

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA  
COMUNICAÇÃO HUMANA**

**HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS EM ESCOLARES E SUA RELAÇÃO  
COM O EXCESSO DE PESO E A ANSIEDADE**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Amanda Alves Dellazzana**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2014**

**HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS EM ESCOLARES E SUA RELAÇÃO  
COM O EXCESSO DE PESO E A ANSIEDADE**

**Amanda Alves Dellazzana**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria.

**Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Liris Salete Bonfanti Haeffner**

Santa Maria, RS, Brasil

2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA  
COMUNICAÇÃO HUMANA**

A comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado

**HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS EM ESCOLARES E SUA RELAÇÃO  
COM O EXCESSO DE PESO E A ANSIEDADE**

Elaborada por

**Amanda Alves Dellazzana**

Como requisito parcial para a obtenção do grau de

**Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Leris Salete Bonfanti Haeffner, Prf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> (UFSM, RS)  
(Presidente/Orientadora)**

---

**Ana Paula Ramos de Souza, Prf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> (UFSM, RS)  
(Membro)**

---

**Franceliane Jobim Benedetti, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> (UNIFRA, RS)  
(Membro)**

Santa Maria, 07 de agosto de 2014

## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana  
Universidade Federal de Santa Maria

### HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS EM ESCOLARES E SUA RELAÇÃO COM O EXCESSO DE PESO E A ANSIEDADE

AUTORA: AMANDA ALVES DELLAZZANA  
ORIENTADORA: LERIS BONFANTI HAEFFNER

**Objetivo:** avaliar em escolares a influência da presença de hábitos deletérios orais sobre o excesso de peso corporal e sua possível relação com a ansiedade.

**Métodos:** Estudo transversal analítico, desenvolvido em uma Escola Pública Municipal da cidade de Santa Maria-RS, durante o período de maio a junho de 2013. Realizada antropometria, aplicado questionário sobre hábitos deletérios orais e o “*O que Penso e Sinto*” (OQPS) – escala infantil de auto-aplicação para avaliação da ansiedade. Dos 174 escolares que participaram da avaliação antropométrica, 110 responderam ao questionário sobre os hábitos deletérios orais e 64 a escala “*O que Penso e Sinto*” (OQPS). Os dados foram analisados no Stata10, utilizou-se regressão logística, com intervalo de confiança de 95%, calculou-se mediana e utilizou-se teste de Wilcoxon e Kruskal-Wallis, considerando-se como significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Os meninos tiveram maior percentual de peso elevado (44,2%) e maior mediana do Z-score de IMC. Todos os escolares nos quais os hábitos estavam presentes apresentaram maior risco de excesso de peso ( $p > 0,05$ ) e nos que possuíam pelo menos um hábito oral deletério (64,5%) o excesso de peso ocorreu em 47,9% contra 35,9% nos que não possuíam. A presença do hábito de morder objetos e boca/língua/bochecha foram os únicos que mostraram maior pontuação de ansiedade, com diferença estatística ( $p < 0,05$ ). A pontuação da ansiedade foi semelhante em relação ao estado nutricional dos escolares. **Conclusão:** o excesso de peso e a presença de hábitos deletérios orais são prevalentes na faixa de idade entre 8 e 12 anos em ambos os sexos e os meninos são menos ansiosos do que as meninas. Não foi possível observar associação entre excesso de peso corporal e a

presença de hábitos deletérios orais, nem encontrar relação entre a ansiedade e o estado nutricional ou a presença de hábitos deletérios orais.

**DESCRITORES:** Hábitos, ansiedade, índice de massa corporal, crianças.

## ABSTRACT

Master's Degree Dissertation  
Program of Post Graduation of Human Communication Disorders  
Federal University of Santa Maria

### DELETERIOUS ORAL HABITS IN SCHOOLARS AND ITS RELATIONSHIP WITH OVERWEIGHT AND ANXIETY

**Objective:** Evaluate the influence of the presence of deleterious oral habits on the excess body weight in scholars and its relation to anxiety. **Methods:** Analytical cross study developed in a Municipal Public School in the City of Santa Maria - RS, from May to June 2013. It was held anthropometry, applied a deleterious oral habits questionnaire and "What I think and feel "(OQPS) - children's scale of self - application for assessment of anxiety. From the 174 students who participated in the anthropometric assessment, 110 responded to the deleterious oral habits questionnaire and 64 the scale OQPS. Data were analyzed in Stata10, it was used logistic regression with a confidence interval of 95 %, it was also calculated the median and used Wilcoxon and Kruskal - Wallis test, considering as significant  $p < 0.05$ . **Results:** Boys had a higher percentage of high weight (44.2 %) and higher BMI Z -score median. From the students who had at least one habit 47.9 % were overweight. All children in which the habits were present had greater risk of being overweight ( $p > 0.05$ ). The presence of the habit of biting objects and mouth / tongue / cheek were the ones which showed higher scores of anxiety, with statistical difference ( $p < 0.05$ ). The anxiety score was similar in relation to the nutritional status of schoolchildren. **Conclusion:** Overweight and presence of deleterious oral habits are prevalent in the age group between 8 and 12 years in both sexes, boys are less anxious than girls. It was not possible to observe an association between excess body weight and the presence of deleterious oral habits or even infer that anxiety is directly related to the nutritional status or the presence of deleterious oral habits.

**KEYWORD:** Habits, anxiety, body mass index, children.

## LISTA DE TABELAS

Tabelas referentes ao capítulo 4: artigo de pesquisa “**Associação entre hábitos deletérios orais e o excesso de peso em escolares**”.

Tabela 1 - Prevalência de escolares com obesidade de acordo com as variáveis demográficas e hábitos deletérios orais..... 36

Tabela 2 - Associação entre excesso de peso corporal e hábitos orais deletérios em escolares..... 37

Tabelas referentes ao capítulo 5: artigo de pesquisa “**Hábitos deletérios orais: relação com Z-score do IMC e ansiedade**”.

Tabela 1- Variáveis demográficas, mediana do z-score do IMC e da escala OQPS dos escolares..... 50

Tabela 2 - Frequência, mediana do z-score do IMC e da pontuação da escala OQPS em relação aos hábitos orais deletérios..... 53

Tabela 3 - Relação entre as medianas de pontuação dos tipos de ansiedade avaliados na escala OQPS e hábitos deletérios orais..... 54

Tabela 4 - Mediana de pontuação na escala de ansiedade fisiológica, hipersensibilidade, concentração e geral de acordo com o estado nutricional.... 55

Tabela 5- Algumas variáveis com maior mediana de pontuação obtida na OQPS para hipersensibilidade e ansiedade geral..... 56

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CDC Center for Disease Control and Prevention

CCS Centro de Ciências da Saúde

CEP Comitê de Ética e Pesquisa

GAP Gabinete de Projetos

IMC Índice de Massa Corporal

INAM Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IOTF Institucional Obesity Task Force

OMS Organização Mundial de Saúde

OQPS “O que Penso e Sinto”

RCMAS Revised Children’s Manifest Anxiety Scale

SM Síndrome Metabólica

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSM Universidade Federal de Santa Maria



## LISTA DE ANEXOS

ANEXO I- Protocolo de pesquisa.....	74
ANEXO II- Escala de avaliação da ansiedade “O que penso e sinto” (OQPS)....	76

## **LISTA DE APÊNDICES**

APÊNDICE I- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	78
---	----

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 Hábitos orais .....	16
2.2 Obesidade infantil.....	20
2.3 Ansiedade.....	22
3 MATERIAIS E MÉTODOS .....	25
3.1 Caracterização da pesquisa .....	25
3.2 Critérios de inclusão e exclusão.....	25
3.3 Procedimentos de seleção da amostra .....	25
3.4 Procedimentos de avaliação.....	26
3.5 Aspectos éticos.....	28
3.6 Análise estatística.....	28
4ARTIGO 1- ASSOCIAÇÃO ENTRE HÁBITOS DELETÉRIOS ORAIS E O EXCESSO DE PESO EM ESCOLARES .....	30
4.1 RESUMO .....	30
4.2 ABSTRACT .....	30
4.3 INTRODUÇÃO .....	32
4.4 MÉTODOS .....	34
4.5 RESULTADOS.....	36
4.6 DISCUSSÃO .....	38
4.7 CONCLUSÃO.....	41
4.8 REFERÊNCIAS.....	41
5ARTIGO 2- HÁBITOS DELETÉRIOS ORAIS: RELAÇÃO COM Z-SCORE DO IMC E ANSIEDADE .....	45
5.1 RESUMO .....	45
5.2 ABSTRACT .....	45
5.3 INTRODUÇÃO .....	47
5.4 MÉTODOS .....	48
5.5 RESULTADOS.....	51
5.6 DISCUSSÃO .....	57
5.7 CONCLUSÃO.....	61
5.8 REFERÊNCIAS.....	61

6 DISCUSSAO .....	66
7 CONCLUSÃO .....	69
8 REFERÊNCIAS GERAIS .....	70
ANEXO I- PROTOCOLO DE PESQUISA.....	77
ANEXO II- REVISED CHILDREN'S MANIFEST ANXIETY SCALE (RCMAS) .....	79
APÊNDICE I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	81

# 1 INTRODUÇÃO

Os hábitos orais podem ser definidos como padrões de contração muscular aprendidos, de natureza muito complexa, que, por serem tantas vezes praticados, tornam-se inconscientes e passam a ser incorporados à personalidade (SILVA, 2006). Estes são considerados normais para as funções de fonação, sucção, mastigação, deglutição e fala e têm papel importante no crescimento craniofacial. O primeiro ano de vida das crianças pode ser considerado crítico para a capacidade de regulação da fome e da saciedade (SIQUEIRA, 1998), por isso, muitas crianças mantêm os hábitos orais adquiridos nesta fase, transformando-se em hábitos orais deletérios. Os mesmos são considerados nocivos e constituem motivo de agitação familiar, bem como despertam o interesse de todos aqueles que têm uma parcela de responsabilidade sobre a saúde da criança.

