

# Contexto familiar, má oclusão e hábitos bucais em pré-escolares residentes em áreas da Estratégia Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil

*Family context, malocclusion and oral habits in preschool children living in areas assisted by Family Health Strategy, Salvador, State of Bahia, Brazil*

Tatiana Frederico de ALMEIDA<sup>a,b</sup>, Maria Isabel Pereira VIANNA<sup>c</sup>,  
Maria Beatriz Barreto de Souza CABRAL<sup>b,c</sup>, Maria Cristina Teixeira CANGUSSU<sup>c</sup>,  
Fabiana Raynal FLORIANO<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Instituto de Saúde Coletiva, UFBA – Universidade Federal da Bahia, 40110-140 Salvador - BA, Brasil

<sup>b</sup>EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 41150-100 Salvador - BA, Brasil

<sup>c</sup>Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, Faculdade de Odontologia,  
UFBA – Universidade Federal da Bahia, 40110-150 Salvador - BA, Brasil

## Resumo

**Introdução:** As más oclusões são anomalias bucais frequentes entre os pré-escolares e os hábitos bucais deletérios são considerados um dos seus principais fatores etiológicos. **Objetivo:** Descrever a prevalência e os fatores associados à má oclusão na dentição decídua, além de analisar a associação entre transtornos mentais comuns maternos e hábitos bucais deletérios em pré-escolares residentes em áreas da Estratégia Saúde da Família de Salvador-BA. **Material e método:** Quinhentas e vinte e oito crianças com idade entre 18 e 48 meses participaram deste estudo de corte transversal, que avaliou a ocorrência de má oclusão e entrevistou suas mães, de julho a dezembro de 2007. Análise multivariada foi realizada utilizando-se análise de regressão logística não condicional e a Razão de Prevalência foi obtida mediante a regressão de Poisson robusta. **Resultado:** A prevalência de má oclusão foi de 35,98% e, dentre os fatores que se associaram a esta ocorrência, destacam-se: tempo de aleitamento materno (RP = 2,43, IC 95% 1,77 3,34) e hábitos bucais deletérios (RP = 7,94, IC 95% 5,36 11,76). Estes se associaram com os distúrbios mentais maternos (RP bruta = 1,36, IC 95% 1,09 1,69) e, entre as mães com mais de dois filhos, esta associação foi ainda maior (RP ajustada = 1,72, IC 95% 1,15 2,57). **Conclusão:** Transtornos mentais maternos associam-se à ocorrência dos hábitos bucais deletérios, cuja causalidade necessita ser mais bem investigada, levando-se em conta o contexto familiar.

**Descritores:** Família; pré-escolar; má oclusão; hábitos bucais; prevalência; epidemiologia em saúde bucal.

## Abstract

**Introduction:** Malocclusions are oral anomalies frequent among preschool children, and deleterious oral habits are considered a major etiological factor. **Objective:** To describe the prevalence and factors associated to malocclusion in deciduous teeth and to analyze the association between common mother's mental disorders and deleterious oral habits in preschool children living in areas assisted by Family Health Strategy in Salvador, State of Bahia. **Method:** Five hundred twenty eight children with ages between 18 and 48 months participated in this cross-sectional study, which evaluated malocclusion and interviewed their mothers, from July to December 2007. Multivariate analysis was carried out using unconditional logistic regression and the Prevalence Ratio was obtained by robust Poisson regression analysis. **Result:** The prevalence of malocclusion was of 35.98% and among the factors that were related to this effect, are duration of breastfeeding (PR = 2.43, CI 95% 1.77 3.34) and deleterious oral habits (PR = 7.94, CI 95% 5.36 11.76). These factors were associated with mother's mental disorders (PR crude = 1.36, CI 95% 1.09 1.69), and among mothers of more than 2 children, this association was even bigger (PR adjusted = 1.72, CI 95% 1.15 2.57). **Conclusion:** Mother's mental disorders were associated to the occurrence of deleterious oral habits, which causality needs to be better investigated taking into account the family context.

**Descriptors:** Family; child; preschool; malocclusion; oral habits; prevalence; oral epidemiology.

## INTRODUÇÃO

As más oclusões integram um conjunto de anomalias caracterizadas pela presença de desvios no alinhamento dentário (má oclusão dentária), na relação entre os arcos dentários e/ou entre os ossos basais maxilares (má oclusão esquelética)<sup>1</sup>. Podem ocasionar alterações nas funções de mastigação e fonação, e provocar desgastes dentários, alterações nos tecidos de suporte dos dentes, dores musculares, encefálicas e na articulação temporomandibular<sup>2</sup>, bem como problemas estéticos<sup>3,4</sup>, distúrbios psicossociais, inclusive aumentando a susceptibilidade aos traumas dentofaciais, doença periodontal e cárie dentária<sup>4</sup>.

Estudos internacionais apontam que a prevalência das más oclusões na dentição decídua varia de 5,3% a 84%<sup>3</sup>. No Brasil, resultados do último inquérito epidemiológico nacional revelaram que 12,1% das crianças de 5 anos de idade apresentaram mordida aberta anterior<sup>5</sup>. Em Salvador-BA, um inquérito epidemiológico mostrou 24,9% das crianças de 5 anos com má oclusão leve, enquanto que 12,7% delas apresentaram má oclusão moderada/severa<sup>6</sup>.

Considerando a sua elevada magnitude e as suas consequências para a saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>7</sup> refere que a má oclusão ocupa a terceira posição em uma escala de prioridades de problemas bucais.

