



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Odontologia

Fernando Carneiro Santiago

**HÁBITOS ORAIS PARAFUNCIONAIS:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Rio de Janeiro
2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Odontologia

Fernando Carneiro Santiago

**HÁBITOS ORAIS PARAFUNCIONAIS:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadores: Profa. Dra. Sandra Regina Torres

Prof. Dr. Mário José Romãnach Gonzalez Sobrinho

Rio de Janeiro
2015

Ficha Catalográfica

Santiago, Fernando Carneiro.

Hábitos orais parafuncionais: uma revisão da literatura / Fernando Carneiro Santiago.— Rio de Janeiro : UFRJ/FO, 2015.

xv, 35 f. : il. ; 31 cm.

Orientadores: Sandra Regina Torres e Mário José Romañach Gonzalez Sobrinho.

Dissertação (mestrado) -- UFRJ/FO, Programa de Pós-graduação para Graduados, Mestrado Profissional em Clínica Odontológica, 2015.

Referências bibliográficas: f. 35-39.

1. Bruxismo - fisiopatologia. 2. Hábitos. 3. Hábitos Linguais. 4. Transtornos da Articulação Temporomandibular - etiologia. 5. Transtornos da Articulação Temporomandibular - fisiopatologia. 6. Revisão. 7. Clínica Odontológica - Tese. I. Torres, Sandra Regina. II. Gonzalez Sobrinho, Mário José Romañach. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação para Graduados, Mestrado Profissional em Clínica Odontológica. IV. Título.

**HÁBITOS ORAIS PARAFUNCIONAIS:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Fernando Carneiro Santiago

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Odontologia (Mestrado Profissional), Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Aprovado em 27 de Março de 2015.

Profa. Dra. Michelle Agostini
(Presidente da Banca Examinadora)
Faculdade de Odontologia - UFRJ

Prof. Dr. Arley Silva Júnior
Faculdade de Medicina - UFF

Profa. Dra. Inger Teixeira de Campos Tuñas
Faculdade de Odontologia - UFRJ



Profa. Dra. Sandra Regina Torres
Faculdade de Odontologia - UFRJ

Prof. Dr. Mário José Romañach Gonzalez Sobrinho
Faculdade de Odontologia - UFRJ

DEDICATÓRIAS

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pela força, pela fé, pelo carinho e aconchego e, especialmente, por me ensinarem o valor da liberdade e respeito pelas escolhas feitas no caminho da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo meu encontro com a Natureza, a verdadeira alma da minha vida.

A minha companheira Ana Paula, pelo amor, paciência e sabedoria nos momentos mais críticos de desespero, "in the middle of nowhere", na nossa encantada terrinha.

À minha querida parceira Zilma, fundamental na realização deste sonho.

Às minhas queridas bibliotecárias: Dani, Celeste e Roberta, por todo o comprometimento. Em especial, à dupla Adriana e Iloene que aguentaram o "tranco final" numa titânica demonstração de paciência e carinho.

À Prof. Dra. Sandra Torres por ter me aceitado como orientando e incentivado o meu progresso como um profissional em busca de novos horizontes.

À minha eterna irmã espiritual Walkíria, sempre me apoiando e me fazendo crer que vale muito a pena viver o caminho com leveza, simplicidade e equilíbrio.

À Profa. Dra. Kátia Dias, minha carismática coordenadora por ter acreditado em mim desde o momento em que eu me encontrava "em cima do muro" para encarar o Mestrado. O seu apoio foi decisivo para o primeiro passo e fundamental por colocar as pedras nos lugares certos para a minha jornada.

À Angelina, sempre simpática e prestativa em todos os momentos que solicitei auxílio na Secretaria de Pós Graduação.

Aos meus colegas de Departamento, sempre com um sorriso e dispostos a me auxiliar nos momentos mais angustiantes.

AGRADECIMENTOS

Aos meus colegas de Mestrado, pela interação fantástica vivida nestes intensos meses de uma renovação humana e profissional, especialmente, à Raquel que participou de vários momentos tensos na Vila do João com um grande senso de humor.

A todos os professores pela contribuição ao meu conhecimento e aprendizado.
À minha família, a base que me sustenta no meu crescimento.

E, finalmente, à minha segunda casa: a UFRJ, responsável por ser, ao mesmo tempo, meu porto seguro e plataforma para alçar meus voos em busca de sabedoria e bons valores, que me tornam um ser humano comprometido em cuidar de nosso planeta!

A todos estes, meu sincero e forte agradecimento!

Ao término de um período de decadência sobrevém o ponto de mutação. A luz poderosa que fora banida ressurgue. Há movimento, mais este não é gerado pela força... O movimento é natural, surge espontaneamente. Por essa razão, a transformação do antigo torna-se fácil. O velho é descartado e o novo é introduzido. Ambas as medidas se harmonizam com o tempo, não resultando daí, portanto, nenhum dano.

ARTIGO

HÁBITOS ORAIS PARAFUNCIONAIS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

PARAFUNCTIONAL ORAL HABITS: A LITERATURE REVIEW

SANTIAGO, Fernando Carneiro

Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva – UFRJ

CARVALHO, Zilma Baptista de

Especialista em Saúde da Família – UNASUS/UERJ

Especialista em Odontologia do Trabalho – UNIGRANRIO

TORRES, Sandra Regina

Doutora em Ciências (Microbiologia) – UFRJ

GONZALEZ SOBRINHO, Mário José Romãach

Doutor em Estomatopatologia - UNICAMP

RESUMO

Os hábitos, resultado da repetição de um ato com determinado fim, tornam-se com o tempo resistente às mudanças. Os hábitos bucais podem ou não interferir no crescimento e no desenvolvimento normal dos maxilares. Os hábitos parafuncionais podem provocar danos às estruturas bucais. A interferência destes hábitos poderá favorecer o aparecimento de maloclusões e alterações nos padrões normais de deglutição e fonação, dependendo de fatores como: duração, frequência, intensidade e padrão facial. O objetivo deste artigo foi realizar uma revisão de literatura, sobre a fisiopatologia, tipos e frequência com que ocorrem os hábitos parafuncionais. Com base nos estudos avaliados, os hábitos bucais parafuncionais foram encontrados em ambos os gêneros, em qualquer faixa etária. O hábito parafuncional mais frequentemente descrito nos adultos foi o bruxismo e nas crianças, a onicofagia. Cerca da metade das crianças avaliadas nos estudos apresentava algum tipo de hábito bucal. Os mais frequentes foram: onicofagia, sucção de chupeta e sucção digital. Nos adultos, os hábitos bucais parafuncionais mais encontrados foram o bruxismo, onicofagia, morder a bochecha e apoiar o queixo na mão. Nos estudos revisados, foi verificado que mais da metade dos adultos apresentava algum tipo de hábito.

UNITERMOS: Boca, Hábitos, Transtornos da articulação temporomandibular, bruxismo, onicofagia.

ABSTRACT

Habits are the result of the repetition of an act with a certain order. If persistent, they might become resistant to changes. Oral habits may interfere with the normal growth and development of the jaws. Parafunctional habits may cause damage to oral structures. The interference of oral habits may lead to the development of malocclusion and changes in normal swallowing and speech patterns, depending on factors such as duration, frequency, intensity of the habit and the facial pattern. The aim of this paper was to conduct a literature review of the pathophysiology, types and frequency of parafunctional habits. In the evaluated studies, the oral parafunctional habits were observed in individuals of both genders, and in all ages. The most frequently described habits were bruxism, in adults and onychophagia among children. Nearly half of the children had some type of oral habit, and the most common were nail biting, use of pacifier sucking and finger sucking. In adults, the most common parafunctional oral habits were bruxism, nail biting, cheek biting and the habit of leaning the chin on the hand. More than half of the adult population presented at least one type of habit.

UNITERMS: Mouth, Habits, Temporomandibular joint disorders, bruxism, nail biting.

LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1. Prevalências dos hábitos bucais parafuncionais em populações de crianças.....</i>	<i>26</i>
<i>Quadro 2. Prevalências dos hábitos bucais parafuncionais nas populações adultas do Brasil.....</i>	<i>28</i>

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 01: Frequências de hábitos parafuncionais relatados nos estudos avaliados em população infantil.....</i>	<i>31</i>
<i>Figura 02: Frequências de hábitos parafuncionais relatados nos estudos avaliados em população adulta.....</i>	<i>32</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

% - Porcentagem

& - E comercial

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 Hábitos Normais na Boca.....	17
2.2 Hábitos Deletérios na Boca.....	19
2.3 Hábitos Parafuncionais na boca.....	20
2.3.1 Bruxismo.....	21
2.3.2 Sucção digital.....	22
2.3.3 Sucção do lábio.....	23
2.3.4 Sucção da mucosa jugal.....	24
2.3.5 Onicofagia.....	24
2.3.6 Glossofagia.....	24
2.3.7 Hábito de morder objetos.....	25
2.4 Prevalência.....	25
Quadro 1. Prevalências dos hábitos bucais parafuncionais em populações de crianças.....	26
Quadro 2. Prevalências dos hábitos bucais parafuncionais nas populações adultas do Brasil.....	28
Figura 1. Frequências de hábitos parafuncionais relatados nos estudos avaliados em população infantil.....	31
Figura 2. Frequências de hábitos parafuncionais relatados nos estudos avaliados em população adulta.....	32
3. DISCUSSÃO.....	33
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
6. ANEXO.....	40

1. INTRODUÇÃO

Hábito é a reprodução de uma ação que com o tempo torna-se resistente às mudanças. Sua instalação usualmente deriva de um ato agradável que leva a satisfação inicial e consciente do indivíduo, e que pela repetição se automatiza, tornando-se inconsciente e promovendo expressões viciosas de aspecto físico, motor e emocional^{1,2}.

Os hábitos bucais são classificados como normais ou deletérios, dependendo do efeito causado. Os hábitos normais exercem funções corretas de musculatura intrabucal, facial e cervical durante a respiração, deglutição, fonação, postura e mastigação, promovendo, portanto, um estabelecimento normal da oclusão e favorecendo a liberação do potencial do crescimento facial. Ao contrário, os hábitos bucais deletérios são aqueles que podem causar danos ou alterar o padrão do crescimento facial normal, principalmente quando desenvolvido na infância. Os hábitos bucais deletérios são considerados causa frequente da instalação de maloclusões, sendo padrões de contração muscular aprendidos e incorporados ao indivíduo. De natureza muito complexa, os hábitos bucais deletérios tantas vezes praticados, tornam-se inconscientes³, podendo causar danos diversos ao sistema estomatognático, de acordo com sua frequência, duração e intensidade (tríade de Graber)^{1,3,4}.

Hábitos parafuncionais são aqueles não relacionados às funções normais do aparelho estomatognático e são classificados em hábitos diurnos e noturnos⁵. As atividades diurnas podem ser variáveis como o apertamento ou ranger dos dentes (bruxismo), morder a bochecha, morder a língua, chupar o dedo, morder lápis, alfinetes, onicofagia e apoiar objetos sob o queixo⁶.

O estudo dos hábitos parafuncionais é complexo e a frequência com que ocorrem é variável em diferentes estudos. Diversos mecanismos têm sido utilizados para auxiliar ou complementar o diagnóstico das parafunções, entre elas: graduação da dor muscular frente à palpação, duração do contato dentário durante o bruxismo e estudos eletromiográficos, além dos questionários distribuídos aos pacientes^{7,8}. É difícil determinar se existe uma relação direta ou indireta entre os sinais e sintomas

nos pacientes que apresentam estes tipos de hábitos. Além disso, o paciente muitas vezes não tem a consciência de que pratica um hábito parafuncional.

De maneira geral, poucos estudos tem demonstrado uma atenção especial aos hábitos parafuncionais da boca, os quais demonstram uma prevalência que varia de 5 a 80% em diferentes populações no Brasil⁶. O propósito deste estudo é rever a literatura sobre a fisiopatologia, tipos e frequências com que ocorrem os hábitos bucais parafuncionais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 *Hábitos Normais na Boca*

Durante a infância, o crescimento e desenvolvimento das estruturas craniofaciais ocorrem de maneira intensa e constante, sendo influenciados por estímulos externos naturalmente associados às funções do sistema estomatognático, como respiração, deglutição, mastigação, fala e sucção⁹.

A **deglutição** é a função de engolir, responsável por levar o alimento e/ou saliva da boca ao estômago, que se inicia a partir da 24ª semana de vida intrauterina. O amadurecimento da função de deglutição ocorre pelo equilíbrio entre os músculos envolvidos (masseter, temporal, pterigoideos medial e lateral, músculos da língua e os supra e infrahiódeos) e pelas modificações (p. ex. interposição lingual) ocorridas na cavidade bucal e na alimentação¹⁰. A deglutição atípica é uma condição desviada, onde os músculos envolvidos procuram uma posição alternativa para a deglutição, e pode ser altamente deformante. A falta de estímulo lingual no palato leva a uma deficiência no crescimento transversal da maxila e a falta de vedamento labial acarreta em incisivos protusos e uma pré-maxila deficiente⁹. É descrita como sendo uma adaptação útil quando está presente uma mordida aberta ou sobressaliência; ou seja, quase todo indivíduo com mordida aberta apresenta interposição da língua, não sendo a recíproca verdadeira. A deglutição atípica ocorre em duas condições: como *hábito*, para reduzir as aberturas funcionais na região anterior do alvéolo; ou como *resultado* das acomodações esqueléticas, no caso das mordidas abertas esqueléticas. Existe uma relação entre os hábitos parafuncionais e

a deglutição atípica, portanto, é de grande importância a remoção do hábito antes de reeducar o paciente quanto ao padrão de deglutição¹¹.

A **mastigação** é uma função importante do aparelho estomatognático caracterizada pela ação de morder e triturar o alimento. Corresponde à fase inicial do processo digestivo objetivando a degradação mecânica dos alimentos e reduzindo-os a um tamanho adequado para serem deglutidos. A mastigação fisiológica e ideal deve ser bilateral e alternada, com presença de movimentos rotatórios da mandíbula. As estruturas locais necessárias para que haja mastigação são: lábios, dentes, língua, bochecha e musculatura mastigatória. A mastigação se apresenta em dois tipos, sendo a mastigação temporal aquela em que as pessoas não executam movimentos de lateralidade, geralmente não há desgaste das cúspides de canino, mas sim um desgaste por palatina. Os que possuem mastigação do tipo masseterino, apresentam bastante movimento de lateralidade, com desgastes de cúspides⁹.

A **fonação** é uma função que requer a participação de vários órgãos. A fonação anormal indica alterações motoras e estruturais. Problemas na articulação de fonemas podem ocorrer em indivíduos portadores de deglutição atípica, pela projeção inadequada da língua resultando em distorções acústicas. Mas nem sempre uma alteração na relação das estruturas envolvidas irá causar uma fonação anormal, por causa da capacidade de adaptação desta função, assim pode coexistir a fonação correta com uma maloclusão de certa gravidade¹².

A **respiração** nasal é importante para o crescimento e desenvolvimento do complexo craniofacial, influenciando o desempenho das outras funções. A alteração desta função leva à diversas estruturas alteradas. A respiração bucal sujeita o sistema estomatognático às leis da pressão atmosférica, rompendo o mecanismo de equilíbrio que promove o crescimento do terço médio da face^{9,10}.

O **hábito de sugar** existe para fins nutritivos e, normalmente, é realizado no seio materno. O hábito de sucção é de grande importância para o recém-nascido que depende da sucção oral instintiva para promover a sua satisfação nutricional. Durante a sucção, lábios, língua e mucosa bucal experimentam uma sensação de prazer que constrói as primeiras funções psicológicas e relações interpessoais (mãe-filho), permitindo a exploração do entorno socioambiental. Fazendo parte do

desenvolvimento normal da criança, atua no fortalecimento da musculatura e no crescimento dento-maxilofacial. É a primeira atividade coordenada da infância e pode perdurar até os três anos de idade¹³. Após o nascimento, não ocorre a instalação do hábito em um ato imediato de carência ou de descarga reflexa. Succionar e deglutir é preciso para sobreviver, porém se o ato se repete com grande frequência sem fins nutritivos, torna-se um hábito pernicioso, tornando um fator determinante etiológico de maloclusão².

Os diversos autores confundem forma, função, causas e efeitos dos hábitos parafuncionais e deletérios, provocando entendimentos distintos e distorcidos sobre o assunto, causado pela diversidade e similaridades de nomenclaturas. No entanto, constata-se que todo hábito deletério é parafuncional, porém, nem todo hábito parafuncional é necessariamente deletério.

2.2 Hábitos Deletérios na Boca

Hábitos deletérios são padrões de contração muscular aprendidos após o nascimento e considerados fatores etiológicos de maloclusão¹⁴. Estes hábitos dependem de fatores como duração, frequência, intensidade, bem como do padrão facial, podendo interferir no crescimento e desenvolvimento dentoalveolar, favorecendo o aparecimento de maloclusões e alterações da deglutição e fonação. Para a eliminação do hábito é importante a interação multiprofissional e, principalmente, a vontade do paciente. É fácil detectar a relação de causa-efeito de um hábito bucal, pois o hábito deletério geralmente deixa marca de sua ação e, desta forma, a simples observação da alteração permite deduzir o hábito bucal que deu origem a maloclusão¹².