Uma das preocupações atuais da saúde infantil são as condições nutricionais. Observa-se um aumento do sobrepeso na população brasileira, principalmente na infância. Levando-se em conta ainda que 80% das crianças que aos cinco anos de idade são obesas assim permanecerão na vida adulta (FERRIOLI, 2010). Em estudo longitudinal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008) utilizando os novos valores de corte para os percentis 85 e 95 proposto pelo CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) em 2002, observou-se que 40% a 59,9% das meninas obesas estão na faixa etária dos 5 e 12 anos e mais de 60% das mesmas após esta idade tornaram-se mulheres obesas entre 30 e 39 anos. Para os meninos, de 20% a 39,9% dos que eram obesos entre 4 e 12 anos foram diagnosticados como obesos entre 30 e 39 anos de idade.

Dentre os fatores determinantes e/ou consequentes a obesidade (AJURIAGUERRA, 1981) são relatadas dificuldades de natureza psicológica, entre elas a ansiedade. As pessoas ansiosas tendem a usar a comida como um mecanismo compensatório para seus estados emocionais o que determina nas mesmas, a modificação do hábito alimentar e do peso, acontecimentos que afetam a rotina causando mudanças que levam estas pessoas a aumentar a

sua ingestão alimentar. É fundamental estar atento a estas alterações, especialmente no que diz respeito à obesidade infantil, na qual vários aspectos negativos ao desenvolvimento da criança se fazem presentes prejudicando sua relação com outras pessoas, consigo próprio, com o alimento e com atividades cotidianas (NETO, 2003). A obesidade está relacionada a fatores psicológicos como controle, a percepção de si, a ansiedade e o desenvolvimento emocional de crianças. Além disso, é uma condição bastante complexa que pode estar relacionada a inúmeras outras, entre elas os hábitos deletérios orais. Por isso a importância de estudos que busquem compreender o problema de maneira a englobar não só o controle mecânico do processo, mas também, o controle psicológico com a inter-relação multidisciplinar, buscando proporcionar um atendimento holístico ao paciente infantil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008; RODRIGUES, 2006; SILVA, 2006). Estar atento a intervenções na questão da obesidade ainda na infância, pode ser a garantia de promover bem estar da própria criança e um adulto mais saudável, autoconfiante e feliz (COSTA, 2002).

Diante da evidente necessidade de abordagens cada vez mais globais de problemas na infância, realizou-se a presente pesquisa, que teve como objetivo analisar a associação dos hábitos deletérios orais com o excesso de peso corporal e ansiedade em escolares.

Essa dissertação está estruturada em oito capítulos, sendo o primeiro composto pela presente introdução e objetivo geral. O segundo capítulo consta da revisão de literatura, abordando sequencialmente os temas: Hábitos orais, Obesidade e Ansiedade.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia do trabalho, desde a definição do tipo de estudo até a descrição da análise dos dados. Os dois capítulos que seguem apresentam os artigos de pesquisa: o quarto capítulo apresenta o artigo de pesquisa intitulado “Associação entre hábitos deletérios orais e o excesso de peso em escolares”; o quinto capítulo é constituído pelo artigo “Hábitos deletérios orais: relação com z-score do IMC e ansiedade”.

O sexto capítulo apresenta a discussão geral da pesquisa e o sétimo as considerações finais da mesma. Por fim, estão listadas as referências utilizadas na elaboração do trabalho.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Hábitos orais

Os hábitos orais são padrões de contração muscular aprendidos, que estão diretamente ligados às funções de sucção, deglutição, mastigação e fala (RODRIGUES, 2004). A evolução da motricidade orofacial de crianças e a maturação do sistema nervoso central são complexas, ocorrendo adaptações conforme o período de vida, permitindo a evolução da aceitação da dieta alimentar, desde o seio materno até a alimentação sólida. Não é prudente antecipar ou retardar certas experiências, o que poderia resultar em um atraso do desenvolvimento das habilidades neurais.

O leite materno que deveria ser o primeiro alimento oferecido à criança logo após o nascimento, é por várias razões, muitas vezes substituído pelo leite oferecido através da mamadeira (BRUNELLI, 1998). Esta não exige esforço para sucção e deixa passar um fluxo bem maior de leite, fazendo com que a criança atinja, em apenas alguns minutos, a sensação de plenitude alimentar. No entanto, o bebê não realiza sucções suficientes para obter o que se chama êxtase emocional, e desta forma procura satisfação em sucção de dedos ou chupeta. A sucção é um ato fisiológico necessário, sendo considerada um hábito nutritivo até os 3 anos de idade e vicioso após este período (CAVASSANI, 2003; GOES, 2013), quando pode passar a ser considerado um hábito deletério oral, juntamente com os hábitos de sucção do polegar e outros dedos; projeção da língua; sucção e mordida do lábio; postura: onicofagia; sucção habitual de lápis, chupetas e outros objetos, bruxismo diurno e noturno (SILVA, 2006).

Os hábitos têm relação direta com funções que acontecem através de mecanismos reflexos, impulsos naturais que aparecem desde o nascimento e se padronizam durante o crescimento e desenvolvimento do indivíduo (SILVA, 2006). Entre os tipos diversos de hábitos deletérios orais, os hábitos de sucção nutritivos e não nutritivos apresentam uma prevalência elevada e são comumente utilizados por crianças de maneira prolongada, dessa forma, considerados nocivos ao desenvolvimento (ALMEIDA, 2009). Os hábitos orais



podem ser classificados em intra-oral: sucção lingual, de polegar, de bochechas, labial e de objetos, onicofagia, bruxismo, morder a língua e respiração bucal; e extraorais: sustentação do queixo, posições inadequadas de travesseiro (MEDEIROS, 1997).

Crianças que começaram a receber aleitamento artificial mais cedo adquiriram mais facilmente hábitos orais nocivos que aquelas que receberam aleitamento natural por mais tempo. Por sua vez, as crianças amamentadas tendem a não desenvolver hábitos orais deletérios devido ao intenso trabalho muscular realizado no momento da sucção, fazendo com que o bebê se canse e durma, evitando-se que busque outras formas de sucção a fim de se satisfazer nutricional e/ou emocionalmente (BERVIAN, 2008). A criança, após a satisfação da fome, seja em aleitamento materno ou recebendo alimentação por mamadeira continua muitas vezes a sugar o peito, o dedo ou objetos, para satisfazer a “segunda fome”, a do prazer, através do contato físico e do aconchego que o mesmo gera (BARRETO, 2003).

O primeiro ano de vida caracteriza-se segundo Freud (1973) como a fase oral. Nesta época do desenvolvimento psicológico a boca concentra as funções de nutrição e percepção mais importantes do primeiro ano de vida (CAVALCANTI, 2007). A esfera orofacial deve ser entendida como alicerce das funções essenciais à sobrevivência, tais como: a respiração, a nutrição (que se manifesta pela mastigação e deglutição), a relacional e a de expressão (que se manifesta pela mímica e pela fonação). É interessante elucidar ainda a riqueza dos diferentes ritmos que se organizam em torno da boca; a alternância saciedade/fome, as repetidas sensações de prazer/desprazer, os movimentos de sucção, entre outros. Esses diferentes ritmos, assim como os maternos, ajudam o bebê a construir sua própria estrutura rítmica e temporal e marcam a constituição da personalidade (CUNHA, 2006).

Para que se possa compreender melhor a etiologia dos hábitos orais deve-se voltar o olhar para a lactência ou primeira infância, período em que este fato é aceito como um aspecto normal de desenvolvimento, caso não seja praticado em excesso ou mantido por muito tempo. As possíveis causas dos hábitos orais são: fisiológicas, emocionais e de aprendizado condicionado.

Dentre as causas fisiológicas dos hábitos orais encontram-se a respiração bucal, causada principalmente devido a hipertrofia de adenóides, desvio de septo e pólipos nasais. Com exceção da respiração bucal, a maioria dos hábitos orais é causada por distúrbios emocionais. Qualquer situação ou estímulo que perturbe o senso de segurança ou o senso de estima da criança pode produzir tensões que resultam em hábitos orais deletérios. São exemplos de tais fatores a cobrança excessiva dos pais com relação à limpeza; inconstância no comportamento dos pais; nascimento de um irmão; grau excessivamente alto de negativismo com relação às informações verbais ou não verbais prestadas pelos pais; inibição forçada das vias normais de expressão por ansiedades e medos; separação frequente ou prolongada de um dos pais ou de ambos. Desta forma, sendo a boca uma zona de prazer desde a latência até a idade adulta, é uma fonte natural onde a criança ou adulto procura alívio para uma ansiedade. Os hábitos orais também podem ser comportamentos aprendidos, podendo servir de alívio para um desconforto (CRATO *et al.*2004).

Lockset *al* (2001) acredita que a criança chupa dedo e/ou chupeta devido a três fatores: fisiológico (necessidade exacerbada de sucção), ambiental (início precoce da alimentação artificial) e emocional (dificuldade em lidar com o ambiente). Existem duas principais teorias que tentam explicar a etiologia do hábito de sucção, a teoria psicanalítica proposta por Freud e a teoria do aprendizado. Ambas abordam os mecanismos comportamentais e psicológicos envolvidos na manutenção e aquisição dos hábitos.

Em relação ao desenvolvimento psicosexual da criança, Freud (1973) estabeleceu cinco fases diferenciadas pelos órgãos e objetos através dos quais a criança sente prazer. A primeira fase descrita pelo psicanalista é a Fase Oral – compreendida entre 0 e 18 meses. Durante esta fase a boca é fonte de prazer da criança, pois é através desta que suga o seio da mãe, os dedos e se alimenta. A libido está organizada em torno da zona oral e a necessidade de prazer concentra-se principalmente em torno dos lábios, língua e, futuramente, nos dentes. Esta pulsão não é social ou interpessoal, e sim uma necessidade

de alimentar-se para satisfazer a fome e a sede reduzindo uma tensão (ZIMERMAN, 2008). Porém, durante a amamentação o bebê recebe muito mais do que apenas o alimento, é neste momento que recebe o carinho, o toque, o conforto do colo da mãe. Mesmo inconscientemente a criança associa prazer e redução da tensão ao processo de alimentação.