De modo geral, diversos fatores associam-se à ocorrência das más oclusões, os quais podem ser agrupados em primários e secundários. Dentre os fatores primários que podem explicar as más oclusões, destacam-se a hereditariedade e as alterações congênitas, ao passo que os secundários são constituídos pelos hábitos bucais deletérios, alteração no padrão alimentar e fatores nutricionais, dentre outros<sup>8</sup>.

Na dentição decídua, ainda são inconsistentes os achados de estudos que avaliaram a relação entre condições de vida – referidas como condições socioeconômicas ou ambientais – e as más oclusões, que ora identificaram uma associação positiva entre estes fatores, ora não a observaram<sup>9,10</sup>. Pesquisas também revelaram associação entre problemas de saúde na infância, como doenças respiratórias e cárie dentária, e alterações oclusais<sup>11</sup>. É reconhecido que características antropométricas, como o baixo peso ao nascer e a relação peso/altura na infância, podem estar relacionadas a deficiências no crescimento esquelético, que predisporiam a um mau posicionamento dentário e interfeririam no desenvolvimento da musculatura da região durante os primeiros anos de vida, influenciando no desenvolvimento de problemas oclusais<sup>3</sup>.

Na dentição decídua, as más oclusões mais comuns são condições funcionais adquiridas<sup>12</sup>, que podem ser atribuídas a aspectos comportamentais, como o padrão de aleitamento<sup>9,13,14</sup> e os hábitos bucais deletérios<sup>9,12-15</sup>. Acerca dos últimos, chama a atenção o volume e a consistência dos achados da literatura sobre a relação positiva destes com as más oclusões na dentição decídua.

Hábito é o costume ou a prática adquirida em virtude da constante repetição de um ato, que pode ser iniciada conscientemente e, com o tempo, torna-se inconsciente. São hábitos fisiológicos e funcionais: a respiração nasal, a mastigação e a deglutição; diversamente, a

sucção digital e de chupeta, o uso da mamadeira e a respiração bucal são hábitos não fisiológicos, deletérios ou parafuncionais. A sucção digital e da chupeta são tipos de sucção não nutritivos e representam os dois principais hábitos bucais deletérios, que tendem a perdurar, sobretudo em crianças que não receberam ou não obtiveram satisfatoriamente o aleitamento materno natural nos primeiros meses de vida. Alguns autores também identificaram que os hábitos bucais deletérios associam-se a fatores socioeconômicos – como a classe social<sup>16</sup>, o estado civil materno, o trabalho materno e a ocupação da pessoa de maior renda no domicílio<sup>1</sup> – e também a fatores psicológicos da criança<sup>17</sup>.

Apesar de ser um importante fator para as más oclusões, ainda não estão bem estabelecidos os mecanismos que determinam a ocorrência dos hábitos bucais deletérios. Atualmente, alguns estudos no âmbito da Odontologia observam que aspectos psicossociais familiares podem contribuir para o aparecimento de agravos bucais, como a cárie precoce<sup>18,19</sup> e as más oclusões. Tendo em vista que o modo de vida familiar, caracterizado pelas suas condições materiais e pelo estilo de vida, é fundamental para o desenvolvimento infantil<sup>20</sup> e que os cuidados maternos são essenciais nos primeiros anos de vida<sup>21</sup>, este estudo tem como hipótese principal de investigação que aspectos psicossociais familiares, especificamente transtornos mentais comuns (TMC) maternos, associam-se aos hábitos bucais deletérios em pré-escolares.

Assim, os objetivos deste estudo são descrever a prevalência e os fatores associados à má oclusão na dentição decídua, e analisar a associação entre TMC maternos e hábitos bucais deletérios em crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas da Estratégia Saúde da Família em Salvador-BA.

## MATERIAL E MÉTODO

Este é um estudo de corte transversal que foi realizado em cinco áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família (USF) da Estratégia Saúde da Família do município de Salvador-BA. Ele é parte integrante de um projeto de pesquisa mais amplo, que envolveu a realização de um estudo com delineamento longitudinal que analisou a associação entre contexto familiar e saúde bucal de pré-escolares, e teve a cárie precoce como desfecho principal.

Os dados deste estudo relacionam-se a avaliações de crianças na faixa etária entre 18 e 48 meses, residentes em áreas da Estratégia Saúde da Família, conduzidas no período de julho a dezembro de 2007, na primeira etapa da coleta de dados do estudo de coorte. Além das crianças, suas respectivas mães biológicas ou cuidadores principais – na ausência da mãe como principal cuidadora, como, por exemplo, em caso de falecimento, moradia em outro bairro/local ou cidade – também participaram deste estudo.

Os procedimentos utilizados para o cálculo amostral utilizaram os seguintes parâmetros: Intervalo de Confiança igual a 95%, poder do estudo igual a 80%, razão de 5:1 entre exposição e não exposição, prevalência de 5% de doentes entre os não expostos e risco relativo igual a 3. Para o estudo de coorte anteriormente

referido, a amostra final foi fixada em 498 crianças de 18 a 48 meses de idade no ano de 2007; no entanto, mais 10% deste total foram incluídas para compensar possíveis perdas de seguimento e o tamanho amostral foi estabelecido em 548 indivíduos. Estas crianças foram escolhidas aleatoriamente a partir de uma listagem de domicílios com indivíduos na referida faixa etária.

Cinco USFs pertencentes a quatro distritos sanitários de Salvador-BA, de diferentes perfis socioeconômicos e epidemiológicos, foram escolhidos. Os distritos, apesar de diferentes quanto ao perfil socioeconômico, foram escolhidos de acordo com a conveniência do grupo de pesquisa: Barra-Rio Vermelho, Brotas, Pau da Lima e Subúrbio-Ferroviário. Em todos estes, uma área de abrangência de uma USF foi definida como local de coleta.