Algumas teorias tentam explicar os hábitos, afirmando ser a boca a região de maior atividade no primeiro ano de vida. Causas como a sucção insuficiente no seio ou na mamadeira, um desejo insatisfeito nos primeiros anos de vida ou a incapacidade de enfrentar o estresse, podem levar o indivíduo a um prolongamento do costume com a repetição de um comportamento aprendido ou a uma atitude regressiva no padrão de comportamento. A forma de aleitamento materno e

aspectos psicoafetivos podem ser considerados fatores etiológicos de influência na instalação de hábitos parafuncionais¹².

Os hábitos bucais como a interposição da língua e a deglutição atípica, interposição ou sucção dos lábios, das bochechas, sucção dos dedos, o uso de chupeta e a respiração bucal podem incidir diretamente na origem dos problemas ortodônticos e ortopédicos. Ao interferirem no desenvolvimento normal dos processos alveolares, estimulando ou modificando a direção do crescimento de certas estruturas bucais, eles podem dar origem a: protrusões dentárias e/ou dentoalveolares, mordidas abertas ou cruzadas anteriores e/ou laterais, inibição da erupção de um ou vários dentes, vestíbulo ou linguoversões, etc.¹².

2.3 Hábitos Parafuncionais na Boca

O termo hábito parafuncional foi introduzido por Drum^a, para sugerir uma distinção entre o estresse oclusal exercido durante a mastigação e deglutição e o estresse oclusal causado por uma ação fora do padrão de normalidade. Atividades parafuncionais são atividades não funcionais orais, mandibulares e linguais, dentre elas se incluem, o bruxismo que envolve o apertamento mandibular e o rangimento ou batimentos rápidos dos dentes; mordida nas bochechas, nos lábios, e hábitos de morder diferentes objetos¹⁵.

Segundo Arnold^b, em 1981, o hábito parafuncional bucal pode ser desencadeado no indivíduo, geralmente devido a fatores psicológicos, musculares e dentários. Neste contexto, o bruxismo está relacionado com a frustração, ansiedade e raiva que interagindo com o estresse promove um aumento do tônus muscular em todos os músculos voluntários envolvidos. O estresse psicológico pode se manifestar em qualquer lugar do corpo e neste caso, as estruturas em redor da cavidade bucal parecem ser o foco de tensão. Desde o nascimento, o indivíduo é

^a Drum W. Die Autodestruktionstheorie. In: Drum W, editor. Zahnmedizin für Ärzte. Berlin: Verlag Die Quintessenz; 1972 apud¹⁵.

^b Arnold M. Bruxism and the occlusion. Dent Clin North Am. 1981; 25: 395-407 apud⁶.

condicionado a exteriorizar sentimentos interiores reprimidos através da boca. Para Clark^c (1982), as insatisfações, frustrações, raivas e tensões podem influenciar no ranger dos dentes, razão pela qual a cavidade bucal é fonte de liberação das tensões⁶.

A etiologia das atividades parafuncionais é bastante diversificada. Dentre os fatores que predispõem as parafunções encontram-se: fatores locais (contatos prematuros, interferências oclusais); fatores sistêmicos (indivíduos portadores de asma ou rinite, pacientes com distúrbios do SNC); fatores psicológicos (estresse, ansiedade); fatores ocupacionais (prática de esportes de competição); fatores hereditários e neurológicos¹⁶.

2.3.1 Bruxismo

O bruxismo é um termo definido consensualmente entre autores especialistas como uma repetitiva atividade muscular da mandíbula caracterizada pelo apertamento ou rangimento dos dentes e/ou pela propulsão mandibular. Na literatura são descritos dois tipos de bruxismo: o bruxismo noturno e o diurno. O bruxismo noturno, recentemente classificado como uma desordem do sono, é um movimento de desordem primária caracterizada pela atividade muscular rítmica mastigatória e/ou pelo ocasional rangimento dos dentes. Está associado com curtos batimentos cardíacos e reativação cerebral. O bruxismo diurno é caracterizado pela atividade do tipo apertamento e associado com fatores psicossociais e ou sistêmicos¹⁷. Em uma revisão sistemática realizada por Feu et al.⁸ foi revelada uma relação entre bruxismo, refluxo esofágico, distúrbios no sistema dopaminérgico central e o fumo . O bruxismo é considerado um fenômeno psicossomático multifatorial e pode se apresentar clinicamente de três formas diferentes¹⁸:

- Apertamento: mais frequente durante o dia, ocorre geralmente quando o indivíduo está concentrado em alguma tarefa ou desempenhando algum trabalho que exija muito esforço físico.

^c Clark NG. Occlusion and Myofascial pain dysfunction: Is there relationship? J Am Dent Assoc.1982;104:443-46 apud ⁶.

- Rangimento: nesta modalidade prevalece a contração isotônica, podendo gerar uma sobrecarga dos músculos mastigatórios, tornando-se um potente ativador e perpetuador da dor facial crônica. Geralmente é hábito noturno e pode causar desgaste dentário das bordas incisais dos dentes em especial nos anteriores.
- Batimento dos dentes: é um contato rápido, repetido e rítmico dos dentes, compressões descontínuas, com efeitos menores. É uma situação pouco frequente.

No bruxismo, alguns fatores expõem-se como desencadeantes e/ou perpetuantes, tais como: estresse emocional e físico, angústia, ansiedade, medo, depressão, distúrbio do sono, uso de medicamentos, processos alérgicos nas vias aéreas superiores, transtornos neurológicos, deficiências nutricionais, avitaminoses, problemas gastrintestinais, hereditariedade e o consumo de bebidas xânticas (café, chá, chocolate, refrigerante tipo cola)¹⁸.

O bruxismo pode causar hipertrofia muscular e sérios prejuízos à dentição, como fraturas de restaurações dentárias, fraturas dentárias, dores de cabeça e distúrbios temporomandibulares, bem como favorece o surgimento de dor, fadiga e hipertrofia dos músculos da mastigação, disfunção nas articulações temporomandibulares (ATM) e dores de cabeça¹⁸. As forças parafuncionais aplicadas durante o bruxismo também são sugeridas na etiologia dos fracassos dos implantes dentários, e nos danos aos tecidos periodontais¹⁹. Tem sido relatado que O apertamento dentário provoca uma destruição das estruturas de sustentação dos dentes, devido à forte pressão transmitida ao osso alveolar¹⁸. Contudo, uma recente revisão sistemática da literatura mostrou ser pouco provável haver dano periodontal causado pelo bruxismo²⁰.

2.3.2 Sucção digital

A **sucção digital** desenvolve um tipo de maloclusão que depende de variáveis como: posição do dedo, atividades musculares associadas, posição da

mandíbula durante a sucção, padrão esquelético da face e intensidade da força aplicada aos dentes e processo alveolar, frequência e duração do hábito. A interrupção deste hábito é o passo mais importante para corrigir os danos provocados à oclusão. As principais consequências deste hábito são protrusão e inclinação dentária, *overjet* acentuado, apinhamento ou diastemas dentários, a diminuição ou aumento da distância intercanina e mordida cruzada. Porém, a má-oclusão mais prevalente é a mordida aberta anterior²¹. Crianças são comumente acometidas, geralmente no início da infância, podendo o hábito estar associado com algum quadro emocional intenso. Além da variedade de formas quanto à intensidade e frequência, a sucção digital também varia quanto ao número de dedos envolvidos, sendo o mais frequente o polegar¹².

As complicações constantemente observadas pelo hábito de sucção digital são: protrusão maxilar e dentária, retroinclinação dos incisivos inferiores, atresia dos maxilares, inibição da erupção dentária, mordida aberta anterior, língua hipotônica e inadequadamente posicionada, deglutição atípica, mordida cruzada posterior, diastemas dentários, lábio superior hipotônico e lábio inferior hiperativo. A respiração também pode ser afetada devido ao desequilíbrio das forças musculares²².

2.3.3 Sucção do lábio

A sucção do lábio ocorre com a retenção do lábio inferior entre os incisivos superiores e inferiores. A frequente umidificação dos lábios pode determinar a queilite facticial, por vezes de difícil diagnóstico². A sucção do lábio pode causar alterações estruturais labiais associadas à hipertonia do músculo mentoniano. Na maioria dos casos, se apresenta como uma protrusão maxilar acentuada, onde o lábio inferior é posicionado posteriormente aos incisivos superiores, provocando inclinações linguais dos incisivos inferiores ou retrusões dentoalveolares¹².