Conforme o bebê vai se desenvolvendo outras áreas do corpo também passam a ser importantes regiões de gratificação e prazer. Embora a boca não seja mais o foco da satisfação, os prazeres orais como comer, chupar, morder, lambe podem normalmente ser mantidos como expressões físicas prazerosas que as pessoas mantêm. Algumas pessoas acabam mantendo o foco do prazer na boca, ou seja, o prazer oral nestes casos se estende para a vida toda, sendo considerado na maioria das vezes patológico. Podemos citar os casos de pessoas que mordem objetos, roem as unhas, comem em demasia, entre outros. Tais pessoas podem trazer consigo uma fixação pelo prazer oral por não terem atingido a maturidade psicológica para a superação desta fase (ESCOBAR, 2012). Os fatores causais da presença de hábitos orais geralmente envolvem aspectos emocionais de forma intensa, particularmente nos períodos de maior tensão, angústia e ansiedade, em decorrência de necessidades psicológicas, podendo ser considerados uma forma de descarga emocional do sistema nervoso.

Em muitos casos, a persistência do hábito de sucção pode ser traumática em termos emocionais do que a sua eliminação. A criança que é submetida a incessante crítica pela família como uma relação indireta do seu hábito de sucção (chupeta por exemplo), que usa este hábito como uma arma contra seus pais, que não ousa dormir com outras crianças ou “passar a noite” na casa de um amigo porque tem pavor de que seu vício seja descoberto, está sendo afetada e prejudicada em outros aspectos que não o dentário. Naturalmente, a sucção preenche uma necessidade emocional inconsciente, mesmo que de forma ineficiente, pois, de outro modo, a criança já teria abandonado este hábito (CRATO *et. al.* 2004).

A onicofagia geralmente é iniciada entre os quatro ou cinco anos de idade (período de mudanças emocionais), início da fase escolar,

quando existem frustrações e ansiedade e a criança pode procurar um hábito mais agressivo do que a sucção digital e passa a roer as unhas para liberar as tensões. Esse hábito pode perdurar durante toda a vida e causar má oclusão dentária, mas o componente emocional parece ser o mais importante nesse quadro, cabendo a família o papel principal, quando devidamente orientada por profissionais, na detecção e resolução das causas que levam a criança a roer unhas. O bruxismo é comumente definido como um ranger dos dentes de caráter não funcional, tendo alguma função psicológica. Este hábito é mais frequentemente atribuído a fatores psicogênicos, ou irritação local, ou à combinação de ambos (CAVALCANTI, 2007). Barrêto *et al* (2003) concluem que os hábitos deletérios não devem merecer atenção apenas quando já instalados, pois a prevenção é mais simples, mais eficaz e mais saudável.

Os hábitos deletérios orais têm sido objeto de estudo de médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, odontopediatras e ortodontistas, uma vez que além de manifestação comum na infância, a sua presença pode ocasionar inúmeros danos, incluindo retardo ou deturpação do crescimento ósseo, má oclusões dentárias, distúrbios respiratórios, alterações na fala, desequilíbrio muscular e problemas psicológicos. O grau de severidade das anormalidades funcionais proporcionadas pelos hábitos depende da intensidade (grau de atividade muscular), frequência (número de vezes por dia) e duração (período de atividade). A situação dos casos pode também ser influenciada pela predisposição e saúde individual, idade, padrão facial e condições nutricionais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO, 2009). Acredita-se ainda que tais hábitos possam ter maior prevalência em crianças com excesso de peso (FARIAS, 2010).

## **2.2 Obesidade infantil**

A obesidade é uma doença crônica, complexa e de etiologia multifatorial, além de estar associada a diversas outras patologias. Resulta do balanço energético positivo podendo ser definida como o excesso de gordura corpórea em relação à massa magra, decorrente do distúrbio de metabolismo energético

(MORAES, 2005). O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) aponta que a obesidade infantil no Brasil atinge 16% das crianças. A obesidade na infância e adolescência tornou-se um grande problema, não apenas em países desenvolvidos, mas também nos países em vias de desenvolvimento (GIUGLIANO, 2004). A Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constatou prevalências de excesso de peso que variam entre 10,8% e 33,8% em diferentes regiões<sup>15</sup>. Estudos realizados em algumas cidades brasileiras mostram que o sobrepeso e a obesidade atingem índices alarmantes em crianças e adolescentes, como em Recife/PE, alcançando 35% dos escolares avaliados (BALABAN, 2001).

A etiologia da obesidade é resultante da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. A ansiedade, depressão, nervosismo e o hábito de se alimentar quando problemas emocionais estão presentes, são comuns em pacientes com sobrepeso ou obesos, apontando uma forte relação entre estresse e obesidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA-ABESO, 2009). Crianças obesas têm maior risco de desenvolver distúrbio de comportamento alimentar na adolescência e no início da vida adulta. Atualmente, o desequilíbrio energético é naturalmente observado em crianças, pois estas tendem a reduzir a prática de atividade física, passando muito tempo em frente à televisão, computadores e videogames, e consomem mais alimentos de elevada densidade calórica. Estas crianças apresentam maior possibilidade de desenvolver dislipidemias, hipertensão, diabetes, complicações ortopédicas e distúrbios psicológicos. Alimentação inadequada, obesidade dos pais, inatividade física e o desmame precoce são fatores que podem levar a criança ao aumento de peso. A família tem grande influência na gênese da obesidade, pois a criança tendenciosa e naturalmente irá adotar os hábitos dos pais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO, 2009).

A obesidade provoca efeitos psicológicos deixando marcas durante toda a vida da criança. A dificuldade nos esportes, apelidos, zombarias dos amigos, vergonha de se desnudar perante os outros promove sentimentos de inferiorização e desprezo por si mesmo (SCHWARTZ, 2003). Estudos sobre

preconceito com relação à obesidade na infância demonstraram que essas crianças são avaliadas como preguiçosas, sujas, burras, feias, trapaceiras e mentirosas, desta forma a autoestima do obeso encontra-se normalmente comprometida, principalmente em adolescentes do sexo feminino (GIUGLIANO, 2004; FISBERG 1995; SCHWARTZ, 2003).

Psicanalistas entendem a obesidade como uma fixação a fase oral e uma regressão a mesma. A partir desta perspectiva, os obesos diante das frustrações em suas vidas e seu funcionamento como adultos, regridem a fase oral em busca de uma gratificação infantil. Deste modo, a obesidade é vista por como um reflexo direto da oralidade infantil (KAPLAN & KAPLAN, 1957). Pacientes obesos podem ser considerados como pessoas emocionalmente perturbadas, as quais se utilizam da hiperfagia como meio de lidar com seus problemas psicológicos. A compreensão da relação do indivíduo com o alimento, que ocorre desde o nascimento, e da ligação dele com sua família, meio social, e particularmente com quem exerce as funções maternas, são de fundamental importância para o entendimento do indivíduo como ser humano e da sua personalidade (AZEVEDO, 2004). Do ponto de vista psicológico, há que se enfatizar que ao se lidar com o problema da obesidade é preciso atenção especial à criação de condições para promover mudanças nos hábitos alimentares das crianças e de suas famílias e esta não é uma tarefa simples que se impõe ao profissional. Cumpre buscar entender que fatores individuais, além dos ambientais, promovem esta mudança (CATANEO, 2005).

### **2.3 Ansiedade**

A ansiedade é uma emoção básica no ser humano caracterizada por uma sensação difusa e desconfortável de apreensão, pode ser definida como estado de humor desagradável, apreensão negativa em relação ao futuro e inquietação desconfortável; inclui manifestações somáticas e psíquicas. Entre as somáticas estão: cefaleia, taquicardia, tremores, vertigem, sudorese, náuseas e diarreia. Entre as psíquicas, pode-se citar: inquietação interna,

insegurança, insônia, irritabilidade, desconforto mental e a dificuldade de concentração (POLANCZYK, 2012).

No seu nível mais básico, a ansiedade possui uma função adaptativa, alertando o indivíduo em situações novas e ameaçadoras, permitindo assim o confronto ou a atitude de evitar determinada situação (SADOCK, 2010). Porém, este estado emocional passa a ser patológico quando é desproporcional à situação que o desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. Os transtornos de ansiedade são muito frequentes na população em geral, bem como os sintomas ansiosos, que estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência (ANDRADE, 2002). No decorrer da infância e adolescência, na maioria das crianças, o medo e a ansiedade, manifestam-se como parte do desenvolvimento normal, cumprindo assim uma função adaptativa. Também durante esta fase, aparecem determinados medos, transitórios, normativos e adaptativos, cuja função está associada à proteção da criança face a estímulos avaliados por elas como incontroláveis (POLANCZYK, 2012).

Algumas situações vitais são favoráveis às crises existenciais e aos consequentes desequilíbrios psicológicos. Essas situações novas exigem uma reestruturação do papel social, o que pode ser considerado como ameaçador, acarretando aumento da ansiedade. Quando o funcionamento psicológico está comprometido, ocorrerá maior dificuldade para a adaptação às novas situações. Muitas pessoas encontram no comer a maneira para aliviar a ansiedade frente às mudanças cotidianas (MIRANDA, 2008). A ansiedade, entre outros fatores são variáveis que estão sendo estudados associados ao processo de obesidade, independentemente da sua conotação de causa ou consequência envolvida em tal processo, a concomitância sistemática de sua ocorrência mostra a necessidade de que esses estudos sejam intensificados (LUIZ, 2012).

