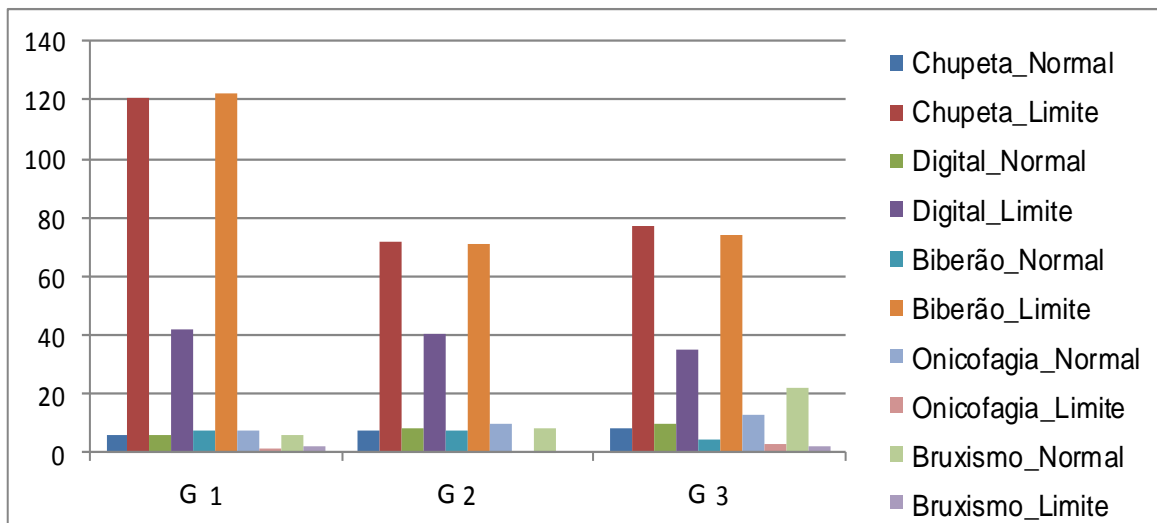
Tabela 2 – Comparação da identificação da relação entre tipo de aleitamento e estado psicoemocional com os hábitos orais nocivos pelos grupos.

Grupos		Aleitamento materno	Aleitamento artificial	Estado psicoemocional
		p	p	p
G1	G2	0,551	0,001	0,011
	G3	0,246	0,455	0,000
G2	G1	0,551	0,001	0,011
	G3	0,042	0,032	0,538
G3	G1	0,246	0,455	0,000
	G2	0,042	0,032	0,538

Legenda: p= nível de significância do teste de ANOVA. Nível de significância adotado de $p < 0,05$.

Através dos resultados constantes na tabela 2, pode comprovar-se que entre G2 e G3 existem diferenças significativas na atribuição da relação do aleitamento materno com o aparecimento de hábitos orais nocivos. Relativamente à relação do aleitamento artificial com os hábitos orais nocivos, são evidentes diferenças significativas entre G1 e G2 e entre G2 e G3. Referente ao estado psicoemocional, apenas entre G3 e G2 não surgem diferenças significativas.

Gráfico 3 – Opinião quanto à presença de hábitos orais nocivos nos grupos.



No gráfico 3 é evidenciada a opinião dos participantes quanto à normalidade ou não de cada hábito oral nocivo. Assim verifica-se que no G1 a maioria refere que *existe uma data limite* para o *uso prolongado de chupeta e de biberão*, considerando maioritariamente *nunca ser normal a sucção digital, onicofagia e bruxismo*. Para o G2 a maioria aponta que *existe uma data limite* para a *sucção digital* e para o *uso prolongado de chupeta e biberão*. Relativamente ao G3 a maioria dos participantes refere que *nunca será normal a sucção digital, onicofagia e bruxismo*, existindo *uma data limite* para *uso prolongado de chupeta e biberão* para a maioria dos participantes. Através do teste de ANOVA verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos quanto à normalidade da presença do *uso prolongado de chupeta, uso prolongado de biberão e bruxismo*. Para o hábito de *sucção digital e onicofagia* foi possível constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à sua normalidade ($p > 0,05$).

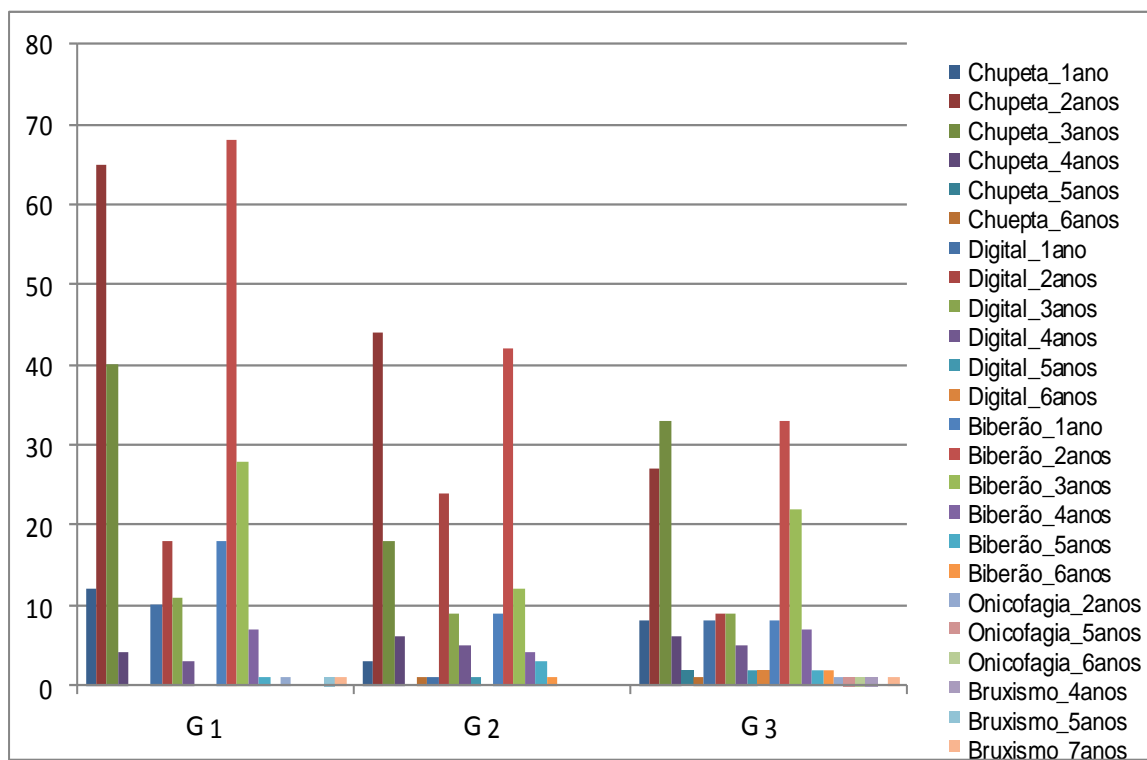
Tabela 3 – Comparação da opinião acerca da normalidade dos grupos quanto à presença de hábitos orais nocivos.