2.3.4 Sucção da mucosa jugal

Na sucção da mucosa jugal, esta fica interposta entre as arcadas, nos segmentos posteriores, causando mordidas abertas¹². *Morsus* é uma palavra latina para morder. *Morsicatio* é uma condição habitual de mastigar os lábios, a língua e as bochechas causando uma auto-injúria ou injúrias factícias das mucosas. Indivíduos com esta condição apresentam geralmente uma neurose compulsiva que leva a uma mordida habitual da língua, mucosa jugal e/ou dos lábios. As lesões, normalmente são bilaterais embora, às vezes, sejam limitadas a uma localização dependendo do hábito parafuncional do paciente^{23, 24}. Num estudo realizado em 23.785 pacientes do México, os profissionais da saúde bucal observaram uma prevalência maior deste hábito entre o gênero masculino (3,1%) comparado ao feminino (1,7%), e que era independente da idade. Nos pacientes mais jovens, este hábito estava atribuído às reações psicológicas de ansiedade ou autoagressão que não são, necessariamente, específicas de um grupo em particular. Em contraste, as lesões bucais características nos mais velhos, com a idade acima dos 50 anos, estavam associadas ao uso de prótese totais ou parciais²⁵.

2.3.5 Onicofagia

A onicofagia, ato de roer as unhas, é caracterizada por reiteradas injúrias ao leito ungueal, e é uma forma agressiva da autodestruição em crianças e adultos. Manifesta-se na infância como alívio da ansiedade, solidão, inatividade e insegurança. Muitos adultos, apresentando onicofagia, podem padecer de outras doenças psiquiátricas não diagnosticadas²⁶.

2.3.6 Glossofagia

A glossofagia é o hábito de morder a língua. Usualmente observada em crianças quando estudam ou estão usando computadores, mas mordidas na língua podem também ser realizadas por adultos em momentos de esforço físico. Este hábito pode causar mordida aberta e infraoclusão dos incisivos pela pressão da

língua². A mordida crônica da língua e do lábio representa um trauma auto-infligido. O paciente pode ou não ter consciência destes hábitos. O estresse psicológico pode ser um fator contribuinte, sendo que as mulheres são mais afetadas do que os homens²⁴.

2.3.7 Hábito de morder objetos

O hábito de morder objetos vem pelo impulso natural de morder, e pode ter início na fase infantil de morder a chupeta, o bico da mamadeira, a orelha de bichinhos de látex. Nas fases seguintes da vida mordem lápis, cabo de escova de dente, palitos ou cachimbos².

2.4 PREVALÊNCIA

O estudo da prevalência dos hábitos parafuncionais é complexo na sua realização, pois a frequência varia de uma faixa etária para outra. Diversos parâmetros têm sido utilizados para o diagnóstico das parafunções, entre elas: graduação da dor muscular frente à palpação, duração do contato dentário durante o bruxismo, estudos eletromiográficos, além dos questionários distribuídos aos pacientes^{7, 8}. É difícil determinar se existe uma relação direta ou indireta entre os sinais e sintomas nos pacientes que apresentam hábitos parafuncionais. Além disso, muitas vezes, o paciente pode não ter a consciência de que pratica um hábito, o que dificulta ainda mais a avaliação.

Os hábitos parafuncionais apresentam alta prevalência e etiologia multifatorial. De maneira geral, a literatura aponta uma prevalência que varia de 5 a 80%⁶. Os quadros e figuras 1 e 2 demonstram as prevalências dos hábitos parafuncionais de acordo com estudos realizados no Brasil e no exterior, em populações de crianças e adultos respectivamente e foram retirados de trabalhos acessíveis em buscas manuais nas bases de dados mais frequentemente utilizadas.

Quadro 1. Prevalências dos hábitos bucais parafuncionais em populações de crianças.

AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DO ESTUDO	AMOSTRA	FAIXA ETÁRIA / GÊNERO	TIPOS DE HÁBITOS	OBSERVAÇÕES
Estudos no Brasil					
Cavalcanti, Bezerra, Moura, & Granville-Gracia, 2008²⁷	Campina Grande, Paraíba	342	3 a 5 anos/ 73,4% F + 74,% M	Hábitos orais deletérios	
Almeida, Silva, & Serpa, 2009²⁸	Santa Maria, Rio Grande do Sul	41	07 a 12 anos/ F+M	Colocar objetos na boca (48,78%) Movimentos anormais da língua (9,76%)	
Santos et al., 2009¹³	Natal, Rio Grande do Norte	1.190	03 a 05 anos/ F+M	27,7% sucção de chupeta 12,5% sucção de dedo	
Vasconcelos et al., 2011²⁹	Região metropolitana do Recife, Pernambuco	970	5 a 12 anos / F+M	Onicofagia (44,6%) Bruxismo (12,6%) Sucção digital (9,7%) Sucção de chupeta (7,4%)	Dos 60,8% que apresentam hábitos bucais deletérios: 47,1% possuem apenas um tipo de hábito; 12,1% dois tipos de hábitos e 1,6% três tipos de hábitos.

Estudos internacionais					
Paredes Gallardo & Paredes Cencillo, 2005³³	Valencia, Espanha	1.100	04 a 11 anos/ F+M	2,36% bruxismo 9,36% sucção digital 0,73% sucção de chupeta 22,82% deglutição atípica 5,75 % interposição labial 12% respiração bucal	53% de hábitos deletérios, 47% sem hábitos deletérios
Barbosa et al., 2009³⁴	Punta Arenas, Chile	128	03 a 05 anos/ 46%F + 54%M	47% sucção de chupeta 18.3% sucção de dedo	
Bhayya & Shyagali, 2009³²	Gulbarga city, India	1.000	11 a 13 anos/ F+M	18% sucção da língua 17% respiração bucal 3% onicofagia	62% sem hábitos 38% apresentam hábitos
Bhayya & Shyagali, 2009³²	Shimla city, India	961	12 a 15 anos	5,7% respiração bucal 6,3 % sucção da língua 2,0% sucção de lábio 2,3% sucção digital 2,0% apertamento dentário 12,1% morder caneta, lápis e onicofagia	
Emodi-Perlman et al., 2012³³	Tel Aviv , Israel	244 crianças	05 a 12 anos/ F+M	13,52% bruxismo 41% morder pedaços de brinquedos 8,3% brincar com a mandíbula 18,8% morder a bochecha 4,2% morder língua	
Macho, Andrade,	Porto, Portugal	1.127	03 a 13	2,4% sucção de chupeta 3,8% sucção de lábio	33,8% apresentam hábitos orais

Areias, & Norton, 2012³⁴			anos/ F+ M	1,9 % sucção da língua 29,3% hábito de onicofagia 5,1% hábito de interposição da língua 1,4% hábito de interposição da bochecha	deletérios
--	--	--	---------------	--	------------

F = Feminino; M = Masculino

Quadro 2. Prevalências dos hábitos bucais parafuncionais nas populações adultas do Brasil.

AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DO ESTUDO	AMOSTRA	FAIXA ETÁRIA/ GÊNERO	TIPOS DE HÁBITOS
Cauás et al., 2004³⁵	Recife, Pernambuco	191 pacientes	16 anos a 61 anos 81,2% F e 18,8% M	73,5% colocar a mão no queixo 59,7% apertar dos dentes 57,6% bruxismo 43,5% morder objetos 28,3% morder língua 26,2% onicofagia 24,6% morder bochecha
Branco et al., 2008³⁶	Maringá, Paraná	182 pacientes de uma clínica de DTM	18 a 79 anos 166 F, 16 M	76,9% com algum tipo de parafunção diurna, noturna ou ambas. 55,5% bruxismo

Alves-Rezende, Soares e Silva, 2009³⁷	Araçatuba, São Paulo	169 acadêmicos de odontologia	66,66% F 33,34% M	3,92% morder a língua 11,76% morder os lábios 19,6% morder a bochecha 41,17% onicofagia
Figueiredo et al., 2009³⁸	João Pessoa, Paraíba	40 pacientes	20 a 40 anos 90% F e 10% M	22,5%, onicofagia 22,5% mascar chicletes 10% morder objetos 55,5% ranger os dentes 35,5% sucção de bochechas
Cavalcanti et al., 2011³⁹	Porto Alegre, Rio Grande do Sul	148 policiais militares	18 a 36 anos 77% do sexo masculino e 22,3% feminino	12,0% ranger de dentes 20,4% apertamento de dentes 28,6% onicofagia 14,3% morder objetos, 8,8% mascar chicletes 14,3% morder a bochecha
Queiroz et al., 2011⁴⁰	Fortaleza, Ceará	60 participantes	18 a 21 anos 76,67% F 23,33% M	56,67% Mascar chicletes 45,00% Morder objetos 43,33% Roer as unhas 38,33% Morder os lábios 33,33% Morder a bochecha 23,33% Mordida unilateral 16,67% Apertar os dentes