A coleta de dados ocorreu em 2007, por meio de visitas domiciliares. Participaram da coleta onze equipes constituídas por um anotador e um examinador – ambos graduandos do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – além de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) de cada microárea, sempre supervisionados por um Cirurgião-Dentista. As equipes participaram de um treinamento para o preenchimento do questionário e os examinadores também foram calibrados antes do início da coleta (calibração interexaminador) e durante a mesma (calibração intraexaminador), quando foram repetidos 10% dos exames realizados.

As mães das crianças ou cuidadores foram entrevistados. Durante a entrevista, eles responderam questões acerca da identificação da criança e de seus familiares, e de informações socioeconômicas, aspectos gerais de saúde da criança, acesso e utilização dos serviços odontológicos, e hábitos bucais deletérios. A presença de TMC maternos, considerada uma alteração psicossocial, foi avaliada pelo *Self Report Questionnaire – SRQ-20*<sup>22</sup>, o qual visa a detectar suspeita de morbidade psiquiátrica na população. Este é um instrumento constituído por 20 questões dicotômicas (respostas do tipo sim/não) relacionadas ao TMC.

As crianças foram examinadas quanto à presença de má oclusão na dentição decídua, de acordo com os critérios do Índice de Má Oclusão da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>23</sup>, que a classifica em má oclusão leve e moderada/severa. Também foram registradas outras alterações oclusais, como mordida cruzada (anterior e posterior) e mordida aberta (anterior e posterior)<sup>9</sup>. O local do domicílio com maior luminosidade foi escolhido para a realização do exame, que foi precedido pela escovação dentária. Durante o exame, a criança permanecia sentada e o espelho bucal era utilizado.

Os dados foram revisados e posteriormente digitados no EPI-INFO, versão 6.04. Para a análise dos dados, foi utilizado o programa STATA 10. Procedeu-se inicialmente à análise descritiva das variáveis de interesse. Em seguida, foi feita uma análise exploratória, com a estimativa de medidas de associação (Razões de Prevalência - RP) e seus respectivos Intervalos de Confiança a 95% (IC a 95%) entre potenciais fatores associados à má oclusão; esta foi definida, neste estudo, pela presença de má oclusão moderada/severa, de acordo com os critérios da OMS<sup>23</sup>. Nesta etapa, as variáveis foram classificadas nas categorias

Condições de Vida, Estilo de Vida e Alteração psicossocial materna (transtornos mentais comuns).

Na análise confirmatória, a variável dependente foi hábitos bucais deletérios, tendo sido considerados casos as crianças que costumavam realizar sucção de chupeta e/ou digital<sup>14</sup>. Já a variável independente principal foi a presença de TMC maternos, conforme os critérios do *SRQ-20*<sup>22</sup>, sendo considerado exposto mães/cuidadores com respostas positivas a oito ou mais perguntas deste questionário.

Realizou-se a análise estratificada para uma avaliação preliminar de potenciais associações, quando foram estimadas as associações brutas (RP e seus IC a 95% obtidos pelo método Mantel Haenszel) entre a variável independente e a dependente, e para as covariáveis selecionadas. Foram feitas as análises de potenciais covariáveis modificadoras de efeito e de confundimento, o que colaborou na escolha das covariáveis utilizadas na modelagem.

O método utilizado para a realização da análise multivariada foi o da regressão logística não condicional e a estratégia de obtenção da RP foi feita mediante a aplicação do modelo de regressão de Poisson robusta, sendo a inferência estatística baseada no IC a 95%. Realizou-se a análise de interação por meio do procedimento *backward* de modelagem. Para a análise de confundimento, foi utilizado o procedimento *backward*, quando as medidas de associação e seus respectivos IC estimados para os modelos saturado e reduzido foram comparados. A covariável que produziu uma diferença relativa maior do que 10% entre as RP foi considerada confundidora. Após definição do modelo logístico final, foi realizado diagnóstico da bondade do ajuste por meio do teste de Hosmer-Lemeshow.

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Não houve conflito de interesses para a realização deste estudo.

## RESULTADO

Participaram deste estudo 528 crianças (96,4% da amostra calculada, sendo 53,22% do sexo feminino), na faixa etária de 18 a 48 meses (Tabela 1), cuja média de idade foi de 33 meses (Desvio Padrão – DP = 9,54). O total de crianças examinadas representou 96,35% da amostra necessária para o estudo de coorte. As mães biológicas das crianças foram as principais cuidadoras entrevistadas (95,55%). Neste estudo, as avós maternas ou paternas representaram a totalidade de cuidadoras principais, no caso da ausência de mães biológicas (4,45%).

A frequência geral de má oclusão foi igual a 35,98% e as prevalências de más oclusões leve e moderada/severa foram de 8,52% e 27,46%, respectivamente, conforme os critérios do Índice de Má Oclusão<sup>23</sup>. A mordida aberta anterior foi a alteração oclusal mais encontrada na dentição decídua (25,00%), seguida das mordidas cruzadas anterior e posterior (ambas com 4,36%), e mordida aberta posterior (1,14%). Os TMC foram uma alteração psicossocial verificada em 29,92% das mães entrevistadas (Tabela 1).