Grupos		Uso prolongado de chupeta	Sucção digital	Uso prolongado de biberão	Onicofagia	Bruxismo
		p	p	p	p	p
G1	G2	0,453	0,373	0,339	0,208	0,335
	G3	0,004	0,874	0,005	0,466	0,001
G2	G1	0,453	0,373	0,339	0,208	0,335
	G3	0,209	0,198	0,307	0,835	0,146
G3	G1	0,004	0,874	0,005	0,466	0,001
	G2	0,209	0,198	0,307	0,835	0,146

Legenda: p= nível de significância do teste de ANOVA. Nível de significância adotado de $p < 0,05$.

De acordo com a tabela 3 verifica-se que só existem diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G3 relativamente à presença do *uso prolongado de chupeta e biberão e ao bruxismo*.

Gráfico 4 – Identificação da idade limite (em anos) para cada hábito oral nocivo nos grupos.



O gráfico 4 revela a idade limite considerada pelos participantes que ponderaram existir uma idade limite para o hábito oral nocivo. Assim salienta-se que, relativamente ao *uso prolongado de chupeta* a maioria nos três grupos define a idade limite entre os 2 e 3 anos; a idade limite para a *sucção digital*, comum na maioria dos participantes de cada grupo, é os dois anos de idade; para o *uso prolongado de biberão* a maioria de cada grupo indica os dois anos de idade como limite. Comparando os três grupos relativamente à indicação da idade limite de cada hábito oral nocivo, verifica-se através do teste ANOVA que apenas o *uso prolongado de chupeta e de biberão* apresentam diferenças estatisticamente significativas na definição da idade limite entre os três grupos ($p < 0,05$).

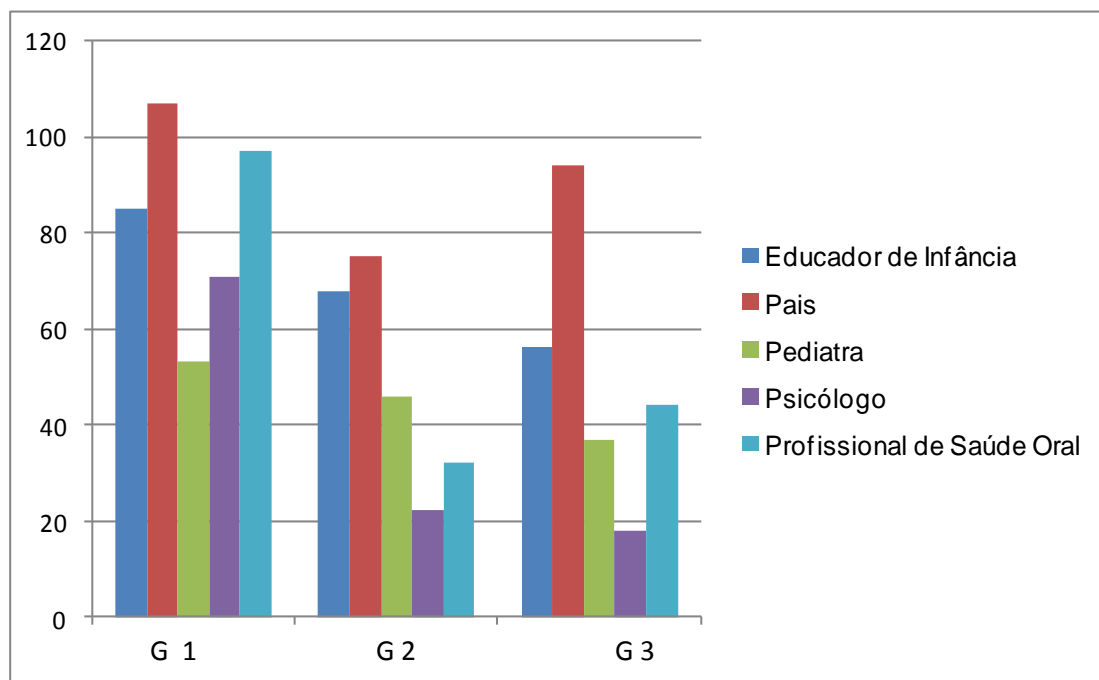
Tabela 4 – Comparação da identificação da idade limite (em anos) dos grupos para cada hábito oral nocivo.

Grupos		Uso prolongado de chupeta	Sucção digital	Uso prolongado de biberão
		P	P	P
G1	G2	0,513	0,283	0,683
	G3	0,023	0,067	0,035
G2	G1	0,513	0,283	0,683
	G3	0,367	0,723	0,307
G3	G1	0,023	0,067	0,035
	G2	0,367	0,723	0,307

Legenda: p= nível de significância do teste de ANOVA. Nível de significância adotado de $p < 0,05$.

Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G3 na atribuição de uma idade limite para o *uso prolongado de chupeta e de biberão* (tabela 4).

Gráfico 5 – Identificação de quem é que deve corrigir os hábitos orais nocivos nos grupos.



Verifica-se no gráfico 5 que o G1 aponta maioritariamente como agente ativo na correção de hábitos orais nocivos os *Terapeutas da Fala*, seguindo-se ordenadamente os *pais*, *profissional de saúde oral*, *educador de infância*, *psicólogo* e por último *pediatra*. Para o G2, a maioria atribui o papel mais importante aos *pais*, seguindo-se de forma ordenada, *educador de infância*, *terapeuta da fala*, *pediatra*, *profissional de saúde oral* e por fim *psicólogo*. Relativamente ao G3, o mesmo dá maior destaque ao papel dos próprios, destacando posteriormente a função do *educador de infância*, *profissional de saúde oral*, *terapeuta da fala*, *pediatra* e *psicólogo*, ordenadamente.

É também possível verificar que apenas o *papel dos pais* na correção de hábitos orais nocivos não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,102$), para um nível de significância adotado de $p<0,05$.