				<p>acordado</p> <p>15,00% Morde a língua</p> <p>15,00% pressiona a língua contra os dentes</p> <p>11,6% Ranger os dentes dormindo</p> <p>6,67% Apertar os dentes dormindo</p> <p>5,00% Forçar a mandíbula</p> <p>1,67% Acordar com os maxilares doloridos</p>
Elmadjian et al., 2012⁴¹	São Paulo Futebol Clube, São Paulo	64 atletas	13 a 20 anos	47,5% onicofagia
Bortolletto et al., 2013⁷	Campinas, São Paulo	172 participantes	17 a 78 anos 31% M , 69% F	<p>61% ranger/ apertar os dentes durante o dia</p> <p>47% ranger/apertar os dentes durante a noite</p> <p>37,2% Onicofagia</p>

F = Feminino; M = Masculino; DTM = Distúrbios Temporomandibulares

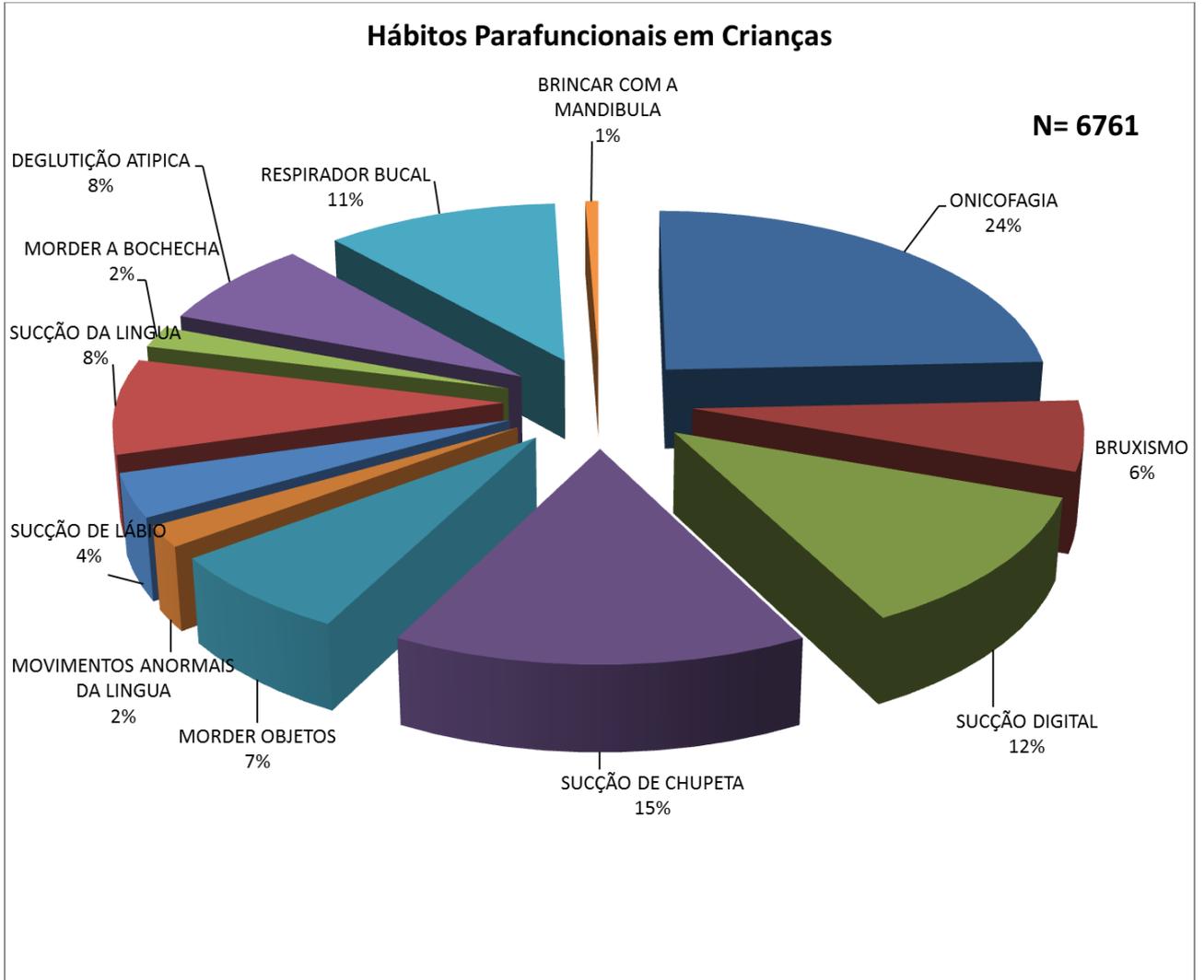


Figura 01: Frequências de hábitos parafuncionais relatados nos estudos avaliados em população infantil

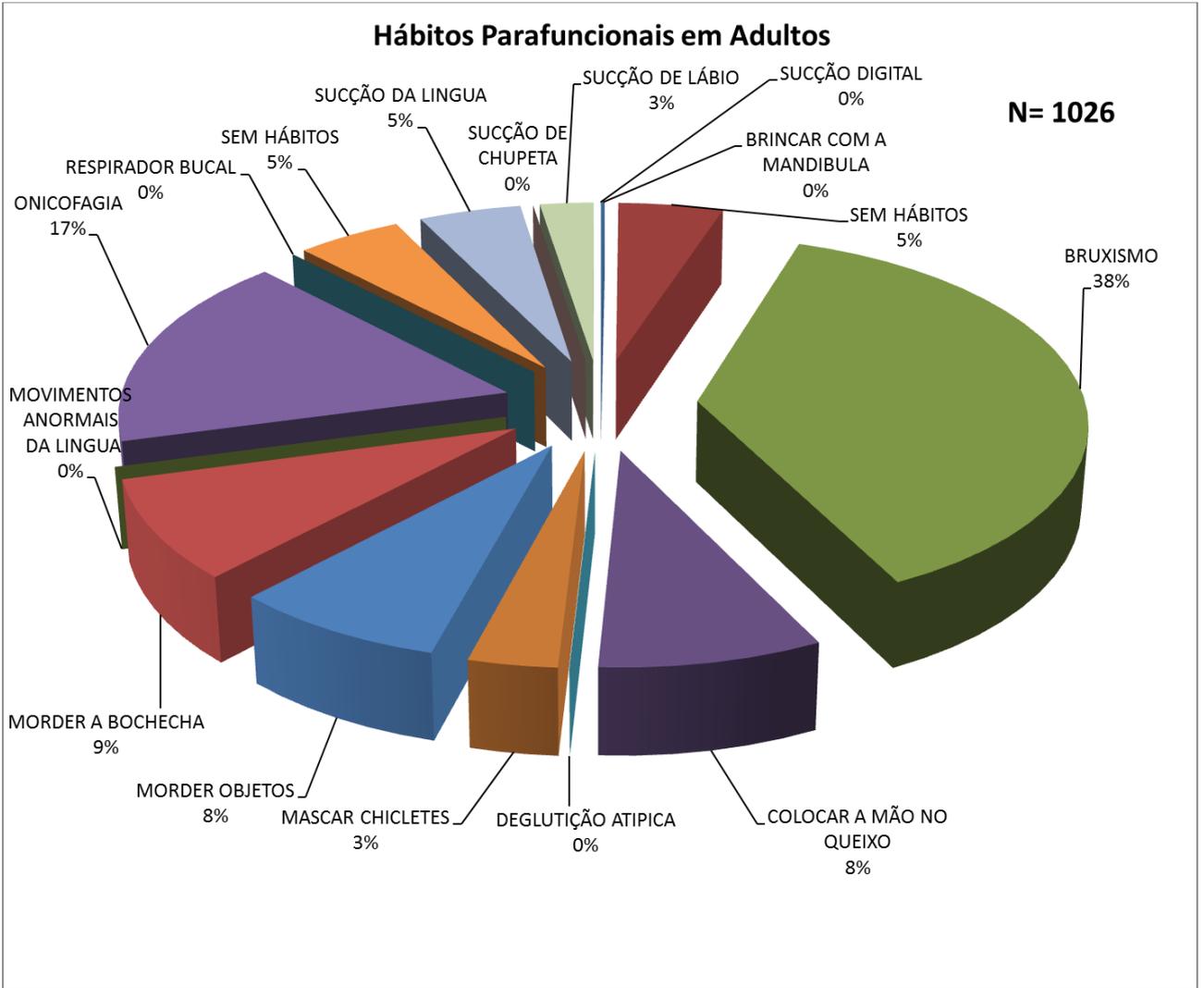


Figura 02: Frequências de hábitos parafuncionais relatados nos estudos avaliados em população adulta

3. DISCUSSÃO

O hábito parafuncional foi definido pela maioria dos autores como aquele não relacionado às funções normais do aparelho estomatognático^{13,36,39}. Geralmente os hábitos não causam danos ao sistema estomatognático. Porém, quando tal atividade excede a tolerância fisiológica do indivíduo, ela pode causar danos à dentição, à musculatura ou à ATM. Importante salientar que todo hábito deletério é parafuncional, porém, nem todo hábito parafuncional causa necessariamente danos aos padrões anatômicos e funcionais.