Em relação às condições de vida que caracterizaram o contexto familiar das crianças avaliadas, observou-se um baixo nível de escolaridade materna (60,42% das mães possuíam até

o 2º grau incompleto); seus domicílios tinham seis ou menos eletrodomésticos (55,68%) e, na maioria deles, residiam menos do que cinco pessoas (55,49%) (Tabela 1). Em relação ao estilo de vida das famílias, considerando-se atitudes comportamentais de

seus membros e também relacionais, verificou-se que as crianças eram amamentadas por menos de 7 meses (50,19%) e que nunca haviam recebido qualquer tipo de atenção odontológica (66,29%). Verificou-se que 37,69% das crianças possuíam algum hábito

**Tabela 1.** Razões de Prevalência e seus respectivos Intervalos de Confiança a 95% entre as condições de vida, o estilo de vida, a alteração psicossocial materna e a presença de má oclusão em pré-escolares, Salvador-BA, 2007 (n = 528)

Variáveis	n	%	RP <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>	p-valor <sup>3</sup>
<b>Condições de Vida – Covariáveis demográficas e socioeconômicas</b>					
<b>Idade</b>					
33 meses ou mais	268	50,76	1,00	---	0,612
Menor que 33 meses	260	49,24	1,07	0,81 1,42	
<b>Sexo</b>					
Masculino	247	46,78	1,00	---	0,536
Feminino	281	53,22	0,92	0,69 1,21	
<b>Escolaridade materna</b>					
2º grau ou mais	209	39,58	1,00	---	0,280
2º grau incompleto ou menos	319	60,42	1,17	0,88 1,57	
<b>Número de eletrodomésticos no domicílio</b>					
Mais do que 6	234	44,32	1,00	---	0,396
6 ou menos	294	55,68	1,19	0,90 1,59	
<b>Pessoas no domicílio</b>					
Menos do que 5	293	55,49	1,00	---	0,916
5 ou mais	235	44,51	0,99	0,75 1,30	
<b>Estilo de Vida – Covariáveis comportamentais, relacionais e de acesso a atenção odontológica</b>					
<b>Tempo de aleitamento materno</b>					
7 meses ou mais	263	49,81	1,00	---	0,000
Menos de 7 meses	265	50,19	2,43	1,77 3,34	
<b>Sucção digital</b>					
Não	485	91,86	1,00	---	0,001
Sim	43	8,14	1,91	1,36 2,69	
<b>Uso da chupeta</b>					
Não	380	71,97	1,00	---	0,000
Sim	148	28,03	5,89	4,37 7,95	
<b>Hábitos bucais</b>					
Não	329	62,31	1,00	---	0,000
Sim	199	37,69	7,94	5,36 11,76	
<b>Frequência dos hábitos bucais</b>					
Ausente/pouco frequente	400	75,76	1,00	---	0,000
Muito frequente	128	24,24	3,96	3,05 5,13	
<b>Situação conjugal materna</b>					
Casada/Vive com companheiro	360	68,18	1,00	---	0,696
Outros	168	31,82	1,06	0,79 1,42	
<b>Número de filhos maternos</b>					
Até 2	387	73,30	1,00	---	0,245
Mais do que 2	141	26,70	1,20	0,89 1,61	
<b>Atenção odontológica</b>					
Sim	178	33,71	1,00	---	0,396
Não	350	66,29	0,88	0,66 1,17	
<b>Alteração psicossocial materna</b>					
<b>Transtorno mental comum</b>					
Ausente	370	70,08	1,00	---	0,105
Presente	158	29,92	1,27	0,96 1,69	

<sup>1</sup>Razão de Prevalência. <sup>2</sup>Intervalo de Confiança a 95%. <sup>3</sup>Valor de p do Teste Qui-Quadrado de Mantel Haenszel.



bucal deletério, sendo que o uso de chupeta era mais frequente do que a sucção digital (28,03% e 8,14%, respectivamente). Os hábitos bucais deletérios muito frequentes (noturno e diário) foram observados na minoria das crianças (24,24%). As mães relataram ser casadas ou viver com companheiros (68,18%), e possuir até dois filhos (73,30%) (Tabela 1).

Dentre as variáveis do contexto familiar selecionadas para a análise bivariada com a presença de má oclusão na dentição decídua, apenas aquelas relacionadas a atitudes comportamentais apresentaram uma associação positiva e estatisticamente significativa. Nesse aspecto, destacaram-se as seguintes variáveis: o tempo de aleitamento materno inferior a 7 meses; a sucção digital; o uso de chupeta; a presença de hábitos bucais deletérios (sucção digital e/ou chupeta), e a maior frequência dos mesmos (Tabela 1).

Entre as crianças com mães TMC, foram encontradas mais meninas do que meninos e a maioria tinha menos de 33 meses de idade. A maioria das mães possuía o 2º grau incompleto ou menos anos de estudo, era casada ou vivia com companheiro, e possuía até dois filhos. Os domicílios dessas crianças possuíam seis ou menos eletrodomésticos, onde viviam cinco ou mais pessoas. Grande parte dessas crianças nunca havia recebido qualquer tipo de atenção odontológica, tinha recebido aleitamento materno por menos de 7 meses e não possuía hábitos bucais deletérios (Tabela 2).

A análise bivariada revelou associação positiva e estatisticamente significativa entre TMC maternos e hábitos bucais deletérios (RP = 1,36, IC 95% 1,09 1,69) (Tabela 3). As covariáveis não se comportaram como modificadoras de efeito e/ou confundidoras da associação principal na análise estratificada (Tabela 3) e nos procedimentos de modelagem. Contudo, baseando-se na literatura, os modelos finais foram controlados pela covariável número de filhos maternos; e as associações brutas e ajustadas foram geradas pela idade da criança, pela escolaridade materna e pelo tempo de aleitamento materno. Desse modo, verificou-se uma associação positiva entre TMC maternos e hábitos bucais deletérios entre as mães que possuíam mais de dois filhos no modelo bruto e ajustado (Tabela 4). Os testes de bondade de ajuste mostraram que os dados estavam bem ajustados aos modelos.