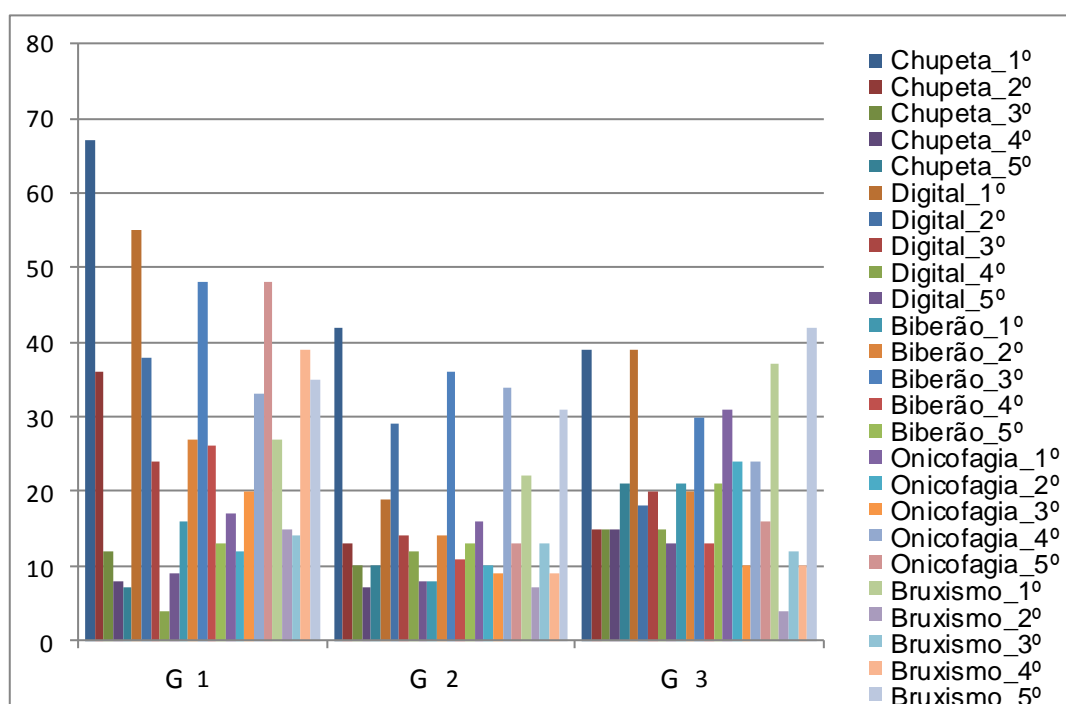
Tabela 5 – Comparação da identificação dos grupos de quem é que deve corrigir os hábitos orais nocivos.

Grupos		Terapeuta da Fala	Educador de Infância	Pais	Pediatra	Psicólogo	Profissional de Saúde Oral
		p	p	p	p	p	p
G1	G2	0,000	0,021	0,129	0,070	0,000	0,000
	G3	0,000	0,117	0,229	0,666	0,000	0,000
G2	G1	0,000	0,021	0,129	0,070	0,000	0,000
	G3	0,000	0,000	0,918	0,012	0,309	0,910
G3	G1	0,000	0,117	0,229	0,666	0,000	0,000
	G2	0,000	0,000	0,918	0,012	0,309	0,910

Legenda: p= nível de significância do teste de ANOVA. Nível de significância adotado de $p < 0,05$.

Salienta-se, de acordo com a tabela 5, que o *papel do terapeuta da fala* na correção de hábitos orais nocivos é o que gera diferenças significativas entre todos os grupos. O *papel dos pais* como agente ativo na correção de hábitos orais nocivos é aquele que não apresenta diferenças significativas entre os três grupos.

Gráfico 6 – Identificação da ordem pela qual deve haver necessidade de correção (1=mais necessário; 5=menos necessário) pelos grupos.



O gráfico 6 representa a atribuição dada pelos participantes quanto àquele que é o hábito oral nocivo mais necessário de corrigir. O G1 dá maior importância à correção do *uso prolongado de chupeta* e menor importância ao hábito de *onicofagia*. O G2 revela urgência na correção do *uso prolongado de chupeta* e menor necessidade de intervenção no hábito de *bruxismo*. O hábito com mais necessidade de correção considerado pelo G3 é o *uso prolongado de chupeta* e o hábito de *sucção digital*, sendo o hábito de *bruxismo* o mais apontado com menor necessidade de correção.

Através do teste ANOVA verifica-se que apenas o *uso prolongado de biberão* ($p=0,655$) e o hábito de *bruxismo* ($p=0,770$) não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à ordem pela qual deve haver mais necessidade de correção, para um nível de significância adotado de $p<0,05$.

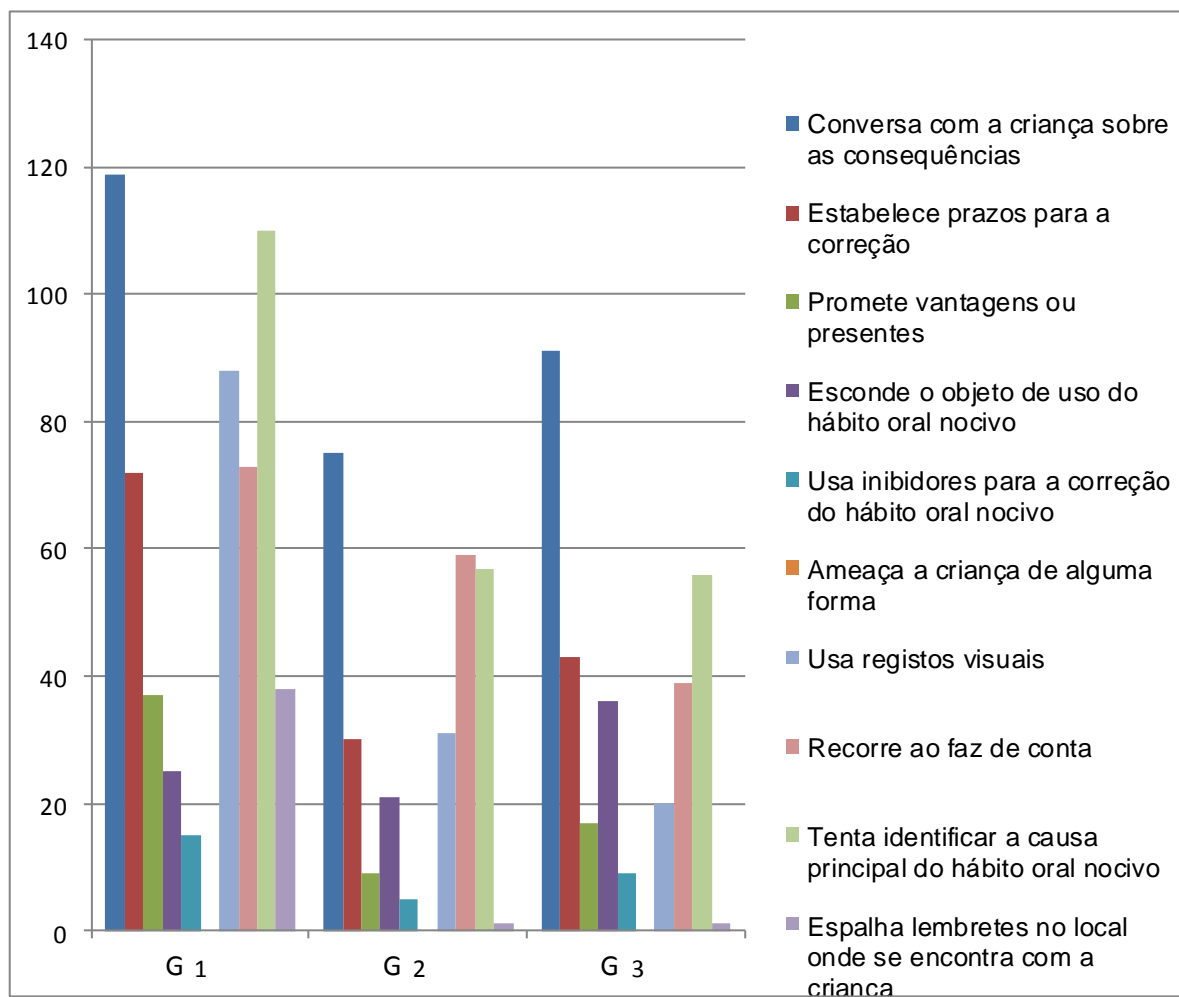
Tabela 6 – Comparação da identificação da ordem pela qual deve haver necessidade de correção (1=mais necessário; 5=menos necessário), pelos grupos.

