

- 1 - Uso do Aparelho "Mamilo" Para Tratamento da Sucção Digital
- 2 - Transformação e Caracterização de um Pré Transformado em Inciso Central
- 3 - Comprometimento Estético na Anodontia Parcial

1 Uso do Aparelho "Mamilo" Para Tratamento do Hábito de Sucção Digital

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define: Saúde é o bem-estar físico, social e mental, e na medida que concordamos com tal definição a maloclusão, por exemplo classe II severa, impõe ao indivíduo, um mal-estar estético e funcional que o desequilibra psicologicamente e socialmente... e ele não pode estar saudável. Partindo desta premissa não podemos concordar com: ...a maloclusão não é uma entidade patológica mas uma definição cultural de desvios dos padrões estéticos socialmente estabelecidos (GOLDMANN & GORLEN apud MOYERS, 1979).

O respirador bucal, apresenta uma série de alterações como: alterações de postura corporal, alterações de comportamento, alterações dos órgãos fonoarticulatórios, alteração da deglutição, alterações da fala, alterações alimentares e mastigatórias e também, alterações oclusais. Assim, podemos afirmar que a respiração bucal não é uma opção fisiológica mas sim uma condição absolutamente patológica. As alterações patológicas presentes na SRB por exemplo, a hipertrofia das amígdalas faríngeas, as adenóides, podem ser operadas... mas isso não promoverá o vedamento labial, as outras alterações continuam a maloclusão está estabelecida e mastigando mal virão os problemas gástricos, disfunção da articulação têmporo mandibular e outros. Fica evidente que maloclusão é causa de morbidade.

Sabemos que as maloclusões são as mais freqüentes deformidades humanas e apresentamos a falta da amamentação como sendo a causa das alterações estruturais e funcionais que culminam com a maloclusão. Também os hábitos orais são determinantes direta ou indiretamente dos desvios morfológicos dento alveolares portanto, também etiologia indiscutível da maloclusão.

Muito tem sido escrito sobre hábitos orais, a vasta literatura encontrada nas diferentes áreas envolvidas com o tema, torna dispensável nossa repetição. Gostaríamos apenas de nos determos nos aspectos mais concordantes com nosso ponto de vista e citar inicialmente a Dra. Segóvia, "*Las profusas notas publicadas por medicos psiquiatras y odontólogos para informar tanto al profano como al profesional, a respecto de succion digital, muchas veces han resultado inadecuadas.*

Lamentablemente, muchas de ellas llegan al gran público en forma totalmente distorsionadas por la prensa popular.

MORESCA, C.A. & FERES (1992) os hábitos estão diretamente ligados à funções que se dão por mecanismos reflexos, impulsos naturais presentes ao nascimento e que se definem como padrão com o crescimento e desenvolvimento do indivíduo no complexo ciclo natural evolutivo. Por isso alguns autores o consideram como um reflexo, estímulo que traz um certo prazer e/ou satisfação. Descobrir um hábito simplesmente não tem significado clínico se não se conhece sua origem, implicações e conseqüências".

Um dos mais expressivos trabalhos que mostram o impulso neural de sucção pode ser visualizado no filme do UNICEF: Delivery Self Attachment do Dr. Lemart Righard, também publicado no The Lancet 1990 v. 336.1105. Ele relata um trabalho feito no Canadá que nos mostra o impulso neural de sucção. Não só aquele que podemos ver nos filmes dos partos (tão em moda nos dias de hoje nos partos cesáreos) quando se observa que o bebê nasce sugando as mãos, às vezes o lábio inferior e às vezes a língua. No trabalho do Dr. Lemart, o bebê, nascido de parto natural, não

Gabriela Dorothy de Carvalho

Coordenadora do curso: SOS, Respirador Bucal!. Diretora do CEA/Odontofono, Cirurgião-Dentista em São Paulo/SP

Germano Brandão

Professor Assistente do CEA/Odontofono, Cirurgião-Dentista em São Paulo/SP

Pedro Vinha

Professor Assistente do CEA/Odontofono, Cirurgião-Dentista em São Paulo/SP



Fig. 1 - O aparelho Mamilo é semelhante a uma placa de Hawley, tendo na sua posição central anterior uma proeminência em forma de mamilo.

induzido e sem medicação, antes de qualquer procedimento de rotina, é colocado no abdômen da mãe e, sem que qualquer pessoa o toque, ele engatinha para o peito da mãe, abre a grande boca, encontra o mamilo e mama como qualquer outro mamífero. É o que MORESCA e FERES chamaram de impulsos naturais.

Existem alguns itens que poderíamos considerar ainda que nossos pontos de vista quanto à etiologia do hábito sejam diferentes: Seria muito útil para a supressão dos hábitos orais, os adultos darem mais atenção para o que a criança faz além de colocar o dedo na boca. Ela se sentiria mais amada se percebesse que seus pais, professores, dentista, e outros têm interesse por ela. Que estão receptivos a tudo que ela sente, pensa, fala ou faz. Assim ela procurará desenvolver recursos que lhe permitam surgirem motivações de atitudes mais apropriadas.