## DISCUSSÃO

Os resultados apresentados mostraram que as más oclusões representam um problema de saúde bucal frequente e grave entre crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de baixo nível socioeconômico assistidas pela Estratégia Saúde da Família. Atitudes comportamentais, como o tempo de aleitamento materno, a presença e a frequência de hábitos bucais deletérios, foram os aspectos que mais contribuíram para a ocorrência de más oclusões. Fatores psicossociais maternos, especialmente os TMC, associaram-se aos hábitos bucais deletérios entre os pré-escolares.

Outros autores também verificaram alta prevalência da má oclusão na dentição decídua, de acordo com os critérios do Índice de Má Oclusão<sup>23</sup>. No estudo de Almeida et al.<sup>6</sup>, 37,6% das crianças de 5 anos de idade da capital baiana apresentaram má oclusão. Em São Paulo-SP, alterações oclusais foram encontradas em 48,97% das crianças de 5 anos<sup>10</sup>. O último levantamento nacional de saúde

bucal revelou que 12,3% das crianças nordestinas no mesmo grupo etário possuíam mordida aberta anterior<sup>5</sup>. Este estudo revelou maior ocorrência de problemas oclusais classificados como moderados/severos<sup>23</sup> na dentição decídua do que os considerados leves<sup>23</sup>; note-se que o mesmo ocorreu na investigação de Frazão et al.<sup>10</sup>, contudo este padrão de ocorrência foi inverso no estudo de Almeida et al.<sup>6</sup>. Os achados deste estudo mostraram que a ocorrência de mordida aberta anterior foi elevada, como em outras investigações<sup>9,14,15</sup>. Tal condição oclusal é identificada como uma má oclusão do tipo moderada/severa<sup>23</sup>, o que pode ter contribuído para a gravidade deste problema na população estudada.

Alguns estudos apontam que aspectos demográficos relacionam-se com a má oclusão na dentição decídua, o que tende a decrescer com a idade<sup>12</sup>. Entretanto, a idade não se apresentou como um fator associado a esse problema bucal nesta pesquisa. Crianças do sexo feminino tendem a apresentar mais frequentemente distúrbios oclusais<sup>16</sup>, fato que não foi observado em outros estudos empíricos<sup>12,24</sup>, assim como nesta investigação. Os achados dos estudos também são divergentes quanto à influência de condições materiais de vida – na maioria das vezes, mensurada por condições socioeconômicas e ambientais – sobre as más oclusões em pré-escolares. O número de pessoas na casa da criança, a moradia em distritos de baixo nível socioeconômico e o trabalho materno ao nascimento<sup>9</sup> são fatores que se associaram positivamente aos problemas oclusais. Outras investigações não observaram tal associação<sup>10,15</sup>.

A literatura epidemiológica apresenta resultados mais consistentes acerca da relação entre atitudes comportamentais e más oclusões na dentição decídua. O aleitamento materno, sobretudo o seu tempo prolongado de duração, representa um fator de proteção para a má oclusão, de acordo com os resultados de estudos recentes<sup>9,13,14,25</sup>.

Os hábitos bucais deletérios na infância também influenciam o padrão oclusal<sup>9,12-15</sup>, como foi verificado neste estudo. A frequência, a duração e a intensidade do hábito têm como consequências deformidades nas relações dentoalveolares, desequilíbrios e disfunções nos músculos faciais, e problemas oclusais<sup>14</sup>. Os hábitos mais comuns são a sucção de chupeta e digital<sup>9,13-15</sup>. A não satisfação das necessidades psicoemocionais e nutritivas infantis proporcionada pela sucção durante o aleitamento materno leva a criança a supri-la com o uso do dedo e das chupetas. Distúrbios emocionais, como ciúmes, rejeição, ansiedade ou qualquer sentimento de insegurança, podem levar ao surgimento destes hábitos<sup>17</sup>. Estudos reportam que a autocorreção da má oclusão pode ocorrer após cessarem os hábitos bucais deletérios em idade precoce (2 a 3 anos). Vale salientar que os hábitos bucais deletérios podem ser considerados fisiológicos até esta idade e que sua persistência significa a presença de um comportamento de regressão, podendo ocasionar anomalias oclusais definitivas<sup>12</sup>.

Na mesma linha de investigação, que considera a importância de fatores psicossociais familiares como determinantes de agravos bucais na infância<sup>18,19</sup>, este estudo mostrou que TMC maternos relacionaram-se com a presença de hábitos bucais deletérios.

Parece consolidado o conhecimento de que os hábitos bucais deletérios são importantes fatores etiológicos das más oclusões na dentição decídua, sendo necessários avanços no que diz respeito à sua determinação. Considerando-se que as mães representam a principal cuidadora de seus filhos nos primeiros anos de vida<sup>21,26</sup> e que a sua capacidade de cuidado, além de outros fatores, depende também de sua saúde mental<sup>21</sup>, analisou-se a hipótese de que TMC maternos associam-se aos hábitos bucais deletérios, e resultados positivos foram obtidos. Os problemas mentais prejudicam a capacidade de cuidado materno, uma vez que provocam fadiga, diminuem a concentração e a capacidade psicomotora, promovem sentimentos de desânimo e desprezo, e

alteram a interação positiva entre a mãe e a criança<sup>27</sup>, afetando o estado psicoemocional das crianças, que reagem por meio de comportamentos regredidos, como os hábitos bucais deletérios. Evidentemente, esse mecanismo explicativo da associação encontrada necessita ser mais bem investigado, com metodologia apropriada.