Grupos		Uso prolongado de chupeta	Sucção digital	Uso prolongado de biberão	Onicofagia	Bruxismo
		p	p	p	p	p
G1	G2	0,310	0,019	0,703	0,094	0,959
	G3	0,000	0,023	0,997	0,000	0,750
G2	G1	0,310	0,019	0,703	0,094	0,959
	G3	0,033	0,965	0,681	0,044	0,924
G3	G1	0,000	0,023	0,997	0,000	0,750
	G2	0,033	0,965	0,681	0,044	0,924

Legenda: p= nível de significância do teste de ANOVA. Nível de significância adotado de $p<0,05$.

Salienta-se, através da tabela 6 que a ordem pela qual deve haver maior necessidade de correção apresenta diferenças significativas, quanto ao *uso prolongado de chupeta* e à *onicofagia*, entre G1 e G3 e entre G2 e G3.

Gráfico 7 – Identificação de estratégias utilizadas para corrigir os hábitos orais nocivos pelos grupos.



No gráfico 7 são indicadas as estratégias utilizadas, pelos participantes dos três grupos, na correção de hábitos orais nocivos. É possível verificar que a *conversa com a criança sobre as consequências dos hábitos orais nocivos* é a estratégia mais utilizada nos três grupos. A estratégia menos utilizada é *ameaçar a criança de alguma forma*, também comum aos três grupos.

Analisando estatisticamente o nível de significância de cada estratégia, verifica-se através do teste de ANOVA que a *conversa com a criança sobre as consequências* e o *uso de inibidores do hábito oral nocivo* são as únicas estratégias em que não existem diferenças significativas entre os grupos ($p > 0,05$), para um nível de significância adotado de $p < 0,05$.

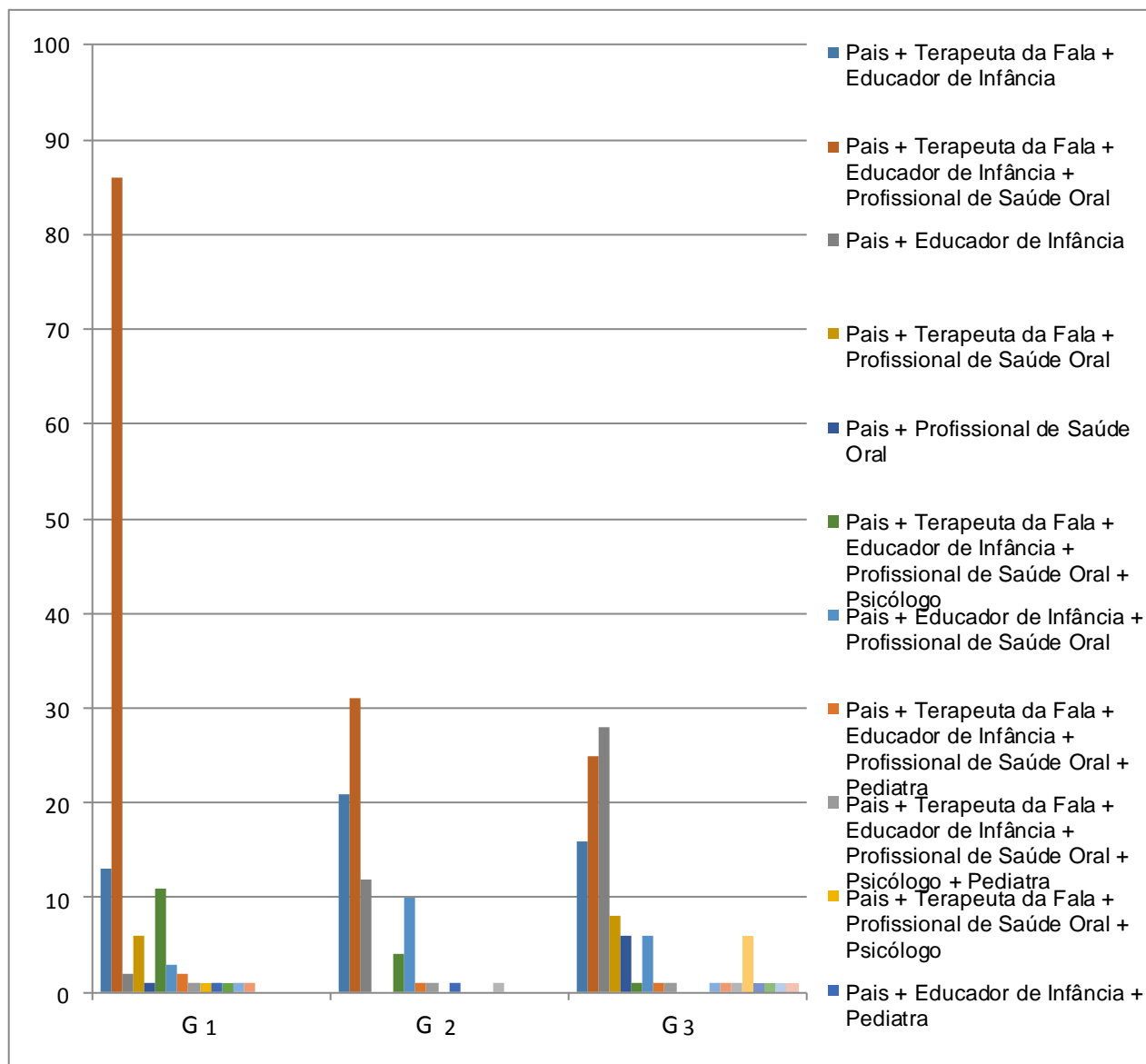
Tabela 7 – Comparação da identificação de estratégias utilizadas para corrigir os hábitos orais nocivos pelos grupos.