Cataneo *et al* (2005) realizaram trabalho com crianças obesas em idades entre 10 e 12 anos, em escolas da rede pública da cidade de Ribeirão Preto, e encontraram a ansiedade como descritor emocional muito presente nos relatos

das mães ao dizerem que seus filhos são ansiosos e por isso comem muito. É possível que este fenômeno se refira ao estabelecimento de hábitos de preencher o tempo comendo, especialmente quando se está assistindo televisão, hábito comum entre crianças e adultos. Isto, aliado à oferta de produtos alimentícios, caracterizados como petiscos, e a uma predisposição genética, em muito tem contribuído para o aumento da obesidade entre crianças e adolescentes. Além disso, crianças obesas são mais regredidas e infantilizadas; tendo dificuldades em lidar com suas experiências de forma simbólica, de adiar satisfações e obter prazer nas relações sociais, lidar com a sexualidade, e também apresentam baixa autoestima e dependência materna (CAMPOS, 1995). Porém, é importante ter muito cuidado com as generalizações sobre perfis de indivíduos obesos especialmente quando se trata de associar à obesidade certos traços de personalidade ou atribuir problemas emocionais. Reitera-se que, associado à obesidade, alguns indivíduos apresentam sinais de sofrimento e requerem assistência quanto à isto (DAMIAN, 2002; BARLOW, 2002).



### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

Neste capítulo serão descritas a caracterização da pesquisa, os procedimentos de seleção e divisão da amostra, os critérios de inclusão e exclusão do estudo, os procedimentos de avaliação realizados e, por fim, o tratamento estatístico dos dados.

#### **3.1 Caracterização da pesquisa**

Constituiu-se de um estudo transversal analítico, tendo sido desenvolvido em uma Escola Pública Municipal da cidade de Santa Maria- RS, durante o período de maio a junho de 2013.

#### **3.2 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídas no estudo escolares de ambos os sexos, com idades entre 8 e 12 anos e cujos pais ou representante legal assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – apêndice I). Foram excluídos os escolares portadores de necessidades especiais (cadeirantes e portadores de malformação esquelética) observados durante a verificação das medidas antropométricas.

#### **3.3 Procedimentos de seleção da amostra**

A amostra foi de conveniência, composta por 174 escolares que participaram da avaliação antropométrica e assinaram o TCLE. Destes, somente 110 responderam ao questionário sobre os hábitos deletérios orais e 64 ao questionário “*O que Penso e Sinto*” -OQPS (GORAYEB, 2008). Para a seleção dos escolares realizou-se uma triagem em 217 alunos que frequentavam do 1º a 7º ano de uma escola pública de ensino fundamental, localizada no Bairro Perpétuo Socorro, da cidade de Santa Maria-RS. Destes, dois foram excluídos por serem portadores de necessidades especiais e 41 por estarem fora da faixa etária estabelecida.

### **3.4 Procedimentos de avaliação**

Antecipadamente foi solicitada autorização da Secretaria do Município da Educação de Santa Maria e da instituição onde os dados foram coletados. Após o Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Através de reuniões na Escola foi apresentado o projeto aos pais ou responsáveis e solicitado a assinatura do TCLE para os que concordaram na participação dos escolares. Somente após estas etapas foi iniciada a pesquisa na Escola Municipal de Santa Maria–RS, sendo as avaliações divididas em três etapas:

#### **1ª Etapa – Avaliação do Estado Nutricional**

A primeira etapa foi realizada pela pesquisadora e constituída da avaliação do estado nutricional das crianças através dos parâmetros antropométricos de peso e estatura. A verificação das medidas de peso e estatura foi realizada de maneira padronizada, segundo Marfell-Jones *et al.* (2006). Para a coleta do peso as crianças subiram em uma balança digital com o mínimo possível de roupas, descalças e sem adereços na cabeça. Para a coleta da estatura as crianças estavam em pé sobre uma superfície de madeira, de costas para a escala métrica, com os pés paralelos, os tornozelos unidos e os braços soltos ao longo do corpo. O método diagnóstico utilizado para classificar o estado nutricional das crianças foi o Índice de Massa Corporal (IMC), transformado em escores Z, através do programa Anthro, de acordo com o proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007). Para o cálculo do IMC, dividi-se o peso em quilograma pela altura em metro ao quadrado, tendo como referência as curvas de crescimento da OMS para crianças de 5 a 19 anos, sendo considerada magreza o escore  $Z \leq -2$ , eutrofica o escore  $Z > -2$  e  $< +1$ , sobrepeso escore  $Z \geq +1$  e  $< +2$  e obesa  $\geq +2$ .

#### **2ª Etapa- Identificação dos Hábitos Oraís Deletérios**

Na segunda etapa da pesquisa cada pai ou responsável respondeu a um questionário (ANEXO I) desenvolvido de acordo com protocolo proposto por Rodrigues *et al* (2005) e composto por 37 questões fechadas e objetivas sobre o comportamento oral de seus filhos, tempo do aleitamento materno, alimentação complementar e hábitos alimentares, presença e frequência de hábitos orais deletérios (usar chupeta, usar mamadeira, onicofagia, bruxismo, apertar os dentes, bater os dentes, morder objetos, morder os lábios, molhar os lábios, morder os cantos da boca, morder a língua, morder as bochechas, sugar os lábios, mascar chicletes, mascar balas, apoiar a mão no queixo, dormir com a mão sobre o rosto). Para a resposta foi utilizada uma escala do tipo Likert, onde as opções eram nunca, às vezes, quase sempre e sempre.

### **3ª Etapa- Avaliação da Ansiedade**

Nesta etapa foi aplicada nas crianças a *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS) (ANEXO II), também conhecida por seu nome comercial: "*What I think and Feel*" (REYNOLDS & RICHMOND, 1978), traduzida e adaptada para o português por Gorayeb e Gorayeb (2008) com o título "*O que Penso e Sinto*" (OQPS). O instrumento constitui-se numa escala infantil para auto-aplicação, composta por um total de 37 questões, contendo 28 assertivas referentes a emoções e comportamentos associados à manifestação da ansiedade em crianças, às quais deve-se responder "sim" ou "não". A pontuação de ansiedade total é calculada com base em 28 itens, que são divididos em três subescalas de ansiedade: ansiedade fisiológica (10 itens sobre manifestações somáticas de ansiedade); preocupação/hipersensibilidade (11 itens de medição preocupações obsessivas sobre uma variedade de coisas) e preocupações sociais/concentração (7 itens de medição de pensamentos que distraem e medos que têm uma natureza social ou interpessoal). Os restantes nove itens na OQPS constituem a subescala da mentira, esta objetiva avaliar a aquiescência social da criança e da validade das respostas na escala de ansiedade. Já que as pontuações são derivadas de respostas afirmativas, uma alta pontuação indica um alto nível de ansiedade ou de mentira nesta subescala. O resultado é obtido pela somatória de respostas "sim", podendo então variar de 0 a 28 pontos, o que indicará a gradação da

ansiedade. E 0 a 9 pontos, o que indicará a gradação da aquiescência da criança.

O instrumento *OQPS* foi respondido individualmente pela criança, em sua própria sala de aula, mas aplicado oralmente pela psicóloga pesquisadora. A escolha pela leitura do instrumento em voz alta deu-se por acreditar que desta maneira a eficácia da escala seria maior, uma vez que as dúvidas referentes às questões puderam ser sanadas no momento da leitura. Evitando um índice muito alto de respostas deixadas em branco por falta de entendimento, bem como possíveis dificuldades de leitura e compreensão por parte das crianças envolvidas na pesquisa.

### **3.5 Aspectos éticos**

Esta pesquisa faz parte de um projeto previamente submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob o parecer de número 14626113.0.0000.5346.

Os pais e/ou representantes legais das crianças foram esclarecidos sobre o objetivo e metodologia do estudo e convidados a assinar o TCLE, de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que rege as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

### **3.6 Análise estatística**

Os dados foram digitados por meio do programa Microsoft Excel 2007 e, em seguida, analisados estatisticamente através do programa *Stata* versão 10.0. Foram realizadas as análises descritivas das variáveis do estudo e construídas tabelas de frequência. Para verificação da normalidade das variáveis utilizou-se o teste de *Shapiro-Wilk*. Para verificação das diferenças entre os grupos foi utilizado o teste do Chi-quadrado de Pearson e o teste não-paramétrico de *Wilcoxon*. A análise de regressão logística univariada foi realizada para analisar a contribuição do sexo, idade e dos hábitos deletérios orais (variáveis

independentes), para a presença de excesso de peso (variável dependente). Para todos os testes adotou-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

## **4ARTIGO 1- ASSOCIAÇÃO ENTRE HÁBITOS DELETÉRIOS ORAIS E O EXCESSO DE PESO EM ESCOLARES**

### **4.1 RESUMO**

**Objetivo:** avaliar a associação entre hábitos deletérios orais e o excesso de peso corporal em escolares de 8 a 12 anos de idade de escola pública municipal. **Métodos:** Estudo transversal analítico realizado através de questionário com os responsáveis e avaliação antropométrica em 110 crianças de Escola Pública Municipal de Santa Maria-RS, no período de maio a novembro de 2013. Variáveis: idade, sexo, antropometria e hábitos orais deletérios (uso de chupeta/mamadeira, bruxismo/morder/bater os dentes, morder canto da boca/bochecha/línguas, mão no rosto, mascar chicletes/bala e morder/sugar/molhar os lábios, onicofagia e morder objetos). Os dados foram analisados no Stata10, utilizou-se regressão logística, com intervalo de confiança de 95%, considerando-se como significativo  $p < 0,05$ . **Resultados:** Eram do sexo feminino 52,7% dos escolares, 43,6% tinham excesso de peso corporal e os meninos tiveram maior percentual de peso elevado (44,2%) e 47,9% dos que tinham pelo menos um hábito (64,5%) apresentaram excesso de peso. Todas as crianças nas quais os hábitos estavam presentes apresentaram maior risco de excesso de peso ( $p > 0,05$ ). **Conclusão:** Conclui-se que o excesso de peso e a presença de hábitos deletérios orais são prevalentes na faixa de idade entre 8 e 12 anos, mas não foi possível observar associação entre as variáveis analisadas.