Também seria interessante nos lembrarmos que deixar um hábito não é fácil, simples ou rápido (tantos adultos não conseguem deixar o cigarro). Provavelmente assim, estaremos possibilitando um esforço a mais para que a criança seja cooperativa com o nosso atendimento e explicando isto aos pais pode acontecer que eles passem a estimulá-la nas coisas positivas que faz e deixem de lado um procedimento comum e excessivo de correção ("tira a mão da boca")!

CASO CLÍNICO

Entendemos e interpretamos desta forma o hábito de sucção do polegar, acreditamos que esta interpretação etiológica dos hábitos orais, coloca a amamentação como prevenção também da incidência das maloclusões. Como acreditamos que a sucção do polegar seja devida ao déficit de ordenha no peito da mãe, julgamos ser necessário estressar o hábito... dando outra forma de sugar: "o mamilo" é o caso clínico que apresentamos neste trabalho, do paciente M.M. Logo que instalamos o aparelho com o mamilo, a criança começa a sugar. Imediatamente. Suga tanto que, geralmente queixa de dor na musculatura perioral e na língua após 24 horas. Aguardamos um pouco mais, um semana mais ou menos e começamos a desgastar o mamilo. O desgaste não deve deixar nenhuma aspereza, para que ela sinta todo prazer de sugar e sugar muito até estressar o hábito. Pouco a pouco vai se desgastando o mamilo até podermos remover o aparelho.

Sempre é possível obtermos uma resposta favorável do organismo, quando nossos procedimentos, clínicos ou aparatológicos, não são direcionados contra a alteração pre-

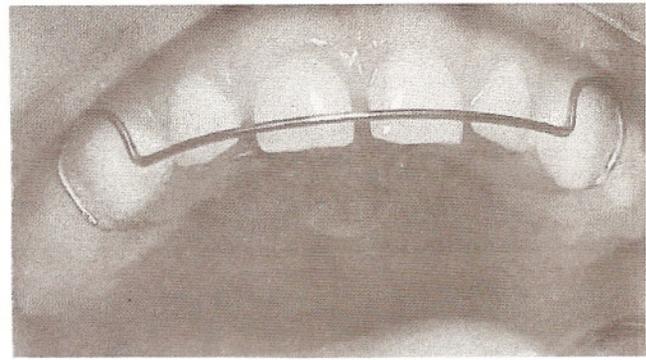


Fig. 2 - O aparelho colocado na boca.

sentie mas sim a favor da fisiologia, da biologia e da saúde.

Foi o caso deste paciente, que após 6 semanas de uso do aparelho, deixou de apresentar o hábito de sucção digital.

RESUMO E CONCLUSÕES

Concluimos que o bebê nasce com duas fomes: a fome neural de sucção e a fome fisiológica. Ele deve satisfazer essas duas "fomes". No peito da mãe sabemos que a ordenha é (com livre demanda) um processo demorado. A mãe dá um peito até esvaziá-lo e oferece o outro peito que seu filho ordenha o quanto quiser. Na mamadeira, em menos de 3 minutos ele esvazia a mamadeira. Nos dois casos ele satisfaz a fome fisiológica mas na mamadeira fica um débito de sucção neural e ele não satisfaz o "impulso neural" de sucção. Esta criança vai sugar alguma coisa, qualquer coisa possível.

Como primeira opção, ela sugará o polegar (na vida intrauterina ela buscou a boca e.. achou! NAITRE - Lennart Nilsson: medindo 3,5cm, com 10 a 11 semanas ele já foi fotografado com as "mãos" em frente a boca e entre 4 e 5 meses, dedos com unhas, ele encontra a boca e o reflexo de sucção presente lhe permitiu sugar o polegar!). Todo bebê suga o polegar, mesmo aqueles que durante a ultra-sonografia não estavam fazendo a sucção naquele momento.

Como segunda opção ele suga o lábio inferior, interpondo o lábio entre os rodets gengivais, posição facilitada pelo retrognatismo fisiológico que parece existir para permitir o bebê ensaiar a correta pega e a ordenha.

Como terceira opção ele suga a língua! O bebê com adequado desenvolvimento neural sempre sugará na vida intrauterina. Tem que estar apto para sobreviver, mamando - no peito da mãe - quando nascer.

É comum acontecer que bebês amamentados com livre demanda, aos 5 ou 6 meses começam, a sugar o polegar. Neste momento os primeiros dentes decíduos estão chegando e existe um grande desconforto dentro da boca. As gengivas estão inchadas, coçam, a salivação está aumentada..., ele deseja coçar as gengivas mas não tem coordenação para tanto. Seu polegar, entretanto já conhece o caminho da boca (desde a vida intra uterina) e ele põe o polegar na boca. Neste momento, entendendo que não se trata de impulso neural de sucção mas a próxima maturação neural da função seguinte - a mastigação - precisamos dar-lhe um mordedor para passar o desconforto essa fase e impedir o "reforço" de que dedo na boca é prazer... caso contrário se transformará em hábito.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, R.R. & WEBER, J.S. Anterior open bite: etiology and treatment, *Oral Health*, 80 (1): 27-31, Jan. 1990.
2. GRABER, T.M. Ortodontia: teoria y pratica. Barcelona: Interamericana, 1974.
3. MASSLER, M. Oral habits: development and management. *J. Periodont.*, 7: 109-19, 198.
4. MEDEIROS, C.F.M. Hábitos bucais nocivos: a importância da conscientização em relação às ações preventivas. *Pró-fono*, 4 (2): 36-42, 1992.