	G1		G2		G3	
	G2	G3	G1	G3	G1	G2
Conversa com a criança sobre as consequências	1,000	0,436	1,000	0,528	0,436	0,528
Estabelece prazos para a correção	0,020	0,068	0,020	0,820	0,068	0,820
Promete vantagens ou presentes	0,005	0,048	0,005	0,642	0,048	0,642
Esconde o objeto de uso do hábito oral nocivo	0,553	0,024	0,553	0,367	0,024	0,367
Usa inibidores para a correção do hábito oral nocivo	0,376	0,714	0,376	0,830	0,714	0,830
Usa registos visuais	0,000	0,000	0,000	0,014	0,000	0,014
Recorre ao faz de conta	0,054	0,008	0,054	0,000	0,008	0,000
Tenta identificar a causa principal do hábito oral nocivo	0,040	0,000	0,040	0,034	0,000	0,034
Espalha lembretes no local onde se encontra com a criança	0,000	0,000	0,000	0,998	0,000	0,998

Legenda: p= nível de significância do teste de ANOVA. Nível de significância adotado de $p < 0,05$.

Através da tabela 7, salienta-se que o uso de registos visuais e a identificação da causa principal do hábito oral nocivo são as únicas estratégias onde existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos.

Gráfico 8 – Identificação da equipa ideal para em conjunto corrigir os hábitos orais nocivos, pelos grupos.



Mediante o gráfico 8, verificamos que o ideal de equipa apontado maioritariamente pelos três grupos é juntar *pais, terapeuta da fala, educador de infância e profissional de saúde oral* para a correção de hábitos orais nocivos. De acordo com o teste de ANOVA verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à escolha dos profissionais da equipa que deve intervir na correção de hábitos orais nocivos ($p=0,001$), para um nível de significância adotado de $p<0,05$.

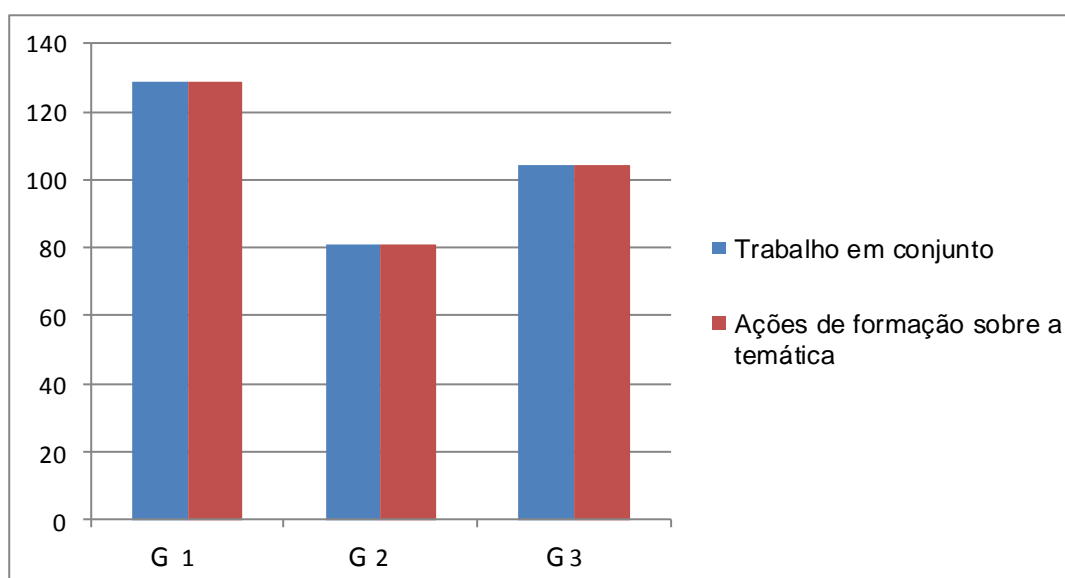
Tabela 8 – Comparação da identificação da equipa ideal para em conjunto corrigir os hábitos orais nocivos, entre grupos.

Grupos		Equipa
		p
G1	G2	0,974
	G3	0,001
G2	G1	0,974
	G3	0,008
G3	G1	0,001
	G2	0,008

Legenda: p= nível de significância do teste de ANOVA. Nível de significância adotado de $p < 0,05$.

Através da tabela 8 verifica-se que entre G1 e G3 bem como entre G2 e G3 existem diferenças significativas quanto à identificação da equipa ideal para a correção de hábitos orais nocivos.

Gráfico 9 – Comparação da identificação da pertinência do trabalho em conjunto na correção de hábitos orais nocivos e da existência de ações de formação sobre o tema hábitos orais nocivos, entre os grupos.



Quando questionados sobre a importância do trabalho conjunto na correção de hábitos orais nocivos, verifica-se através do gráfico 9 que a decisão é coesa nos três grupos,

considerando os mesmos ser pertinente o trabalho em equipa. Comprovando-se o mesmo através do teste de ANOVA que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos ($p=0,948$), para um nível de significância adotado de $p<0,05$.

Verifica-se, ainda, a necessidade de mais acções de formação sobre hábitos orais nocivos, uma vez que 311 participantes responderam sim à pertinência de haver mais formação na área dos hábitos orais nocivos. Pelo que, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à necessidade de mais formação na área dos hábitos orais nocivos ($p=0,207$), para um nível de significância adotado de $p<0,05$.