**DESCRITORES:** Hábitos, obesidade, índice de massa corporal, crianças.

### **4.2 ABSTRACT**

**Objective:** Evaluate the association between oral deleterious habits and excess weight in schoolchildren aged between 8-12 years in a public school. **Methods:** An analytical cross-sectional study using a questionnaire with the official responsible and anthropometric measurements in 110 children from a Municipal

Public School in Santa Maria - RS, from May to November 2013. **Variables:** Age, sex, anthropometry and deleterious oral habits (use pacifier/bottle, bruxism /bite/ teeth chattering/ biting corner of the mouth/ cheek/tongue, hand on face, chewing gum/ candy and bite/ suck wet the lips, nail biting and biting objects). Data were analyzed in Stata10, it was used logistic regression, with a confidence interval of 95 %, considering as significant  $p < 0.05$ . **Results:** 52.7% of the students were female, 43.6 % had excess body weight and the boys had a higher percentage of high body weight (44.2 %) and 47.9 % of those who had had at least one habit were overweight. All children in which the habits were present had greater risk of being overweight ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** It is concluded that excess weight and presence of deleterious oral habits are prevalent in the age group between 8 and 12 years, but no association between the variables was observed.

**KEYWORDS:** Habits, habit of nail biting, body mass index, children.

### 4.3 INTRODUÇÃO

Os hábitos orais são definidos como comportamentos repetidos, que trazem uma sensação agradável para quem os pratica e estão diretamente relacionados com as funções do sistema estomatognático (sucção, deglutição, mastigação, respiração e fala). Existem dois tipos de hábitos orais: os nutritivos, que estão relacionados com a obtenção do alimento e o desenvolvimento da criança nos primeiros meses de vida e os não nutritivos, que ocorrem quando não há introdução de alimento ou líquido na região intra-oral e portanto, dizem respeito aos hábitos que não têm um papel nutritivo. Quando os hábitos não nutritivos passam a ser realizados de forma repetida e por longo tempo são também denominados hábitos orais deletérios. O surgimento deste comportamento pode ter por base uma situação de insegurança, frustração, ansiedade ou angústia, mas pode também surgir apenas como um comportamento acidental que, progressivamente perpetuou-se<sup>1</sup>.

A prevalência de hábitos deletérios orais na infância variam com a idade, sendo observados percentuais entre 40,0% e 73,4% nas crianças dos 3 aos 5 anos<sup>2</sup>. Estudo realizado em 832 crianças com idades entre 6 e 12 anos mostrou que 51% delas apresentavam um ou mais hábitos deletérios orais<sup>3</sup>. Os estudos mostram que os mais comuns são: a sucção digital e da chupeta, sucção ou morder o lábio ou a língua, onicofagia, prática de morder objetos e bruxismo<sup>1-3</sup>. Os percentuais verificados nas pesquisas mostram que a manifestação de hábitos deletérios orais é comum na infância e sua presença pode ocasionar inúmeros danos, incluindo retardo ou deturpação do crescimento ósseo, má oclusões dentárias, distúrbios respiratórios, alterações na fala, desequilíbrio muscular e problemas psicológicos, podendo levar a sérias implicações no desenvolvimento orofacial. O grau de severidade das anormalidades funcionais causadas pelos hábitos depende da intensidade (grau de atividade muscular), frequência (número de vezes por dia) e duração (período de atividade). A situação dos casos pode ainda ser influenciada pela predisposição e saúde individual, idade, condições nutricionais e padrão facial<sup>2,4,5</sup>.



Dentre as condições nutricionais a obesidade infantil vem constituindo-se em um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, visto que, a sua prevalência vem aumentando tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Além disso, uma proporção significativa das crianças obesas torna-se adultos obesos e a condição de obesidade na infância, persistindo na vida adulta, podem resultar em formas ainda mais severas de obesidade, bem como inúmeras outras patologias<sup>6</sup>. Relatório da *International Obesity Task Force* (IOTF)<sup>7</sup> de 2003, para a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>8</sup>, estima que aproximadamente 10% dos indivíduos entre 5 e 17 anos de idade apresentam excesso de gordura corporal, sendo que de 2 a 3% são obesos. Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada entre 2008/2009, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma em cada três crianças brasileiras com idade entre 5 e 9 anos está acima do peso recomendado pelo OMS. Entre jovens de 10 a 19 anos, uma em cada 5 apresenta excesso de peso<sup>8-9</sup>.

A etiologia da obesidade é resultante da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. É uma condição bastante complexa e de difícil entendimento, que pode estar associada a inúmeras outras alterações no desenvolvimento da criança, entre elas os hábitos deletérios orais. Ferrioli<sup>10</sup> realizou estudo no qual verificou a associação entre distúrbios de fala e linguagem e alterações de alimentação infantil, observando uma alta incidência de alterações miofuncionais e ampla presença de hábitos orais deletérios nas crianças portadoras deste transtorno e obesidade.

A investigação das repercussões da prática de hábitos deletérios orais em populações jovens com excesso de peso corporal constitui uma tarefa de alta complexidade<sup>11-12</sup>, principalmente porque até o momento, na literatura indexada, foram observados poucos estudos que avaliaram as relações entre obesidade e a presença de hábitos deletérios orais. Diante desta realidade foi realizado o presente estudo que teve como objetivo avaliar a associação entre os hábitos deletérios orais e o excesso de peso corporal em escolares de 8 a 12 anos de idade de escola pública municipal.

## 4.4 MÉTODOS

Estudo transversal analítico, realizado entre maio e julho de 2013, com amostra de conveniência de 110 escolares que realizaram a avaliação antropométrica e responderam ao questionário sobre os hábitos deletérios orais. Para a seleção dos escolares realizou-se uma triagem em 217 alunos que frequentavam do 1º a 7º ano de uma escola pública de ensino fundamental, localizada no Bairro Perpétuo Socorro, da cidade de Santa Maria-RS. Destes, dois foram excluídos por serem portadores de necessidades especiais, 41 por estarem fora da faixa etária estabelecida e 64 por não terem respondido o questionário sobre os hábitos deletérios orais.

Foram incluídos escolares, de ambos os sexos, com idade entre 8 e 12 anos e excluídos os portadores de necessidades especiais (cadeirantes e portadores de malformação esquelética), observados durante a verificação das medidas antropométricas. A amostra apresentou nível de confiança de 95%, com poder estatístico de 80%, risco relativo de 2,0 para razão de expostos/não-expostos de 1:1.

Antecipadamente foi solicitada autorização da Secretaria do Município da Educação de Santa Maria, da instituição e dos pais ou responsáveis. As variáveis estudadas foram obtidas na Secretaria da Escola (sexo e idade), através da aferição das variáveis antropométricas (peso e estatura) e de aplicação de questionário respondido pelos pais ou representantes.

A avaliação do excesso de peso corporal dos escolares se deu através dos parâmetros antropométricos de peso, estatura e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). A verificação das medidas de peso e estatura foi realizada de maneira padronizada, segundo Marfell-Jones *et al*<sup>13</sup>. (2006). Para a coleta do peso utilizou-se balança digital, em que o escolar permaneceu com o mínimo possível de roupas, descalças e sem adereços na cabeça. Para a coleta da estatura os escolares estavam em pé sobre uma superfície de madeira, de costas para a escala métrica, com os pés paralelos, os tornozelos unidos e os braços soltos ao longo do corpo. O IMC de cada escolar foi transformado em score Z, através do programa Anthro, utilizando como referência o proposto pela OMS<sup>8</sup> para crianças de 5 a 19 anos de idade. O

escolar foi classificado em magreza quando o escore  $Z \leq -2$ , eutrófico quando o escore  $Z$  foi  $> -2$  e  $< +1$  e excesso de peso quando o escore  $Z$  foi  $\geq +1$ , que incluía os com sobrepeso (escore  $Z \geq +1$  e  $< +2$ ) e os obesos (escore  $Z \geq +2$ ).

O questionário utilizado para a verificação dos hábitos deletérios orais foi desenvolvido de acordo com protocolo proposto por Rodrigues *et al*<sup>14</sup> e composto por 37 questões fechadas e objetivas sobre o comportamento oral do filho, tempo do aleitamento materno, alimentação complementar e hábitos alimentares, presença e frequência de hábitos orais deletérios (usar chupeta, usar mamadeira, onicofagia, bruxismo, apertar os dentes, bater os dentes, morder objetos, morder os lábios, molhar os lábios, morder os cantos da boca, morder a língua, morder as bochechas, sugar os lábios, mascar chicletes, mascar balas, apoiar a mão no queixo, dormir com a mão sobre o rosto). Para a resposta foi utilizada uma escala do tipo *Likert*, onde as opções eram nunca, às vezes, quase sempre e sempre.

Na apresentação dos resultados as respostas ao questionário foram agrupadas, sendo considerado hábito deletério oral “presente”, quando a resposta foi quase sempre e sempre e “ausente” no caso de às vezes e nunca. Além disso, os itens foram agrupados, como segue: “uso de chupeta/mamadeira”, “bruxismo/morder/bater os dentes”, “morder canto da boca/bochecha/línguas”, “mão no rosto”, “mascar chicletes/bala” e “morder/sugar/molhar os lábios”. Foram mantidas, conforme o protocolo de coleta as variáveis “onicofagia” e “morder objetos”.