5. MORESCA, C.A. & FERES, M.A. Hábitos viciosos bucais. In. PETRELLI, E. Ortodontia para Fonoaudiologia. Curitiba: Lovise, 1992. p. 165-76.
6. SALZMANN, J.A. Treatment of dentofacial pressure habits. *Practice of Orthodontics*. 2: 806-12., 1976.
7. SILVA FILHO, O.G. et al. Sucking habits: clinical management in dentistry. *The J. of clinical Pediat. Dent.*, 5 (3): 137-56, 1991.
8. YOSHIDA, Y. & OHNO, T. An approach to digit sucking case (part one) consideration of methods of instructions for digit sucking cases., *Int. J. of Oral Myology*, 17 (1): 5-9, 1991.

2 Transformação e Caracterização de um Pré Transformado em Inciso Central

INTRODUÇÃO

Com a introdução da técnica do condicionamento ácido do esmalte proposta por BUONOCORE⁴ em 1955, e juntamente com o desenvolvimento das resinas compostas sugeridas inicialmente por BOWEN³ em 1965, características como a resistência ao desgaste, adesão a estrutura dental, estabilidade de cor e dimensional sofreram melhorias e com isso, iniciou-se a era adesiva estética.

A partir daí, a realização de procedimentos cosméticos foi sendo aprimorada aumentando a cada dia novas possibilidades para sua utilização^{5,6,7,8,10}.

O aperfeiçoamento de materiais restauradores estéticos e adesivos, associado a maior vigilância com a higiene bucal dos pacientes, possibilitaram uma ascensão da Odontologia Estética permitindo a realização de procedimentos em apenas uma sessão de forma mais conservadora com um custo inferior.

Desta forma, a resina composta e os materiais cerâmicos vem sendo utilizados não apenas para restaurar dentes comprometidos por lesão cariosa, mas também, melhorar a forma, contorno, textura, função e tamanho do elemento dental comprometido, permitindo o restabelecimento da harmonia estética do sorriso^{5,6,7}.

Assim, o objetivo da Odontologia Cosmética não se resume apenas na restauração da forma e função dos elementos dentais, mas também na capacidade de restabelecer um novo sorriso que se adapte ao estilo de vida do paciente, ao seu trabalho, posição social, bem como realçar as características estéticas positivas do mesmo⁶, uma vez que, quando há alterações na aparência estética estas acabam influenciando negativamente no equilíbrio emocional do indivíduo, dificultando o seu convívio social^{12,13}.

Neste contexto, a utilização da resina composta é clinicamente indicada, para fechamento de diastemas^{10,12,13} transformação de dentes conóides^{5,7,11,12} e caninos em incisivos laterais, bem como, para a correção de anomalias de forma e tamanho para se conseguir uma harmonia do sorriso^{5,6,7,10,11,12,13}.

Como pode ser notado, a Odontologia Cosmética pode ser também valiosa no tratamento de pacientes jovens com perda dentária unitária, onde se associa previamente o recurso cirúrgico do autotransplante dentário. Segundo ANDREASEN & ANDREASEN¹ em 1994, além de ser uma alternativa de custo reduzido, dentes autotransplantados para a região anterior apresentam uma sobrevida em 5 anos entre 98% a 99% e em 10 anos entre 87% a 95%

Na seleção do dente doador, a anatomia coronária e radicular devem ser consideradas. As dimensões devem ser compatíveis com a área receptora para que a inserção possa ser feita com um mínimo de trauma e sem prejuízo estético para a região anterior. Na região do incisivo central superior a ordem decrescente de preferência do dente doador, segundo ANDREASEN & ANDREASEN¹ (1994), é: segundo pré-molar inferior, caninos, primeiro pré-molar superior, e terceiros molares com dimensões reduzidas.

Partindo destes princípios, propôs-se a realização de um caso clínico de

Karen Cristina Ferreira Morgan de Aguiar

Cirurgiã-Dentista em Ribeirão Preto/SP

Telma Nunes do Nascimento

Professora Doutora de Dentística Restauradora da FO/Ribeirão Preto/USP

Silmara Aparecida Milori Corona

Professora Doutora de Dentística Restauradora da FO/Ribeirão Preto/USP

Cássio Edvard Sverzut

Professor de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FO/Ribeirão Preto/USP

Petrus Pereira Gomes

Cirurgião-Dentista em Ribeirão Preto/SP