Discussão

De acordo com o presente estudo, verificou-se que o uso prolongado de chupeta foi o hábito mais apontado pelos participantes, sendo que a onicofagia foi o menos apontado pelos Terapeutas da Fala e Educadores de Infância e o uso prolongado de biberão menos apontado pelos pais. Os resultados do presente estudo são concordantes com o descrito na literatura no que respeita à identificação correta dos hábitos orais nocivos, embora de forma incompleta, tendo em conta que os estudos anteriores referem muitos mais hábitos orais nocivos associados às crianças, como hábitos de sucção digital, sucção de chupeta, bruxismo, onicofagia, respiração oral e interposição lingual, estando todos relacionados a várias alterações orofaciais.^{7,12,26}

Verifica-se que os participantes, do atual estudo, não relacionam o aparecimento de hábitos orais nocivos com o aleitamento materno ou artificial, no entanto, de acordo com a literatura^{1,2,4,11,18,21,25}, quando a amamentação natural não atinge pelo menos os seis meses, existe um aumento de risco significativo para o aparecimento de hábitos orais nocivos. Sendo que, com a presente investigação verifica-se que entre os grupos de participantes a relação entre o tipo de aleitamento, principalmente o aleitamento artificial, não é considerada importante para o aparecimento de hábitos orais nocivos, havendo ainda muito desconhecimento por parte dos participantes quanto à sua influência. De acordo com os resultados apresentados num estudo⁷, os autores verificaram que a frequência de hábitos orais nocivos é maior em crianças que realizaram amamentação natural, concluindo-se que um maior tempo de amamentação tende a prevenir a aquisição de hábitos orais nocivos. Os mesmos autores⁷ verificaram ainda que a criança quando não supre as suas necessidades durante a amamentação acaba por ter necessidade de as suprir através da chupeta, objetos ou com o próprio dedo. Noutro estudo⁵ comprovou-se a relação da amamentação artificial com a respiração oral, bruxismo e mordida aberta anterior, em que as crianças que foram amamentadas exclusivamente de forma natural previnem a instalação da respiração oral como modo respiratório principal.

Mediante os resultados do presente estudo, constata-se que o estado psicoemocional da criança está relacionado para a maioria dos participantes com o aparecimento de hábitos orais nocivos. Enquanto em estudos anteriores^{3,13,23}, a presença de hábitos orais nocivos e a instabilidade psicológica da criança, é demonstrada através de ansiedade, sono instável e choro excessivo, estando relacionada com o tempo de amamentação, que sendo ele curto, propicia à criança maior probabilidade de aparecimento de hábitos orais nocivos. De acordo com um estudo²¹ revelou-se que a criança quando amadurece tende a abandonar os hábitos. Pelo que, a criança deixa de realizar sucção de chupeta por volta dos três anos de idade. No entanto, os autores do estudo referem que se o mesmo não acontecer poderá surgir algum tipo de alteração emocional. Ainda assim, os autores de outro estudo²⁵ revelaram que crianças que adotam os hábitos orais nocivos como libertação de tensões, têm tendência a mantê-los na fase adulta. Num estudo³, em que fora colocada a questão sobre a relação de hábitos orais nocivos com o estado psicoemocional da criança, os vários participantes (Odontopediatras, Ortodontistas, Terapeutas da Fala, Pediatras e Psicólogos) revelaram uma relação positiva, em que os autores do estudo justificaram esta relação pelo facto de crianças amamentadas de forma natural apresentarem uma maior estabilidade emocional por estarem mais em contato com a mãe, não tendo de recorrer a chupeta para recuperarem o seu conforto.

Segundo a presente investigação os hábitos mais apontados pelos três grupos de participantes são o uso prolongado de chupeta, biberão e a sucção digital, corroborando assim com o que já foi verificado em vários estudos^{2,7,16,26,28}, em que os hábitos orais mais apontados como nocivos aqueles apontados na presente investigação.

De acordo com a presente investigação, os resultados comprovam que existem diferenças significativas entre Terapeutas da Fala e Pais quanto à atribuição de normalidade para os hábitos de uso prolongado de chupeta, biberão e bruxismo. Sendo que também foi possível verificar que para os três grupos em estudo, existe uma idade limite para o uso de chupeta e biberão e que

nunca será normal realizar bruxismo. Consoante um estudo²⁵ concluiu-se que as mães participantes no mesmo referiram o hábito de chupeta como um hábito normal que todas as crianças têm, desvalorizando as suas consequências, contrariando assim aquilo que se constata no presente estudo, em que a maioria dos participantes considera que existe uma idade limite para a utilização de chupeta.

Em relação ao estabelecimento de uma idade limite para cada hábito oral nocivo, conforme os resultados do presente estudo verificaram-se diferenças significativas entre os Terapeutas da Fala e Pais quanto à idade limite para uso de chupeta e biberão. Para o uso de chupeta a maioria dos Pais atribuíram os dois anos de idade como limite e a maioria dos Terapeutas da Fala fixaram o seu limite nos três anos de idade. Relativamente ao uso de biberão ambos os grupos apontaram os três anos de idade como limite. Sendo que, de acordo com um estudo²¹, a correção de hábitos orais nocivos é determinante que aconteça até aos três anos, uma vez que o sistema estomatognático perde a capacidade de recuperar os malefícios causados pelos hábitos orais nocivos após essa idade. Até cerca dos dois anos de idade o hábito de sucção é fisiológico em todas as crianças, revela um estudo², sendo que após essa idade manifesta-se como nocivo. No entanto, noutro estudo²⁰ os autores concluíram que não existe uma idade definida para interromper o hábito, ainda assim a literatura é concordante em relação à interrupção o mais precoce possível, uma vez que quanto mais cedo acontecer, a criança virá a ter menos possibilidades em desencadear alterações orofaciais.

Conforme os resultados da presente investigação, o papel principal na correção de hábitos orais nocivos é atribuído pelos Terapeutas da Fala aos próprios, pelos Educadores de Infância aos pais e pelo Pais aos próprios. Sendo que o papel dos Terapeutas da Fala é aquele que gera diferenças significativas entre os grupos. Revela um estudo⁴ que os pais são os primeiros a demonstrar algum comodismo, desconhecendo as alterações causadas pela prevalência de hábitos orais nocivos nos seus filhos. Consoante outro estudo⁷, são os pais e os educadores que

propiciam a aquisição de hábitos orais nocivos, uma vez que são os próprios que fornecem erradamente a chupeta à criança quando esta parece estar aborrecida. Os pais e educadores devem ser informados sobre as consequências dos hábitos orais nocivos na saúde em geral, e em especial na saúde oral da criança. O alerta deve incidir na frequência, duração e intensidade do hábito oral nocivo de forma a não potenciar alterações negativas na saúde da criança. Os autores de dois estudos^{25,29} reforçam a importância de uma abordagem esclarecedora sobre os hábitos orais nocivos junto das famílias, uma vez que só assim é possível promover a saúde numa perspetiva integral da criança. O sucesso da correção de hábitos orais nocivos está dependente de uma abordagem multidisciplinar com diagnóstico e plano de intervenção delineados em conjunto.¹⁹ De acordo com um estudo²⁵ sobre a imitação que os filhos fazem dos pais, verificou-se que muitos dos hábitos que os filhos apresentavam estavam associados aos hábitos que os pais tinham tido ou ainda mantinham, sendo que os autores atribuíram a mãe como uma figura de importante influência na prevenção de hábitos orais nocivos.