Para a análise dos dados foram construídas tabelas de frequência das variáveis qualitativas e utilizado o teste do chi-quadrado ou teste entre duas proporções para verificação da diferença entre os sexos, as idades e a presença ou ausência de hábitos deletérios orais. A análise de regressão logística univariada foi realizada para analisar a contribuição do sexo, idade e dos hábitos deletérios orais (variáveis independentes), para a presença de excesso de peso (variável dependente). Considerou-se diferença com significância estatística  $p < 0,05$ . Os dados foram digitados no programa Excel e analisados pelo software STATA 10.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e aprovada através do número de protocolo nº 14626113.0.0000.5346. Os pais e/ou representantes legais das crianças foram esclarecidos sobre o objetivo e metodologia do estudo e convidados a assinar o TCLE, de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

#### 4.5 RESULTADOS

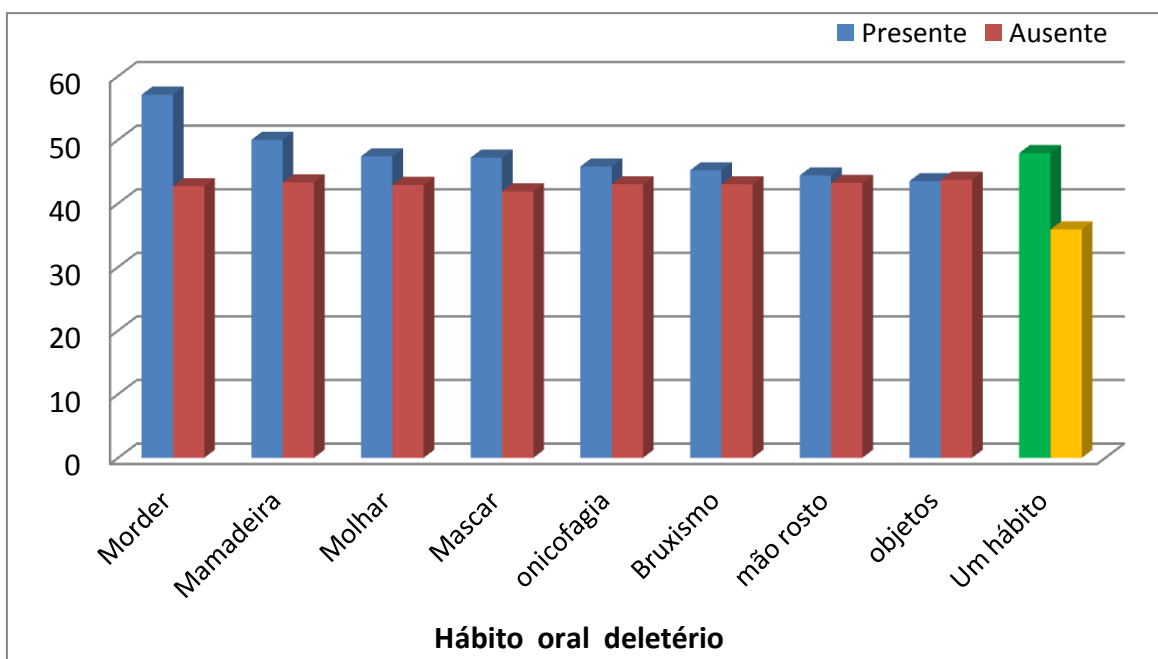
Dos 174 escolares que realizaram avaliação antropométrica, 64 não responderam ao questionário sobre hábitos deletérios orais, perfazendo um total de 110 crianças participantes. A média de idade foi de 9,6(±1,2) anos, 56,4% eram eutróficas, 43,6% tinham excesso de peso corporal (22,7% com sobrepeso e 20,9% obesas) e 64,5% tinham pelo menos um hábito deletério oral. O excesso de peso foi mais frequente nos meninos (44,2%), aos 10 anos de idade (54,2% e *Odd ratio* de 1,44:IC=0,43-4,76) e nos que tinham pelo menos um hábito deletério oral (47,9% e *Odd ratio* de 1,64:IC=0,74-3,66), porém, sem diferença estatística significativa (tabela 1).

**Tabela 1:** Prevalência de escolares com excesso de peso de acordo com as variáveis demográficas e hábitos deletérios orais

Variáveis	NT(%)	Excesso de Peso N (%)	Odds ratio (IC 95%)	P*
Total	110 (100)			
Sexo				0,905
Masculino	52 (47,3)	23 (44,2)	1	
Feminino	58 (52,7)	25 (43,1)	0,99 (0,45-2,03)	
Idade (anos)				0,404
8	20 (18,2)	9 (45,0)	1	
9	36 (32,7)	17 (47,2)	1,09 (0,36-3,27)	
10	24 (21,8)	13 (54,2)	1,44 (0,43-4,76)	
11	21 (19,1)	7 (33,3)	0,61 (0,17-2,16)	
12	9(8,2)	2 (22,2)	0,35 (0,06-2,11)	
Hábito deletério oral (pelo menos um)				0,227
Não	39(35,5)	14 (35,9)	1	
Sim	71 (64,5)	34 (47,9)	1,64 (0,74-3,66)	

NT= frequência total; N= frequência; IC= intervalo de confiança; \* teste Chi-quadrado de Person e Regressão Logística.

Na tabela 2 e Figura 1 está descrito, através da regressão logística univariada, a associação entre excesso de peso corporal e os hábitos deletérios orais. Todos os escolares nos quais os hábitos estavam presentes apresentaram maior risco de excesso de peso, onde o hábito de morder canto boca/língua/bochecha apresentou maior percentual de crianças com excesso de peso em relação aos demais hábitos (*oddratio* 1,79:IC=0,38-8,39), porém nenhum dos hábitos mostrou-se significativamente associado ao excesso de peso.



**Figura 1**– Percentual de excesso de peso em relação à presença/ ausência dos hábitos orais deletérios em escolares

**Tabela 2:** Associação entre excesso de peso corporal e hábitos orais deletérios em escolares

Hábito oral	NT	Excesso Peso N (%)	Odds ratio (IC95%)	P**
<b>Mamadeira/chupeta</b>				0,747
Ausente	104	45 (43,3)	1	
Presente	6	3 (50,0)	1,31 (0,25-6,80)	
<b>Onicofagia</b>				0,806
Ausente	86	37 (43,0)	1	
Presente	24	11 (45,8)	1,12 (0,45-2,78)	
<b>Morder objetos</b>				0,986

Ausente	87	38 (43,7)	1	
Presente	23	10 (43,5)	0,99 (0,39-2,50)	
<b>Molhar/sugar/morder lábio</b>				0,719
Ausente	91	39 (42,9)	1	
Presente	19	9 (47,4)	1,20 (0,45-3,23)	
<b>Bruxismo/apertar/bater dente</b>				0,840
Ausente	79	34 (43,0)	1	
Presente	31	14 (45,2)	1,09 (0,47-2,51)	
<b>Morder canto boca/língua/bochecha</b>				0,456
Ausente	103	44 (42,7)	1	
Presente	7	4 (57,1)	1,79 (0,38-8,39)	
<b>Mascar chicletes/bala</b>				0,857
Ausente	74	31 (41,9)	1	
Presente	36	17 (47,2)	1,24 (0,56-2,76)	
<b>Mão no rosto</b>				0,922
Ausente	83	36 (43,4)	1	
Presente	27	12 (44,4)	1,04 (0,44-2,50)	

---

NT= frequência total; N=frequência; IC= intervalo de confiança; \* teste Chi-quadrado de Person e Regressão Logística.

## 4.6 DISCUSSÃO

A importante prevalência de excesso de peso corporal na infância, além da dificuldade da reversão da mesma, faz com que novas pesquisas sejam realizadas na procura de esclarecimento de todos os possíveis fatores que podem estar associados a ela, sendo um deles a presença de hábitos horários deletérios. A escassez de estudos que abordem associação dos hábitos deletérios orais com a obesidade pode ser uma das limitações do presente estudo, pois a literatura vigente apresenta poucos dados que permitam uma discussão mais aprofundada do tema. Além disso, deve-se considerar o fato de que os pais ao responderem ao questionário em casa, podem ter negligenciado ou omitido alguns dados, principalmente levando em conta a extensão do instrumento, que é longo.

O presente estudo avaliou a associação do excesso de peso com os hábitos orais deletérios, foi observado um maior percentual de crianças com excesso de peso, quando comparado com os resultados obtidos em pesquisas nacionais com crianças da mesma faixa etária. Estudo realizado em Florianópolis-SC. Obteve um percentual de 13,9%<sup>15</sup>. Pesquisa desenvolvida em dois municípios do Estado do Rio Grande do Sul, 16,9%<sup>16</sup>. Por outro lado, a prevalência de excesso de peso foi similar à encontrada em estudo<sup>17</sup> realizado com crianças de escolas da rede pública e privada da cidade de Natal-RN com percentual de 33,6. Araujo *et al*<sup>18</sup> relatou em sua pesquisa envolvendo escolares da região sul do Brasil, índices de obesidade e sobrepeso superiores aos das regiões Sudeste, Nordeste, Norte e Centro-Oeste, e atribuíram o fato observado a transição nutricional vigente, em que os índices de obesidade são crescentes e maiores nas regiões mais ricas do país.

No que concerne à diferenciação do estado nutricional entre meninos e meninas, não foi constatada diferença significativa, corroborando com estudo<sup>19</sup> que, ao coletar informações antropométricas, sociodemográficas e comportamentos sedentários de 1.074 escolares de 6 a 10 anos da cidade de Cruzeiro do Sul (PR), também não observou diferença estatística entre os sexos. Porém, foi possível observar uma tendência de maior percentual de peso elevado nos meninos em relação às meninas, concordando com resultados mostrados por diferentes autores que também encontraram predominância do excesso de peso entre escolares do sexo masculino nesta faixa etária<sup>20-22</sup>.