Os TMC maternos, caracterizados por sintomas, como insônia, irritabilidade, fadiga, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas<sup>28</sup>, apresentaram elevada prevalência neste estudo. Os distúrbios mentais que acometem as mulheres e as mães são cada vez mais frequentes, conforme relataram autores nacionais e internacionais<sup>28,29</sup>. Os sintomas mentais

**Tabela 2.** Características da população do estudo de acordo com presença de transtornos mentais comuns maternos, Salvador-BA, 2007 (n = 528)

Covariáveis	Transtorno Mental Comum Materno				p-valor <sup>2</sup>
	TMCM <sup>1</sup> ausente (n = 370)		TMCM <sup>1</sup> presente (n = 158)		
	n	%	n	%	
<b>Condições de Vida – Covariáveis demográficas e socioeconômicas</b>					
Idade					
33 meses ou mais	190	51,35	78	49,37	0,676
Menor do que 33 meses	180	48,65	80	50,63	
Sexo					
Masculino	175	47,30	72	45,57	0,716
Feminino	195	52,70	86	54,43	
Escolaridade materna					
2º grau completo ou mais	163	44,05	46	29,11	0,001
2º grau incompleto ou menos	207	55,95	112	70,89	
Total de eletrodomésticos no domicílio					
Mais do que 6	179	48,38	55	34,81	0,004
6 ou menos	191	51,62	103	65,19	
Pessoas no domicílio					
Menos do que 5	219	59,19	74	46,84	0,009
5 ou mais	151	40,81	84	53,16	
<b>Estilo de Vida – Covariáveis comportamentais, relacionais e de acesso a atenção odontológica</b>					
Tempo de aleitamento materno					
7 meses ou mais	191	51,62	72	45,57	0,203
Menos de 7 meses	179	48,38	86	54,43	
Situação conjugal materna					
Casada/vive com companheiro	264	71,35	96	60,76	0,017
Outra situação	106	28,65	62	39,24	
Número de filhos maternos					
Até 2	276	74,59	111	70,25	0,302
Mais de 2	94	25,41	47	29,75	
Atenção odontológica					
Sim	130	35,14	48	30,38	0,290
Não	240	64,86	110	69,62	
<b>Prevalência de hábitos bucais deletérios</b>					
Hábitos bucais					
Ausente	244	65,95	85	53,80	0,008
Presente	126	34,05	73	46,20	

<sup>1</sup>Transtorno mental comum materno. <sup>2</sup>Valor de p do Teste Qui-Quadrado de Mantel Haenszel.

afetam negativamente as atitudes e competências maternas<sup>27,29</sup>, conduzindo a problemas emocionais e comportamentais<sup>30</sup>, e a prejuízos no desenvolvimento cognitivo infantil<sup>26</sup>.

Investigações epidemiológicas anteriores concluíram que os hábitos bucais deletérios sofrem influência das condições de vida familiares, mensuradas por fatores socioeconômicos, como o trabalho materno e a ocupação da pessoa de maior renda no domicílio da criança<sup>1</sup>, assim como de atitudes comportamentais e relacionais que caracterizam o estilo de vida familiar, como

o aleitamento materno e o estado civil da mãe. Dessa forma, é plausível que a relação entre os TMC maternos e os hábitos bucais deletérios infantis sofra interferência das condições e do estilo de vida do contexto familiar. Neste estudo, a análise multivariada de confundimento e interação não revelou a necessidade de ajustes ou controles pelas covariáveis pesquisadas. Entretanto, é reconhecido que os hábitos bucais deletérios normalmente tendem a desaparecer entre 2 e 3 anos de idade<sup>12</sup>, são comuns em crianças que não foram amamentadas pelas mães e que a escolaridade materna é

**Tabela 3.** Razões de Prevalência bruta e estratoespecíficas, conforme as covariáveis analisadas, entre transtorno mental comum materno e presença de hábitos bucais, e os respectivos Intervalos de Confiança a 95%, Salvador-BA, 2007 (n = 528)

Covariáveis	n	%	Hábitos bucais	
			RP <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>
<b>Condições de Vida – Covariáveis demográficas e socioeconômicas</b>				
Idade				
33 meses ou mais	268	50,76	1,26	0,88 1,79
Menor que 33 meses	260	49,24	1,42	1,07 1,88
Associação Ajustada			1,35	1,08 1,68
Sexo				
Masculino	247	46,78	1,28	0,89 1,85
Feminino	281	53,22	1,40	1,07 1,83
Associação Ajustada			1,35	1,09 1,68
Escolaridade materna				
2º grau completo ou mais	209	39,58	1,35	0,92 1,98
2º grau incompleto ou menos	319	60,42	1,35	1,02 1,78
Associação Ajustada			1,35	1,08 1,69
Total de eletrodomésticos no domicílio				
Mais do que 6	234	44,32	1,59	1,13 2,61
6 ou menos	294	55,68	1,20	0,91 1,59
Associação Ajustada			1,34	1,07 1,67
Pessoas no domicílio				
Menos do que 5	293	55,49	1,27	0,93 1,73
5 ou mais	235	44,51	1,47	1,06 2,02
Associação Ajustada			1,36	1,09 1,70
<b>Estilo de Vida – Covariáveis comportamentais, relacionais e de acesso a atenção odontológica</b>				
Tempo de aleitamento materno				
7 meses ou mais	263	49,81	1,50	0,95 2,39
Menos de 7 meses	265	50,19	1,22	0,97 1,52
Associação Ajustada			1,29	1,05 1,59
Situação conjugal materna				
Casada/vive com companheiro	360	68,18	1,44	1,10 1,88
Outra situação	168	31,82	1,22	0,83 1,78
Associação Ajustada			1,35	1,09 1,69
Número de filhos maternos				
Até 2	387	73,30	1,27	0,97 1,65
Mais de 2	141	26,70	1,60	1,07 2,40
Associação Ajustada			1,36	1,09 1,69
Atenção odontológica				
Sim	178	33,71	1,52	1,03 2,24
Não	350	66,29	1,28	0,98 1,68
Associação Ajustada			1,35	1,08 1,68
Associação bruta entre TMC e hábitos bucais	528		1,36	1,09 1,69

<sup>1</sup>Razão de Prevalência. <sup>2</sup>Intervalo de Confiança a 95%.