Na presente investigação verificou-se, também, que o hábito prolongado de chupeta é aquele que para os três grupos deve ser corrigido primeiramente, estando a onicofagia e o bruxismo como últimas escolhas para a correção. Através de uma pesquisa²¹, os seus autores observaram que o hábito de sucção de chupeta diminui com a idade, o mesmo não acontecendo com a sucção digital que tende a aumentar com a idade, uma vez que é um hábito aprendido e que tem como base fatores emocionais. Outro estudo² revela que o hábito mais fácil de remover é o uso de chupeta, removido antes dos quatro anos, e o hábito de sucção digital foi considerado o mais difícil de corrigir e mais demorado numa amostra com crianças com mais de oito anos de idade. A literatura^{20,26} revela ainda que acima dos três anos de idade, deve haver especial atenção por parte dos profissionais em relação às crianças que mantenham hábitos orais, sendo que antes dessa idade a correção na maioria dos casos é espontânea. Segundo um estudo²⁸, foram realizadas investigações que dão ênfase à utilização de chupeta, alegando que a mesma acarreta

menos efeitos prejudiciais do que a sucção digital, sendo mais fácil deixar a sua utilização. Assim, a literatura sugere-nos que o hábito em que a correção deve acontecer o mais precocemente possível será a sucção digital, uma vez que segundo vários investigadores, é aquele que demora mais tempo a corrigir. Verificando-se igualmente que os participantes da presente investigação não contrariam nem concordam com o que a literatura fomenta, uma vez que o hábito de sucção digital não é aquele que consideram prioritário corrigir, mas também não é indicado como o último a ser corrigido.

Em termos comparativos através do presente estudo verifica-se que conversar com a criança sobre as consequências dos hábitos orais nocivos é a estratégia mais utilizada pelos três grupos, sendo a ameaça o último recurso para todos, concordando assim com aquilo que é retratado na literatura. O uso de registos visuais e a identificação da causa principal geraram diferenças significativas entre os três grupos. Num estudo¹⁶ sobre os métodos usados para a remoção de hábitos orais nocivos, os autores demonstraram que o método mais utilizado foi o aconselhamento e a consciencialização da criança sobre os efeitos, seguido de ameaças e troca por presentes. Consoante outro estudo², realizado com mães, verificou-se que as mesmas utilizavam principalmente, para a remoção de hábitos orais nocivos, estratégias como: colocar produtos com sabores desagradáveis no local da sucção, reforço do efeito estético, reforço da falta de higiene e troca do hábito por algo que a criança quisesse muito, o que também é corroborado na presente investigação. Segundo um estudo²⁰ sobre o uso do lúdico para a correção de hábitos orais nocivos, verificou-se que a consciencialização através de atividades lúdicas é eficaz na correção de hábitos orais de sucção de dedo e chupeta. Sendo que o sucesso relaciona-se diretamente com a colaboração e a participação dos pais e das crianças.

Quanto à equipa ideal para a correção de hábitos orais nocivos, os participantes do presente estudo referiram que seria a junção de pais, Terapeuta da Fala, Educador de Infância e Profissional de Saúde Oral. Confirmou-se também que quase a totalidade dos participantes

revela que o trabalho em conjunto deve ser realizado aquando da correção de hábitos orais nocivos. Conforme um estudo⁹, os autores verificaram que cerca de 90% dos profissionais de saúde que participaram no estudo encaminham os seus doentes para correção de hábitos orais nocivos, sendo que 60% encaminham para Terapia da Fala. Os mesmos autores verificaram ainda que 30% dos participantes do estudo que fazem encaminhamento, enviavam para mais do que um profissional, uma vez que sentiam a necessidade de uma intervenção interdisciplinar, entre Terapia da Fala, Psicologia e Ortodontia, concordando assim com os resultados da presente investigação.

É percecionado neste estudo que os participantes revelam haver necessidade de mais formações no âmbito dos hábitos orais nocivos, uma vez que tendo em conta a dificuldade de acesso a tratamentos ortodônticos, é necessário que existam formações preventivas que promovam a amamentação natural e a correção precoce de hábitos orais nocivos.⁷

Conclusões

Face ao exposto conclui-se que o conhecimento relativamente aos hábitos orais nocivos na sua generalidade, mesmo dentro do grupo de Terapeutas da Fala, não é transversal nem consensual, podendo estar relacionado com a média do número de anos de experiência profissional ser baixa quer no G1 como no G2 e pelo fato não se saber ao certo se os pais ainda têm filhos em idade/contexto escolar.

Através do presente estudo verificou-se que o tipo de aleitamento não é um fator tido como relevante para a maioria dos participantes como podendo originar o aparecimento de hábitos orais nocivos. Tal pode ser justificado pela inexistência de normas pré-definidas na prática clínica relativamente a esta temática, surgindo a necessidade de se trabalhar com a finalidade de desenvolvimento de boas práticas para o efeito através de ações de esclarecimento aos pais quanto aos benefícios do aleitamento materno, como inibidor de hábitos orais nocivos, ainda na fase de gestação.

Embora a literatura, assim como os resultados do presente estudo determinem como papel decisivo na correção de hábitos orais nocivos uma abordagem multidisciplinar, o que não significa que seja indispensável que todos os profissionais atuem diretamente com a criança. Concluindo-se que nos diferentes contextos em que a criança se insere, os vários intervenientes priorizam diferentes abordagens. Tal está representado nos diferentes resultados ao longo do presente estudo em que são realçadas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, sugerindo assim que entre os mesmos os níveis de conhecimento sobre o assunto ainda são muito díspares, levando a que cada um tenha uma abordagem diferente do outro quanto à correção de hábitos orais nocivos.

Assume-se como necessária a existência de uma política de saúde escolar que promova práticas preventivas entre Educadores e Pais, no sentido de prevenir desde a entrada para a Creche/Jardim de Infância/Pré-Escolar possíveis ocorrências de hábitos orais nocivos, uma vez

que é na escola que as crianças passam a maior parte do seu dia, e por isso a escola é assumida como tendo um papel determinante na promoção de hábitos saudáveis.

Assim, é de extrema importância que todos aqueles que mais frequentemente contactam com a criança trabalhem em conjunto de forma a potenciar uma prevenção eficaz. É necessário que haja um consenso quanto ao conhecimento e medidas preventivas e de intervenção passíveis de serem desenvolvidas com vista à atenuação dos efeitos dos hábitos orais nocivos, uma vez que uma má gestão do controlo de hábitos orais pode ser nefasta, para o desenvolvimento biopsicossocial da criança.