Em relação aos hábitos deletérios orais, embora sem diferença estatística significativa, os escolares que tinham pelo menos um hábito, apresentaram maior percentual de excesso de peso em comparação com os que não apresentavam nenhum hábito. Além disso, na verificação da associação entre o excesso de peso corporal e cada um dos hábitos deletérios orais foi observado que todos os escolares nas quais os hábitos estavam presentes apresentaram risco maior de excesso de peso, porém nenhum dos hábitos mostrou-se significativamente associado ao mesmo. Resultados de pesquisa que avaliou o estado nutricional de crianças respiradoras orais

relacionando-o com a obesidade mostraram que a participação de hábitos deletérios (mamadeiras, chupetas e sucção digital) pode ter influência no respirador bucal<sup>23</sup>. Com relação a este problema, Carvalho<sup>24</sup> refere que o paciente que não respira eficientemente pelo nariz, mantém a boca aberta, dificultando, assim, a dinâmica alimentar. Portanto, mastigam e engolem muito rápido para poder, em seguida, respirar. Tal comportamento alimentar decorrente da condição respiratória interfere no processo mastigatório, levando a desordens alimentares que podem levar as crianças a deglutir quase sem mastigação, gerando a obesidade<sup>24</sup>.

Em investigação de alguns transtornos de alimentação infantil, incluindo a obesidade foi observado que ela estava associada com alterações fonoaudiológicas como a fala e a linguagem nas crianças<sup>10</sup>. O mesmo estudo salientou ainda que as pesquisas fonoaudiologia ligadas aos transtornos alimentares têm se voltado, em especial, para os quadros de disfagias, não abrangendo, no entanto, estudos que correlacionem aspectos de fala e outros transtornos ligados à alimentação, de grande importância no momento atual.



## 4.7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem concluir que o excesso de peso e a presença de hábitos deletérios orais são prevalentes na faixa de idade entre 8 e 12 anos, em ambos os sexos. Ao mesmo tempo, não foi possível observar associação entre excesso de peso corporal e a presença de hábitos deletérios orais. Desta forma, acredita-se que este estudo possa contribuir para que novos caminhos venham a ser tomados e principalmente que se abram as portas da interdisciplinaridade, para que profissionais da nutrição, ortodontistas, psicólogos, fonoaudiólogos, médicos, entre outros profissionais trabalhem juntos na prevenção do excesso de peso, dos hábitos deletérios orais e consequentemente na promoção da saúde infantil.

## 4.8 REFERÊNCIAS

1. Macho V, Andrade D, Areias C, Norton A, Coelho A. Prevalência de hábitos orais deletérios e de anomalias oclusais numa população dos 3 aos 13 anos. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 2012; 53 (3): 143–147.
2. Goes MS, Araujo CT, Goes PA, Jamelli S. Persistência de hábitos de sucção não nutritiva: prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2013; 13 (3): 247-257.
3. Garde JB, Suryavanshi RK, Jawale BA, Deshmukh V, Dadhe DP, Suryavanshi MK. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. *J Int Oral Health.* 6(1):39-43; 2014.
4. Farias AVM, Vasconcelos MCR, Fontes LBC, Benevides SD. Repercussões das estratégias de retirada dos hábitos orais deletérios de sucção nas crianças do programa de saúde da família em Olinda – PE. *Rev. CEFAC, São Paulo:* 2011.

5. Rodrigues JA, BoliniPDA, Minarelli-Gasparam. Hábitos de sucção e suas interferências no crescimento e desenvolvimento craniofacial da criança. *Odontologia. Clín.- Científ Recife*. 5(4): 257-260, out/dez., 2006.
6. Venâncio, P; Aguilar, S; Pinto G. Obesidade infantil... um problema cada vez mais atual. *Rev. Port. Med. Geral Fam.*; 28:410-6, 2012.
7. International Obesity Task Force data, based on population-weighted estimates from published and unpublished surveys, 1990-2003 (latest available) using IOTF- recommended cut-offs for overweight and obesity. Disponível em <http://www.ionf.org>.
8. OMS, 2007. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php> conteudocurvascrescoms.
9. Obesidade na Infância e adolescência: Manual de orientação. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento científico de Nutrologia. 2ª Ed. São Paulo: SBP 2012.
10. Ferriolli BHVM. Associação entre as alterações de alimentação infantil e distúrbios de fala e linguagem. Ver. CEFAC, São Paulo:2010.
11. Fernandes AR, Casonatto J, Christofaro DGD, Ronque VER, Oliveira AR. Risco para o excesso de peso entre adolescentes de diferentes classes econômicas. *RevAssocMed Bras*. 2008;54(4):334-8.
12. Rodrigues PTS, Souza AC, Di NinnoCQMS. Ocorrência de hábitos orais deletérios em adolescentes do ensino médio. *Revista CEFAC*, São Paulo, 6(4): 376-8, out-dez, 2004.
13. Marfell-Jones M. *et al*. International standards for anthropometric assessment. Potchefstroom. South África: ISAK; 2006.
14. Silva KS, Lopes AS, Pelegrini A. Associação entre fatores econômicos, familiares e o excesso de peso em escolares de Florianópolis, SC. *Nutrire*. 2007; 32 (3); 27-39.

15. Triches RM, Giugliani ERJ. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Rev Nutr.* 2007;20(2):119-28.
16. Brasil Lana do Monte Paula, Fisberg Mauro, Maranhão Hércio de Sousa. Excesso de peso de escolares em região do Nordeste Brasileiro: contraste entre as redes de ensino pública e privada. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [serial on the Internet]. 2007
17. Simon VGN, Souza JMP de, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev Saúde Pública* 2009;43(1):60-9
18. Araujo EDS, Petroski EL. Estado nutricional e adiposidade de escolares de diferentes cidades brasileiras. *RevEduc Física - UEM.* 2002;13(2):47-53.
19. Azambuja AO. *et al.* Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em escolares. *Revista Baiana de Saúde Pública.* v.36, n.3, p.740-750. jul./set. 2012
20. Santos MG. dos *et al.* Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 90, n. 4, p. 301-308, abr. 2008.
21. Mota VPE, Teixeira CG de O, Silva FM da. Excesso de peso, nível de atividade física e hábitos alimentares em escolares da cidade de Anápolis-GO. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte* [serial onthe Internet]. 2013 June.
22. Silva GA, Balaban G, Motta MEF. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, n. 1, p. 53- 59, jan. 2005.
23. Carnevalli DB, Nozaki VT, Araújo APS. Avaliação do estado nutricional de crianças respiradoras orais – sua relação com a obesidade. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 2, n. 2, p. 185-193, mai./ago. 2009.

24. Carvalho GDSOS. Respirador Bucal, uma visão funcional e clínica da amamentação. São Paulo, SP: Lovise,2003.

## 5ARTIGO 2- HÁBITOS DELETÉRIOS ORAIS: RELAÇÃO COM Z-SCORE DO IMC E ANSIEDADE

### 5.1 RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a relação entre a presença de hábitos deletérios orais, o Z-score de IMC e a ansiedade em escolares. **Métodos:** Estudo transversal analítico realizado com 64 crianças de Escola Pública Municipal de Santa Maria-RS, no período de maio a novembro de 2013. Verificada antropometria, aplicado questionário sobre hábitos deletérios orais e escala “*O que Penso e Sinto*” (OQPS) –escala infantil de auto- aplicação para avaliação da ansiedade. Os dados foram analisados no Stata10, calculou-se mediana e utilizou-se teste de Wilcoxon e Kruskal-Wallis, considerando-se como significativo  $p < 0,05$ . **Resultados:** Eram do sexo feminino 59,4% dos escolares, a mediana do Z-score de IMC foi maior nos meninos e a mediana de pontuação da OQPS foi maior nas meninas ( $p < 0,05$ ). A presença do hábito de morder objetos e boca/língua/bochecha foram os únicos que mostraram maior pontuação na escala de ansiedade ( $p < 0,05$ ). A pontuação da ansiedade foi semelhante em relação ao estado nutricional dos escolares. **Conclusão:** Conclui-se que o Z-score de IMC não está relacionado com a presença de hábitos deletérios orais e as meninas e os escolares que tem o hábito de morder objetos e canto da boca/língua/bochecha apresentam maior pontuação para ansiedade.

**DESCRITORES:** Hábitos, índice de massa corporal, ansiedade, crianças.

### 5.2 ABSTRACT

#### DELETERIOUS ORAL HABITS: RELATIONSHIP WITH THE Z - SCORE BMI AND ANXIETY

**Objective:** Evaluate the relationship between the presence of deleterious oral habits, the Z -score of BMI and anxiety in scholars. **Methods:** An analytical cross-sectional study of 64 children Municipal Public School Santa Maria - RS , in the period May-November 2013. Verified anthropometry applied questionnaire deleterious oral habits and scale "What I think and feel" (OQPS) -

Infant scale of self - application for assessment of anxiety. Data were analyzed in Stata10, we calculated the median and used Wilcoxon and Kruskal - Wallis test, considering as significant  $p < 0.05$ . **Results:** 59.4 % of the students were female, the BMI Z -score median was higher in boys and the OQPS median score was higher in girls ( $p < 0.05$ ). The presence of the habit of biting objects and mouth/ tongue /cheek were the ones wich showed higher scores on the anxiety scale ( $p < 0.05$ ). The anxiety score was similar in relation to the nutritional status of schoolchildren. **Conclusion:** It was conclude that the Z -score of BMI is not associated with the presence of deleterious oral habits and girls and students who have a habit of biting objects and corner of the mouth / tongue / cheek have higher scores for anxiety.

**KEYWORDS:** Habits, body mass index, anxiety, children.

### 5.3 INTRODUÇÃO

A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas<sup>1</sup>. Este estado emocional passa a ser patológico - considerado transtorno- quando é desproporcional à situação que o desencadeia. Os transtornos de ansiedade são muito frequentes tanto em adultos quanto em crianças, com uma prevalência estimada durante o período de vida de 9% e 15% respectivamente<sup>2,3</sup>. Os sintomas ansiosos também estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência<sup>4</sup>. Os transtornos de ansiedade constituem o maior grupo de problemas de saúde mental durante a infância, um dos componentes mais importantes da ansiedade infantil são os medos e preocupações<sup>5</sup>.