Com base na revisão da literatura, verificou-se que as investigações referentes aos hábitos parafuncionais mostraram dados heterogêneos, devido às diferenças entre as metodologias, os conceitos e definições destes hábitos utilizadas pelos autores. A maior dificuldade para confrontar os estudos desta pesquisa foi a diversidade na nomenclatura existente para os hábitos orais parafuncionais, isto porque não há um consenso entre os autores em relação à forma, função, causas e efeitos dos hábitos parafuncionais da boca.

Uma alta variabilidade de resultados encontrados demonstram prevalências distintas entre a fase adulta e a fase infantil. Nos adultos, o bruxismo é o hábito deletérico de maior prevalência, tanto no Brasil como no exterior. Outros importantes hábitos notados foram: onicofagia, morder a bochecha e apoiar o queixo na mão. Na maioria dos estudos avaliados, mais da metade dos adultos apresentavam pelo menos um tipo de hábito. Quando a frequência de hábitos foi avaliada em crianças, constatou-se que os mais frequentes foram: onicofagia, sucção de chupeta e sucção digital.

Um ponto a ser questionado, seria o início dos hábitos encontrados na população adulta. Não se sabe se seriam hábitos que teriam sido instalados na vida adulta ou seriam hábitos instalados durante a infância e perpetuados até a vida adulta. O presente estudo não se propõe a responder a esta pergunta. Seriam necessários estudos longitudinais destes hábitos nas populações para se afirmar que os hábitos se prolongaram da infância à vida adulta. Exemplos que nos levam a este questionamento seriam a onicofagia e o bruxismo que aumentam na população adulta quando comparados com a frequência dos hábitos na população infantil.

Interessante o fato de que não são encontrados estudos sobre os hábitos parafuncionais na vida intrauterina. Portanto, não se pode afirmar se alguns hábitos são hereditários, genéticos ou adquiridos.

Os estudos longitudinais também poderiam auxiliar no diagnóstico das etiologias destas atividades parafuncionais, pois verificariam a época de instalação do hábito ao longo da vida do indivíduo, e os fatores de risco locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais, hereditários e neurológicos, além de sua relação com as variáveis frequência, duração e intensidade.

Os hábitos funcionais normais como respiração, deglutição, mastigação, fala e sucção são fundamentais para o desenvolvimento normal das estruturas e funções bucais e peribucais⁹. Por outro lado, o desenvolvimento de hábitos parafuncionais pode levar a alterações estruturais anatômicas e funcionais, podendo acarretar sintomas indesejáveis, muitas vezes difíceis de serem controlados.

Levando-se em consideração que os hábitos parafuncionais podem alterar o desenvolvimento do sistema estomatognático, pode-se supor que sua eliminação precoce evitaria alguns problemas de maloclusão que hoje assumem aspectos significativos como um problema odontológico de saúde pública a nível mundial. De acordo com Narvai^d (2006), no Brasil, as maloclusões configuram-se como o terceiro problema na escala de problemas de saúde bucal⁴².

Os achados do presente estudo foram retirados de trabalhos acessíveis em buscas manuais nas bases de dados mais frequentemente utilizadas. Isto pode representar uma limitação deste estudo, embora o número de indivíduos avaliados nestes estudos tenha sido grande. Outra limitação é que os temas selecionados para avaliação envolviam uma amplitude de conceitos e definições dissonantes entre os autores.

Futuros estudos longitudinais e controlados sobre este assunto são necessários para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde visando uma abordagem adequada depara indivíduos que apresentam atividades parafuncionais.

^d Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. Rev Panam Salud Publica 2006;19(6):385–93 apud ⁴².

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hábitos bucais parafuncionais são de etiologia multifatorial e dependem de fatores locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais, hereditários e neurológicos. Estes hábitos são encontrados em ambos os gêneros, em qualquer faixa etária, podendo ou não causar alterações bucais. O hábito parafuncional mais frequentemente descrito nos adultos foi o bruxismo e nas crianças, a onicofagia.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva EL. Hábitos bucais deletérios. Rev Para Med. 2006 abr-jun; 20 (2): 47-50.
2. Lino AP. Hábitos e suas influências na oclusão. IN: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. Ortodontia e ortopedia funcional dos maxilares. 1^a. ed. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda. 2002; 4: 69-79.
3. Amaral GM, Simão GML. Alterações oclusais devido a hábitos de sucção não nutritivos (dedo e chupeta). Revista Odontológica do Planalto Central. 2011; 2(1): 27-31.
4. Lino AP. Hábitos e alterações da sequência de erupção dentária. IN: Lascala NT. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda. 1982. p. 31-35.
5. Araújo LG, Coelho PR, Guimarães JP. Associação entre os hábitos bucais deletérios e as desordens temporomandibulares: Os filhos imitam os pais na adoção destes costumes? Pesq Bras Odontoped Integr João Pessoa. 2011;11(3):363-69.
6. Pavarina AC, Bussadori CMC, Alencar Junior FGP. Aspectos dos hábitos parafuncionais de interesse para o clínico geral. J Bras Odontol Clín. 1999 jan-fev; 3(13): 86-90.

7. Bortolletto PPB, Moreira APSM, Madureira PR. Análise dos hábitos parafuncionais e associação com disfunção das articulações temporomandibulares. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2013; 67 (3): 216-21.
8. Feu D, Catharino F, Quinta CCA, Almeida MAO. A systematic review of etiological and risk factors associated with bruxism. *J.Orthod.* 2013; 40 (2): 163-171.
9. Vaz de Lima M, Soliva H. Reabilitação dinâmica e funcional dos maxilares sem extração. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Pedro I; 1999. p 18-20.
10. Jorge TM, Duque C, Félix GB, Costa B, Gomide MR. Hábitos bucais: interação entre odontopediatria e fonoaudiologia. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2002 jul-ago; 5(26): 342-50.
11. Maciel CTV, Barbosa MH, Toldo CA, Faza FCB, Chiappetta ALML. Disfunções orofaciais nos pacientes em tratamento ortodôntico. *Rev CEFAC, São Paulo.* 2006; 8 (4): 456-66.
12. Gregoret J. Ortodontia e cirurgia ortognática – Diagnóstico e tratamento. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Livraria Editora Santos; 1999. p 75-89.
13. Santos SA, Holanda ALF, Sena MF, Gondim LAM, Ferreira MAF. Nonnutritive sucking habits among preschool-aged children. *J Pediatr (Rio J).* 2009; 85 (5): 408-414.
14. Soares CAS, Totti JIS. Hábitos deletérios e suas consequências. *Rev. do CROMG.* 1996 jan-jun; 2(1): 21-6.
15. Shetty S, Pitti V, Babu CLS, Kumar GPS, Deepthi BC. Bruxism: a literature review. *J Indian Prosthodont Soc.* 2010 jul-sep; 10 (3): 141-148.
16. Manfredini D, Landi N, Romagnoli M, Cantini E, Bosco M. Etiopathogenesis of parafunctional habits of the stomatognathic system. *Minerva Stomatol.* 2003 Jul-Aug; 52 (7-8):339-45, 345-9.

17. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, Kato T, Koyano K, Lavigne GJ, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil.* 2013; 40 (1): 2-4.
18. Soares ISQ, Miranda AFV, Assencio-Ferreira VJ, Di Ninno CQMS. Bruxismo: desempenho da mastigação em adultos jovens. *Rev CEFAC.* 2004 out-dez; 6 (4): 358-62.
19. Benoliel R, Svensson P, Heir GM, Sirois D, Zakrzewska J, Oke-Nwosu J, et al. Persistent orofacial muscle pain. *Oral Dis.* 2011 Apr; 17 (suppl) 1: 23-41.
20. Manfredini D, Ahlberg J, Mura R, Lobbezoo F. Bruxism is unlikely to cause damage to the periodontium: findings from a systematic literature assessment. *J Periodontol.* 2015 Apr; 86 (4): 546-55.
21. Alviano WS, Caetano MTO, Bolognese AM. Sucção digital e hábitos associados - sucesso e insucesso na intervenção simultânea. *J Bras. Ortodon. Ortop. Facial.* 2005 mar-abr; 10(56): 134-140.
22. Ramos-Jorge ML, Reis MCS, Serra Negra JMC. Como eliminar os hábitos de sucção não nutritiva? *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2000 jan-fev; 3(11): 49-54.
23. Kyueng WM, Chan KP. Morsicatio labiorum/linguarum – three cases report and a review of the literature. *Korean J Pathol.* 2009; 43: 174-176.
24. Huber MA. White oral lesions, actinic cheilitis, and leukoplakia: Confusions in terminology and definition facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010; 28: 262-268.
25. Castellanos JL, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 105: 79-85.
26. Dalanora A, Uyeda H, Empinotti JC, Ruaro RT, Clarindo MV. Destruição de falanges provocada por onicofagia. *An Bras Dermatol.* 2007 set-out; 82(5): 475-476.