É possível concluir que existe necessidade de criação de um conjunto de procedimentos controlados no que se refere à prevenção e correção de hábitos orais nocivos, possibilitando uma aplicação transversal dos mesmos nos diferentes contextos em que a criança se insere. Para tal, sugere-se a criação de um instrumento de pilotagem que se divida entre a prevenção e a correção dos hábitos orais nocivos, sendo que na primeira parte seriam dadas informações quanto aos sinais de alerta, e numa segunda parte estratégias a utilizar para a correção de hábitos orais nocivos passíveis de serem aplicadas por todos os que interagem com as crianças.

Considera-se ainda importante que através deste estudo surjam novas pesquisas que ajudem a homogeneizar conhecimentos e atitudes face aos hábitos orais nocivos, potenciando assim práticas clínicas/educativas equitativas, bem como seja aprofundada a questão da criação do instrumento supramencionado.

Referências

- ¹Albuquerque S, Duarte R, Cavalcanti A, Beltrão É. A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010, 15(2):371-378.
- ²Amaral C, Mussoline J, Silva R. Estudo dos métodos de remoção dos hábitos nocivos a oclusão dentária na odontopediatria. *Colloquium Vitae*, 2009, 1(2):123-129.
- ³Barrêto E, Faria M, Castro P. Hábitos Bucais de Sucção Não-nutritiva, Dedo e Chupeta: Abordagem Multidisciplinar. *JBP – J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, 2003, 6(29):42-48.
- ⁴Bervian J, Fontana M, Caus B. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais – revisão de literatura. *RFO*, 2008, 13(2):76-81.
- ⁵Brustolin J, Dalpian D, Zanatta F, Casagrande L. Associação entre História de Aleitamento e Relatos de Hábitos Oraís e Alergia em Crianças. *Rev. Fac. Odontol.*, 2012, 53(2):11-14.
- ⁶Chaer G, Diniz RRP, Ribeiro EA. A técnica do questionário na pesquisa educacional. *Revista Evidência* 2011; 7: 251-266.
- ⁷Choupina M, Paiva E, Ferreira L, Manso M. Prevalência de hábitos orais nocivos em crianças de três a seis anos na cidade do Porto. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2013, 44(5):203-9.
- ⁸Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional. Manual de aleitamento materno. Edição Revista, 2008.
- ⁹Dalvi K, Motta A. Visão dos médicos que atuam em Pediatria no extremo sul da Bahia em relação aos hábitos orais deletéricos. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, 2007, 12(4):281-6.
- ¹⁰Farias A, Vasconcelos M, Fontes L, Benevides S. Repercussões das estratégias de retirada dos hábitos orais deletéricos de sucção nas crianças do programa de saúde da família em Olinda – PE. *Rev. CEFAC*, 2010.

- ¹¹Ferreira F, Marchionatti A, Oliveira M, Praetzel J. Associação entre a duração do aleitamento materno e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos orais deletéricos. *Rev Sul-Bras Odontol.*, 2010, 7(1): 35-40.
- ¹²Fortin M. O processo da concepção à realização. Loures: Lusociência, 2009.
- ¹³Gama E, Andrade A, Campos R. Bruxismo: uma revisão da literatura. *Ciência Atual*, 2013, 1(1):16-97.
- ¹⁴Gerhardt TE, Ramos ICA, Riquinho DL, Santos DL. Estrutura do projeto de pesquisa. In: Gerhardt TE, Silveira DT, editores. *Métodos de Pesquisa*. 1ª Ed. Rio Grande do Sul: Editora da UFRGS; 2009. P.68-69.
- ¹⁵Goulart B, Chiari B. Comunicação humana e saúde da criança – reflexão sobre promoção da saúde na infância e prevenção de distúrbios fonoaudiológicos. *Rev. CEFAC*, 2011.
- ¹⁶Martins B, Dadalto E, Gomes A, Sanglard L, Valle M. Métodos usados para remoção dos hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta em crianças do município de Mutum-MG. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 2010, 12(4):19-25.
- ¹⁷Medeiros-Serpa E, Freire P. Percepção das gestantes de João Pessoa – PB sobre a saúde bucal de seus bebês. *Odontol. Clín.-Cient.*, 2012, 11(2):121-125.
- ¹⁸Moimaz S, Rocha N, Garbin A, Saliba O. Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16(5):2477-2484.
- ¹⁹Monguilhott L, Frazzon J, Cherem V. Sucking Habits: how and when to treat it in a orthodontic x fonoaudiology view. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, 2003, 8(1):95-104.
- ²⁰Muzulan C, Gonçalves M. O lúdico na remoção de hábitos de sucção de dedo e chupeta. *J Soc Bras Fonoaudiol*, 2011, 23(1): 66-70.
- ²¹Pizzol K, Boeck E, Santos L, Lunardi N, Oliveira G. Influência do ambiente familiar e da condição socioeconômica na introdução e na manutenção de hábito de sucção não nutritiva. *Rev Odontol UNESP*, 2011, 40(6):296-303.

- ²²Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. DGS, 2014, 85.
- ²³Queiroz A, Silva F, Borsatto M, Filho P, Silva L, Díaz-Serrano K. Inter-relação padrão de aleitamento e hábitos de sucção não nutritivos. *Odontol. Clín.-Cient.*, 2010, 9(3):209-214.
- ²⁴Rocha A, Correia C, Pestana L, Bento M, Preto O, Lobão S. Saúde escolar em construção: que projetos?. *Millenium*, 2011, 41:89-113.
- ²⁵Serra-Negra J, Vilela L, Rosa A, Andrade E, Paiva S, Pordeus I. Deleter oral habits: do children imitate their mothers when adopt these habits?. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, 2006, 21(52).
- ²⁶Silva E. Hábitos Bucais Deletéricos. *Revista Paraense de Medicina*, 2006, 20(2).
- ²⁷Sousa R, Trindade R. O impacto da saúde escolar na comunidade educativa. *Educação, Sociedade & Culturas*, 2013, 38:99-116.
- ²⁸Tomita N, Bijella V, Franco L. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev. Saúde Pública*, 2000, 34(3):299-03.
- ²⁹Vasconcelos F, Massoni A, Ferreira Â, Katz C, Rosenblat A. Ocorrência de hábitos bucais deletéricos em crianças da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 2009, 9(3):327-332.

Apêndice I

Questionário para Terapeutas da Fala

Apêndice II

Questionário para Educadores de Infância

Apêndice III

Questionário para Pais

Anexo I

Declaração de Aceitação do Orientador