**Tabela 4.** Razões de Prevalência bruta e ajustadas, e os respectivos Intervalos de Confiança a 95%, para a associação entre transtorno mental comum materno e presença de hábitos bucais, de acordo com o número de filhos maternos, obtidos pela regressão de Poisson robusta, Salvador-BA, 2007 (n = 528)

TMCM <sup>1</sup>	Número de filhos maternos			
	Até 2 (n = 387)		Mais de 2 (n = 141)	
	RP <sup>2</sup>	IC 95% <sup>3</sup>	RP <sup>2</sup>	IC 95% <sup>3</sup>
<b>Modelo 1 (TMCM<sup>1</sup>)</b>				
presente	1,27	0,97 1,65	1,60	1,06 2,41
<b>Modelo 2 (TMCM<sup>1</sup>, ajustado por idade da criança<sup>4</sup>, escolaridade materna<sup>5</sup> e tempo de aleitamento materno<sup>6</sup>)</b>				
presente	1,25	0,97 1,63	1,72	1,15 2,57

<sup>1</sup>Transtorno mental comum materno. <sup>2</sup>Razão de Prevalência. <sup>3</sup>Intervalo de Confiança a 95%. <sup>4</sup>Covariável que participou da modelagem segundo as categorias: 33 meses ou mais (0), ou menos de 33 meses (1). <sup>5</sup>Covariável que participou da modelagem segundo as categorias: segundo grau completo ou mais anos de estudo (0), ou segundo grau incompleto ou menos anos de estudo (1). <sup>6</sup>Covariável que participou da modelagem segundo as categorias: 7 meses ou mais (0), ou menos de 7 meses (1).

um importante preditor da saúde infantil<sup>26,29</sup>; por isso, modelos ajustados pela idade da criança, pelo tempo de aleitamento materno e pelo nível de escolaridade da mãe foram gerados, não obstante seus resultados terem diferido pouco daqueles sem os ajustes. No que tange às características relacionais do contexto familiar, sabe-se que crianças pequenas, cuja ordem de nascimento é a terceira ou mais, e que convivem com crianças menores do que elas, apresentam piores desempenhos cognitivos<sup>26</sup>. Por isso, modelos que consideraram a covariável número de filhos maternos como modificadora de efeito foram produzidos, apesar de não ter se comportado como tal na análise estatística. Associações positivas de maior magnitude foram encontradas entre as mães portadoras de TMC e com mais de dois filhos, em relação àquelas com até dois filhos.

Os problemas oclusais são objetos de inúmeros trabalhos científicos, contudo é inegável que os estudos epidemiológicos ainda são produzidos em menor escala quando comparados aos estudos das características craniofaciais de indivíduos/grupos e dos efeitos da terapia ortodôntica/ortopédica em pacientes. Este estudo investigou as más oclusões na dentição decídua e seus principais determinantes (os hábitos bucais) em uma perspectiva da Saúde Coletiva: além de descrever a magnitude deste problema bucal entre os pré-escolares residentes em áreas de baixo nível socioeconômico, investigou a causalidade dos hábitos bucais deletérios, cujos mecanismos ainda não estão claros. Isto pode contribuir para a maior efetividade das abordagens preventivas relativas às más oclusões nos serviços de saúde brasileiros. Adicionalmente, a realização de estudos de base populacional sobre as condições de vida e saúde em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família fornece subsídios que orientam suas ações e avaliam seu desenvolvimento<sup>28</sup>.

Do ponto de vista metodológico, a escolha de uma amostra aleatória de crianças representou uma vantagem deste estudo, pois desse modo reduzem-se as chances de vieses de seleção. A utilização do SRQ-20<sup>22</sup>, já validado em inquéritos populacionais, pode ter evitado erros de classificação na definição de mães com TMC. Deve-se destacar também que abordagens epidemiológicas de caráter confirmatório, que levam em conta os múltiplos fatores envolvidos na determinação dos efeitos investigados, são raras

no campo da epidemiologia das más oclusões e dos hábitos bucais deletérios, em que a maioria dos estudos emprega análises bivariadas ou descritivas.

Entre os limites deste estudo, destaca-se que os parâmetros do cálculo amostral não foram baseados na associação entre alteração psicossocial materna e hábitos bucais deletérios, pois os dados deste estudo fizeram parte de um projeto de pesquisa que investigou longitudinalmente a cárie precoce como efeito principal, o que pode ter influenciado nos seus achados. O poder do estudo pode ter sido insuficiente para detectar confundidores e modificadores de efeito da associação principal. Ressalva-se mais uma vez que os distritos sanitários foram escolhidos por conveniência, apesar de possuírem diferentes perfis socioeconômicos, o que minimiza possíveis vieses. Além disso, seus achados devem ser analisados com cautela, pois o desenho de corte transversal não permite garantir a antecedência da exposição em relação ao efeito.