27. Cavalcanti AL, Bezerra PKM, Moura C, Bezerra PM, Granville-Gracia AF. Relationship between malocclusion and deleterious oral habits in preschool children in Campina Grande, PB, Brazil. *Serbian Dent J.* 2008; 55: 154-162.
28. Almeida FL, Silva AMT, Serpa EO. Relação entre má oclusão e hábitos orais em respiradores orais. *Rev CEFAC.* 2009 Jan-Mar; 11(1): 86-93.
29. Vasconcelos FMN, Massoni ACLT, Heimer MV, Ferreira AMB, Katz CRT, Rosenblatt A. Non-nutritive sucking habits, anterior open bite and associated factors in Brazilian children aged 30 – 59 months. *Braz Dent J.* 2011; 22 (2): 140-145.
30. Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *An Pediatría.* 2005 mar; 62 (3): 261–265.
31. Barbosa C, Vasquez S, Parada MA, Gonzalez JCV, Jackson C, Yanez ND, et al. The relationship of bottle feeding and other sucking behaviors with speech disorders in Patagonian preschoolers. *BMC Pediatr.* 2009; 9: 66.
32. Bhayya DP, Shyagali TR. Prevalence of Oral Habits in 11 – 13 year-old School Children in Gulbarga City , India Table II . Age wise prevalence of oral habits.:11–4
33. Emodi-Perlman A, Eli I, Friedman-Rubin P, Goldsmith C, Reiter S, Winocur E. Bruxism, oral parafunctions, anamnestic and clinical findings of temporomandibular disorders in children. *J Oral Rehabil.* 2012 Feb; 39(2): 126–35.
34. Macho V, Andrade D, Areias C, Norton A. Prevalência de hábitos orais deletérios e de anomalias oclusais numa população dos 3 aos 13 anos. 2012; 3(3): 143-147.
35. Cauás M, Alves IF, Tenório K, HC Filho JB, Guerra CMF. Incidências de hábitos parafuncionais e posturais em pacientes portadores de disfunção da articulação craniomandibular. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac.* 2004 abr-jun; 4(2): 117-124.

36. Branco RS, Branco CS, Tesch RS, Rapoport A. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). *Rev Dent Press Ortodon Ortoped Facial*. 2008 mar-abr; 13(2): 61-69.
37. Alves-Rezende MCR, Soares BMS, Silva JS, Goiato MC, Túrcio KHL, Zuim PRJ, et al. Frequência de hábitos parafuncionais. Estudo transversal em acadêmicos de odontologia. *Rev Odont Araçatuba*. 2009 jan-jun; 30 (1): 59-62.
38. Figueiredo VMG, Cavalcanti AL, Farias ABL, Nascimento SR. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular. *Acta Scientiarum Health Sciences*, Maringá. 2009; 31 (2): 159-163.
39. Cavalcanti MOA, Lima JMC, Batista AUD, Oliveira LMC, Lucena LBS. Grau de severidade da disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em policiais militares. *RGO – Rev Gaúcha Odontol*. 2011 jul-set; 59 (3): 351-356.
40. Queiroz NBD, Magalhães KM, Machado J, Viana MO. Prevalência de disfunção temporomandibular e associação com hábitos parafuncionais em alunos do curso de fisioterapia da universidade de fortaleza. *Revista Rede de Cuidado em Saúde*. 2015; 9(1): 1-14.
41. Elmadjian TR, Souza LA, Brito e Dias R, Coto NP, Lima MR. Occurrence of nail biting among athletes in grassroots football. *Salusvita*, Bauru. 2012; 31 (2): 133-140.
42. Brizon VSC. Má-oclusão em crianças e adolescentes brasileiros: modelo multinível [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. 2012.

ANEXO

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS

A Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) tem publicação quadrimestral, e tem como missão a divulgação dos avanços científicos e tecnológicos no campo da Odontologia e áreas correlatas. Seu objetivo principal é publicar trabalhos nas seguintes categorias:

- a) Artigo Original: pesquisas inéditas com resultados de natureza experimental ou conceitual serão publicadas tendo em vista a relevância do tema, qualidade metodológica e o conhecimento gerado para a área da pesquisa.
- b) Revisão Sistemática: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação bibliográfica pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área.
- c) Revisão de literatura narrativa: descrição abrangente de trabalhos existentes na literatura sobre determinado tema.
- d) Nota prévia: relato de informações sobre pesquisas ainda não concluídas, mas de importância comprovada para os profissionais e comunidade científica.
- e) Caso Clínico: artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos.
- f) Ponto de vista - matérias escritas a convite dos editores onde apresentam uma opinião de um especialista sobre um determinado assunto.

1 - DAS NORMAS GERAIS

1.1 Serão aceitos para submissão trabalhos de pesquisa básica e aplicada em Odontologia, na língua portuguesa ou inglesa. Os trabalhos de revisão somente serão aceitos mediante análise criteriosa da relevância do tema ou a convite dos editores.

1.2 Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja este de âmbito nacional ou internacional.

1.3 A Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição, com devida citação de fonte.

1.4 O conteúdo dos textos das citações e das referências são de inteira responsabilidade dos autores.

1.5 A data do recebimento do original, a data de envio para revisão, bem como a data de aceite constará no final do artigo, quando da sua publicação.

1.6 O autor correspondente receberá uma separata. Por solicitação dos autores, na ocasião da entrega dos originais, poderão ser fornecidos exemplares adicionais, sendo-lhes levado a débito o respectivo acréscimo.

1.7 Poderão ser publicadas fotos coloridas, desde que os autores se responsabilizem financeiramente pelas despesas correspondentes ao fotolito e impressão das páginas coloridas.

1.8 O número de autores está limitado a seis (6), nos casos de maior número de autores, o conselho editorial deverá ser consultado.

1.9 Registros de Ensaio Clínicos

1.9.1 Artigos de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. Sugestão para registro: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

2.0 Comitê de Ética

2.0.1 Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro órgão credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde.

2.0.2 Não devem ser utilizados no material ilustrativo, nomes ou iniciais do paciente.

2.0.3 Nos experimentos com animais devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

2 - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

2.1 Os trabalhos serão avaliados primeiramente quanto ao cumprimento das normas de publicação, sendo que no caso de inadequação serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e conveniência da sua publicação.

2.2 Após aprovado quanto às normas, os trabalhos serão submetidos à apreciação quanto ao mérito científico e precisão estatística de, pelo menos, dois relatores, que deverão emitir pareceres contemplando as categorias: inadequado para publicação; adequado, mas requerendo modificações; ou adequado para publicação sem retificações.

2.3 O Conselho Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a pertinência da aceitação dos trabalhos, podendo, inclusive, devolvê-los aos autores com sugestões para que sejam feitas as alterações necessárias no texto e/ou ilustrações. Neste caso, é solicitado ao autor o envio da versão revisada contendo as devidas alterações e as que porventura não tenham sido adotadas deverão estar justificadas através de carta encaminhada pelo autor. Esta nova versão deverá ser enviado no prazo máximo de 30 dias e o trabalho será reavaliado pelo Corpo Editorial da Revista.

2.4 É garantido, em todo processo de análise dos trabalhos, a não identificação dos autores ou do avaliador. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos revisores, o Conselho Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor.

2.5 Os trabalhos não considerados aptos para publicação poderão ser devolvidos aos autores, caso solicitado pelos mesmos.

2.6 Os conceitos emitidos nos trabalhos publicados serão de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Conselho Editorial ou dos Editores.

3 - DA CORREÇÃO DAS PROVAS TIPOGRÁFICAS

3.1 As provas tipográficas contendo a versão revisada dos trabalhos serão enviadas ao autor correspondente através de correio eletrônico ou impresso.

3.2 O autor dispõe de um prazo de uma semana para correção e devolução do original devidamente revisado.

3.3 A omissão do retorno da prova significará a aprovação automática da versão sem alterações. Apenas pequenas modificações, correções de ortografia e

verificação das ilustrações serão aceitas. Modificações extensas implicarão na reapreciação pelos assessores e retorno ao processo de arbitragem.

4 - DA APRESENTAÇÃO

4.1 Estrutura de apresentação da página de rosto A primeira página de cada cópia do artigo deverá conter apenas: - o título do artigo em inglês e português;- o nome dos autores na ordem direta, seguido da sua principal titulação e filiação institucional; - endereço completo do autor principal, com telefone, fax e e-mail, a quem deverá ser encaminhada eventual correspondência.