A etiologia dos problemas oclusais relaciona-se a fatores primários, como os hereditários e as alterações congênitas, e secundários, dentre os quais se destacam os hábitos bucais deletérios de sucção, como o uso de dedos e chupetas. Ainda são escassos e inconclusivos os estudos epidemiológicos que investigaram os determinantes dos hábitos bucais deletérios, o que pode limitar as ações preventivas dos serviços de saúde às recomendações normativas referentes aos prejuízos ocasionados por esses hábitos. Tais recomendações nem sempre são efetivas, visto que fatores das mais distintas ordens influenciam atitudes comportamentais. Este estudo descreveu a importância dos hábitos bucais deletérios sobre as desordens oclusais na dentição decídua e revelou que alterações psicossociais do contexto familiar, avaliadas a partir dos TMC maternos, influenciam a sua ocorrência. A magnitude dos problemas ocasionados pelos distúrbios mentais maternos para a mãe portadora, a sua família e a sociedade reforça a importância dos agravos mentais como um problema de saúde coletiva, que deve ser mais bem investigado e considerado nas ações da atenção básica no País.



## REFERÊNCIAS

1. Tomita NE, Sheiham A, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para má-oclusão em pré-escolares. *Pesqui Odontol Bras.* 2000; 14: 169-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-7491200000200013>
2. Sipilä K, Zitting P, Laukkanen P, Järvelin MR, Oikarinen KS, Raustia AM. Temporomandibular disorders, occlusion, and neck pain in subjects with facial pain: a case-control study. *J Craniomandib Pract.* 2002; 20: 158-64. PMID: 12150261
3. Peres KG, Tomita NE. Oclusopatias. In: Antunes JLF, Peres MA. *Epidemiologia da saúde bucal.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 83-101.
4. Proffit W R, Fields JR, HW, Sarver DM. *Ortodontia contemporânea.* 4ª ed. Rio de Janeiro: C.V. Mosby; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: Condições de saúde bucal da população brasileira em 2010: resultados principais.* Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Almeida TF, Cangussu MCT, Chaves SCL, Silva DIC, Santos SC. Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2009; 9: 147-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000300003>
7. World Health Organization. *Health through oral health: guidelines for planning and monitoring for oral health care.* World Health Organization and Fédération Dentarie Internationale. London: Quintessence; 1989.
8. Almeida RR, Almeida-Pedrin RR, Almeida MR, Garib DG, Almeida PCMR, Pinzan A. Etiologia das más oclusões - causas hereditárias e congênitas adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais). *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2000; 5: 107-29.
9. Peres KG, Barros AJD, Peres MA, Victora CG. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41: 343-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300004>
10. Frazão P, Narvai PC, Latorre MRDO, Castellanos R.A. Malocclusion prevalence in the deciduous and permanent dentition of schoolchildren in the city of São Paulo, Brazil, 1996. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18: 1197-205. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500012>
11. Shetty SR, Munshi AK. Oral habits in children – a prevalence study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 1998; 16: 61-6. PMID: 11813757
12. Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má-oclusão em pré-escolares. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34: 299-303. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300014>
13. Gimenez CM, Moraes ABA, Bertoz AP, Bertoz FA, Ambrosano GB. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2008; 13: 70-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-54192008000200009>
14. Karjalainen S, Rönning O, Lapinleimu H, Simell O. Association between early weaning, non-nutritive sucking habits and occlusal anomalies in 3 year-old Finnish children. *Int J Paediatr Dent.* 1999; 9: 169-73. PMID: 10815573
15. Peres KG, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres MA, Victora CG, Barros FC. Social and biological early life influences on the prevalence of open bite in Brazilian 6-year-olds. *Int J Paediatr Dent.* 2007; 17: 41-9. PMID: 17181578
16. Hebling SR, Cortellazzi HL, Tagliaferro EP, Hebling E, Ambrosano GM, Meneghim MC, et al. Relationship between malocclusion and behavioral, demographic and socioeconomic variables: a cross-sectional study of 5-year-olds. *J Clin Pediatr Dent.* 2008; 33: 75-9. PMID: 19093656
17. Massler M. Oral habits: development and management. *J Pedod.* 1983; 7: 109-19. PMID: 6572245
18. Souza MA, Vianna MIP, Cangussu MCT. Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006; 6: 309-17.
19. Ismail AI, Sohn W, Lim S, Willem JM. Predictors of dental caries progression in primary teeth. *J Dent Res.* 2009; 88: 270-5.
20. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Develop Psychol.* 1986; 22: 723-42.
21. Engle I, Menon P, Haddad I. *Care and nutrition: concepts and measurement.* Washington (DC): International Food Policy Research Institute; 1999.
22. World Health Organization. Division of Mental Health. *A user's guide to Self Report Questionnaire (SRQ).* Geneva: World Health Organization; 1994.
23. Organização Mundial de Saúde. *Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. Manual de instruções.* 3ª ed. São Paulo: Livraria Editora Santos; 1987.
24. Emmerich A, Fonseca L, Elias AM, Medeiros UV. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaríngeas e mal-oclusões em pré-escolares de Vitória Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20: 689-97.
25. Drane D. The effect of use of dummies and teats on orofacial development. *Breastfeed Rev.* 1996; 4: 59-64.
26. Andrade AS, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida Filho NM, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39: 606-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000400014>
27. Stewart RC. Maternal depression and infant growth – a review of recent evidence. *Maternal and Child Nutrition.* 2007; 3: 94-107. PMID: 17355442
28. Maragano L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22: 1639-48. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>

29. Pascoe J.M, Stolfi A, Ormond MB. Correlates of mother's persistent depressive symptoms: a national study. *J Pediatr Health Care*. 2006; 20: 261-9. PMID: 16831634
30. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41: 251-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000017>

## CONFLITOS DE INTERESSE

---

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

---

Tatiana Frederico de Almeida  
Rua João Bião de Cerqueira, 251, ap. 702A, Pituba, 41830-540 Salvador – BA, Brasil  
e-mail: [tatifrederico@yahoo.com.br](mailto:tatifrederico@yahoo.com.br)

Recebido: 11/04/2012  
Aprovado: 12/07/2012