4.2 Estrutura de apresentação do corpo do manuscrito - Título do trabalho em português - Título do trabalho em inglês - Resumo: deverá incluir o máximo de 250 palavras, ressaltando-se no texto as divisões (ex: objetivo, materiais e métodos, resultados e conclusão). De acordo com o tipo de estudo, o resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões: - Artigo original e Revisão sistemática: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions). - Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions). - Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória. - Unitermos: correspondem às palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo. Para determinação dos unitermos deverão ser consultadas as listas de cabeçalhos de assuntos do Mesh (Medical Subject Headings) utilizado no Index Medicus. Consulta eletrônica através do seguinte endereço: <http://decs.bvs.br/>. - Abstract: deverá contemplar a cópia literal da versão em português. - Uniterms: versão correspondente em inglês de unitermos. - CORPO DO MANUSCRITO ARTIGO ORIGINAL DE PESQUISA E REVISÃO SISTEMÁTICA: devem apresentar as seguintes divisões: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão. Introdução: resumo do raciocínio e a proposta do estudo, citando somente referências pertinentes. Claramente estabelece a hipótese do trabalho. Materiais e Métodos: apresenta a metodologia utilizada com detalhes suficientes que permitam a confirmação das observações. Métodos publicados devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tenham sido feitas. Indicar os métodos estatísticos utilizados, se aplicável. Resultados: apresenta os resultados em uma seqüência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repetir no

texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar no máximo seis tabelas e/ou ilustrações. Discussão: enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir, em detalhes, os dados ou informações citadas na introdução ou nos resultados. Relatar observações de outros estudos relevantes e apontar as implicações de seus achados e suas limitações. Conclusão(ões): deve(m) ser pertinente(s) aos objetivos propostos e justificados nos próprios resultados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida. Agradecimentos (quando houver): agradecer às pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo. Especificar auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo. RELATO DE CASO: Deve ser dividido em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s), Discussão e Considerações finais. REVISÃO DE LITERATURA NARRATIVA: Devem ser divididos em: Introdução, Revisão de literatura, Discussão (serão aceitas também revisões discutidas) e Considerações finais

5 - DA NORMALIZAÇÃO TÉCNICA O texto deve ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), apresentar-se em fonte ARIAL tamanho 11, espaçamento entre as linhas de 1,5, em folhas A4, com margens de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo um total de no máximo 15 páginas, excluindo referências e ilustrações (gráficos, fotografias, tabelas etc.).

5.1 Ilustrações

5.1.1 Todas as ilustrações devem ser apresentadas ao longo do texto e devem ser inseridas no texto do Word. Devem também ser enviadas separadamente. Cada ilustração em arquivo individual, no formato jpg, tif ou gif.

5.1.2 As ilustrações (fotografias, gráficos e desenhos) serão consideradas no texto como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, segundo a ordem que aparecem no texto.

5.1.3 A elaboração dos gráficos e desenhos deverá ser feita em preto e branco ou em tons de cinza; excepcionalmente poderão ser utilizados elementos coloridos e, neste caso, os custos serão por conta dos autores. As legendas correspondentes

deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo de cada figura, precedidas da numeração correspondente.

5.1.4 As fotografias deverão ser encaminhadas com resolução mínima de 300 dpi. Essas fotos deverão estar inseridas no texto do Word. As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo de cada figura, precedidas da numeração correspondente.

5.1.5 As tabelas e quadros deverão ser logicamente organizados, numerados consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda será colocada na parte superior dos mesmos.

5.1.6 As notas de rodapé serão indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável. Marca comercial de produtos e materiais não deve ser apresentada como nota de rodapé, mas deve ser colocada entre parênteses seguida da cidade, estado e país da empresa (Ex: Goretex, Flagstaff, Arizona, EUA)

5.2 Citação de autores A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas maneiras: 1) Apenas numérica: " a interface entre bactéria e célula 3,4,7-10" ou 2) alfanumérica • Um autor - Silva23 (1996) • dois autores - Silva e Carvalho25 (1997) • mais de dois autores- Silva et al.28 (1998) • Pontuação, como ponto final e vírgula deve ser colocada após citação numérica. Ex: Ribeiro38 .

5.3 Referências As Referências deverão obedecer Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals (Vancouver, JAMA, 1997;277:927-34). Toda referência deverá ser citada no texto. Serão ordenadas conforme ordem de citação no texto. As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o Index Medicus / MEDLINE e para os títulos nacionais, LILACS e BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia). Evitar ao máximo a inclusão de comunicações pessoais, resumos e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências. Colocar o nome de todos os autores do trabalho até no máximo seis autores, além disso, citar os seis autores e usar a expressão et al. Exemplos de referências: Livro Melberg JR, Ripa LW, Leske GS. Fluoride in preventive dentistry: theory and clinical applications. Chicago: Quintessence; 1983. Capítulo de Livro Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Wolgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p.95-152. Artigo de periódico Veja KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann

Intern Med 1996 Jun 1;124(11):980-3. Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. Caries Res 1992;26:188-93. Artigos com mais de seis autores: Citam-se até os seis primeiros seguidos da expressão et al. Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl : 5 years follow-up. Br J Cancer 1996;73:1006-12. Artigo sem autor Seeing nature through the lens of gender. Science 1993;260:428-9. Volume com suplemento e/ou Número Especial Ismail A. Validity of caries diagnosis in pit and fissures [abstract n. 171]. J Dent Res 1993;72(Sp Issue):318. Fascículo no todo Dental Update. Guildford 1991 Jan/Feb;18(1). Trabalho apresentado em eventos Matsumoto MA, Sampaio Góes FCG, Consolaro A, Nary Filho H. Análise clínica e microscópica de enxertos ósseos autógenos em reconstruções alveolares. In: Anais da 16a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO; 1999 set. 8-11; Águas de São Pedro (SP). São Paulo: SBPqO; 1999. p. 49, resumo A173. Trabalho de evento publicado em periódico Abreu KCS, Machado MAAM, Vono BG, Percinoto C. Glass ionomers and compomer penetration depth in pit and fissures. J Dent Res 2000;79(Sp. Issue) 1012. Monografia, Dissertação e Tese Pereira AC. Estudo comparativo de diferentes métodos de exame, utilizados em odontologia, para diagnóstico da cárie dentária. São Paulo; 1995. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]. Observação: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

6 - DA SUBMISSÃO DO TRABALHO

6.1 Os trabalhos deverão ser enviados para o e-mail revfoufba@hotmail.com

6.2 Deverá acompanhar o trabalho uma carta assinada por todos os autores (Formulário Carta de Submissão – conforme modelo) afirmando que o trabalho está sendo submetido apenas a Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA, bem como, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho enviado à Revista para publicação.

6.3 Deverá acompanhar o trabalho uma declaração assinada por todos os autores de concordância com a cessão de direitos autorais (conforme modelo).

6.4 Deverá acompanhar o trabalho uma declaração de conflito de interesse (conforme modelo). Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer

entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesse, esta possibilidade deverá ser informada.

OS CASOS OMISSOS SERÃO RESOLVIDOS PELO CONSELHO EDITORIAL.

CHECK-LIST: verificar antes do envio do artigo à revista

1. Carta de submissão (conforme modelo);
2. Declaração de cessão de direitos autorais (conforme modelo);
3. Declaração de conflito de interesse (conforme modelo);
4. Artigo: o texto deve apresentar-se em fonte ARIAL tamanho 11, espaçamento entre as linhas de 1,5, em folhas A4, com margens de 3 cm e com no máximo 15 páginas, excluindo referências e ilustrações (gráficos, fotografias, tabelas etc.);
5. Lista de referências, de acordo com as normas do Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals (Vancouver, JAMA, 1997;277:927-34);
6. Trabalho que envolva estudo com seres humanos e animais deverá apresentar a carta de aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa registrado no CONEP.

CARTA DE SUBMISSÃO

Ao: Conselho Editorial Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.

Encaminhamos o trabalho intitulado

_____ para análise e possível publicação na Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. O trabalho tem como autores os abaixo assinados

_____, os quais declaram que estão cientes de seu envio e que o mesmo é original, seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Certificamos que participamos suficientemente do trabalho para tornar pública nossa responsabilidade por seu conteúdo.

Salvador, ___ de _____ de _____.

Atenciosamente,

TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaramos que, em caso de aceitação do artigo por parte da Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva dessa, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à Revista.

Salvador, ____ de _____ de _____.

Atenciosamente,

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Nós, autores responsáveis pelo trabalho “_____”
_____”

declaramos, para os devidos fins, que não possuímos qualquer tipo de interesse que configure o chamado Conflito de Interesse. Declaramos que o trabalho apresentado não recebeu qualquer suporte financeiro da indústria ou de outra fonte comercial e nenhum de nós, ou qualquer parente em primeiro grau, possui interesse financeiro no assunto abordado no estudo.

Salvador, ____ de _____ de _____.

Atenciosamente,