Os hábitos orais geralmente se instalam por inseguranças causadas por problemas emocionais, vício simples que será superado naturalmente com o tempo e ausência de amamentação no seio nos primeiros meses de vida<sup>6</sup>. A implantação de maus hábitos orais quase sempre tem ligação com a situação emocional do paciente, surgindo com mais evidência em situações de angústia e ansiedade. Tal comportamento pode ser melhor compreendido ao se buscar elementos presentes na primeira fase do desenvolvimento psicosssexual da criança, ou seja, a fase oral estabelecida por Freud<sup>7</sup>. A oralidade, desta fase, pode ser entendida e dividida em duas partes: a primeira, na qual a sucção leva a satisfação em sugar e a segunda, na qual existe o prazer em mastigar e devorar, também chamada de parte “canibalística”, que se manifesta principalmente no período em que ocorre o aparecimento dos dentes.

Durante a fase oral a boca é fonte de prazer, pois é através desta que a criança suga o seio da mãe, os dedos e se alimenta. Algumas pessoas acabam mantendo foco do prazer na boca, estendendo o prazer oral para a vida toda, sendo considerado na maioria das vezes patológico. Podemos citar casos de hábitos deletérios orais, tais como morder objetos, roer as unhas, ou ainda pessoas que comem em demasia, entre outros<sup>6-8</sup>.

Ao se considerar a possível influência do estado nutricional no desenvolvimento de hábitos deletérios orais, depara-se com altos índices de crianças e adolescentes obesos, o que constitui grande preocupação entre profissionais da área da saúde, uma vez que aproximadamente dois entre dez jovens obesos já são portadores da síndrome metabólica (SM). O crescente aumento do número de indivíduos obesos parece estar mais relacionado às mudanças no estilo de vida e aos hábitos alimentares associados a transtornos de comportamento cada vez mais precoces. Pesquisas indicam que nos últimos anos há uma epidemia de inatividade, bem como um maior consumo de alimentos de alta densidade energética o que explica o aumento dessa prevalência<sup>9, 10, 11, 12</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>13</sup> aponta a obesidade como um impressionante e inaceitável fator de impacto e preocupações na vida das crianças com grandes aumentos nas taxas de prevalência nessa faixa etária em um curto espaço de tempo. Entre as alterações do nosso corpo, a obesidade é a de mais difícil entendimento e necessita de uma abordagem multidisciplinar, além de profissionais que atuem considerando globalmente o problema<sup>13-14</sup>.

Diante da complexidade da possível relação entre ansiedade, hábitos deletérios orais e o estado nutricional de crianças, realizou-se o presente estudo, que teve como objetivo analisar a relação entre a presença de hábitos deletérios orais, o Z-score de IMC e a ansiedade em escolares.

## 5.4 MÉTODOS

Estudo transversal analítico, realizado entre maio e julho de 2013, com amostra de conveniência de 64 escolares que realizaram a avaliação antropométrica, responderam ao questionário sobre os hábitos deletérios orais<sup>15</sup> e ao questionário “*O que Penso e Sinto*” (OQPS)<sup>16</sup>. Para a seleção dos escolares realizou-se uma triagem em 217 alunos que frequentavam do 1º a 7º ano de uma escola pública de ensino fundamental, localizada no Bairro Perpétuo Socorro, da cidade de Santa Maria-RS. Destes, dois foram excluídos



por serem portadores de necessidades especiais, 41 por estarem fora da faixa etária estabelecida, 64 não terem respondido ao questionário sobre os hábitos deletérios orais e 46 por não terem respondido ao questionário “*O que Penso e Sinto*”. Foram incluídos escolares, de ambos os sexos, com idade entre 8 e 12 anos e excluídos os portadores de necessidades especiais (cadeirantes e portadores de malformação esquelética), observados durante a verificação das medidas antropométricas.

Foi solicitada antecipadamente autorização da instituição e dos pais ou responsáveis. Após a autorização cada pai ou responsável respondeu a um questionário desenvolvido de acordo com protocolo proposto por Rodrigues *et al*<sup>15</sup> e composto por 37 questões fechadas e objetivas sobre o comportamento oral de seus filhos, tempo do aleitamento materno, alimentação complementar e hábitos alimentares, presença e frequência de hábitos orais deletérios (usar chupeta, usar mamadeira, onicofagia, bruxismo, apertar os dentes, bater os dentes, morder objetos, morder os lábios, molhar os lábios, morder os cantos da boca, morder a língua, morder as bochechas, sugar os lábios, mascar chicletes, mascar balas, apoiar a mão no queixo, dormir com a mão sobre o rosto). Para a resposta foi utilizada uma escala do tipo *Likert*, onde as opções eram nunca, às vezes, quase sempre e sempre.

As respostas dos pais ao questionário foram agrupadas na apresentação dos resultados, sendo considerado hábito deletério oral “presente”, quando a resposta foi às vezes, quase sempre e sempre e “ausente” no caso de nunca. Além disso, os itens foram agrupados, como segue: “uso de chupeta/mamadeira”, “bruxismo/morder/bater os dentes”, “morder canto da boca/bochecha/línguas”, “mão no rosto”, “mascar chicletes/bala” e “morder/sugar/molhar os lábios”. Foram mantidas, conforme o protocolo de coleta as variáveis “onicofagia” e “morder objetos”.

A avaliação antropométrica dos escolares se deu através dos parâmetros de peso, estatura e cálculo do IMC. A verificação das medidas de peso e estatura foi realizada de maneira padronizada, segundo Marfell-Jones *et al*<sup>17</sup>. Para a coleta do peso foi utilizada uma balança digital e o escolar permaneceu com o mínimo possível de roupas, descalças e sem adereços na

cabeça. Para a verificação da estatura os escolares foram posicionados em pé sobre uma superfície de madeira, de costas para a escala métrica, com os pés paralelos, os tornozelos unidos e os braços soltos ao longo do corpo. Foi calculado o IMC dividindo o peso em quilograma pela estatura em  $m^2$  e após transformado em Z-score do IMC, através do programa Antro, utilizando como referência o proposto pela OMS para crianças de 5 a 19 anos de idade<sup>13</sup>. O estado nutricional foi estabelecido pelo Z-escore do Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade, e assim classificado: magreza escore  $Z \leq -2$ , eutrófico Z-escore  $> -2$  e  $< +1$ , sobrepeso  $\geq +1$  a  $\leq 2$  e obeso  $> 2$ .

Para a avaliação da manifestação da ansiedade foi aplicada nas crianças a *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS), também conhecida por seu nome comercial: "*What I think and Feel*"<sup>87</sup>, traduzida e adaptada para o português por Gorayeb e Gorayeb<sup>15</sup> com o título "*O que Penso e Sinto*" (OQPS). O instrumento constitui-se numa escala infantil para auto-aplicação, composta por um total de 37 questões, 9 constituem a sub-escala de mentira e 28 referentes a emoções e comportamentos associados à manifestação da ansiedade em crianças, em que 10 questões se referem à ansiedade fisiológica, 11 a preocupação/hipersensibilidade e 7 a preocupações sociais/concentração. As respostas são dicotômicas, sendo "sim" ou "não", de acordo com a presença ou ausência do fato. A resposta negativa não tem pontuação e cada resposta positiva obtém um ponto sendo assim, para a ansiedade fisiológica o máximo é de 10 pontos, a preocupação/hipersensibilidade 11 pontos, as preocupações sociais/concentração 7 pontos e a ansiedade geral 28 pontos. Quanto maior a pontuação obtida maior ansiedade<sup>18,19</sup>.

As crianças responderam ao questionário individualmente, em suas próprias salas de aula, sendo que a psicóloga pesquisadora aplicou o instrumento oralmente. A escolha pela leitura do instrumento em voz alta deu-se por acreditar que desta maneira a eficácia da escala seria maior, uma vez que as dúvidas referentes às questões puderam ser sanadas no momento da leitura. Evitando um índice muito alto de respostas deixadas em branco por falta de entendimento, bem como possíveis dificuldades de leitura e

compreensão por parte das crianças envolvidas na pesquisa.

Os dados foram digitados através do programa Microsoft Excel 2007 e, em seguida, analisados estatisticamente através do programa *Stata* versão 10.0. Para verificação da normalidade das variáveis utilizou-se o teste de *Shapiro-Wilk*. Para verificação das diferenças entre os grupos foi utilizado o teste do Chi-quadrado de Pearson e o teste não-paramétrico de *Wilcoxon*. Para todos os testes adotou-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e aprovada através do número de protocolo nº 14626113.0.0000.5346. Os pais e/ou representantes legais das crianças foram esclarecidos sobre o objetivo e metodologia do estudo e convidados a assinar o TCLE, de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## **5.5 RESULTADOS**

Este estudo incluiu 64 escolares com idades entre 8 e 12 anos, cerca de 50% tinham 9 e 10 anos e 59,4% eram do sexo feminino. A mediana do Z-score do IMC dos meninos mostrou-se mais desviada da referência (1,34), com tendência a obesidade, em relação às meninas (0,65), porém sem diferença estatística. Já em relação à mediana de pontuação da escala OQPS houve diferença estatística significativa ( $p = 0,004$ ), na qual as meninas tiveram maior mediana de pontuação (12,5) quando comparadas aos meninos (8,0). Em relação à idade, a mediana do Z-score do IMC foi menor nos escolares de 9 e 10 anos e maior nos de 8 e 11 anos, em contra partida, a mediana de pontuação na escala OQPS foi maior nos de 9 e 10 anos e menor nos de 8 e 11, mas sem diferença estatística (tabela 1).

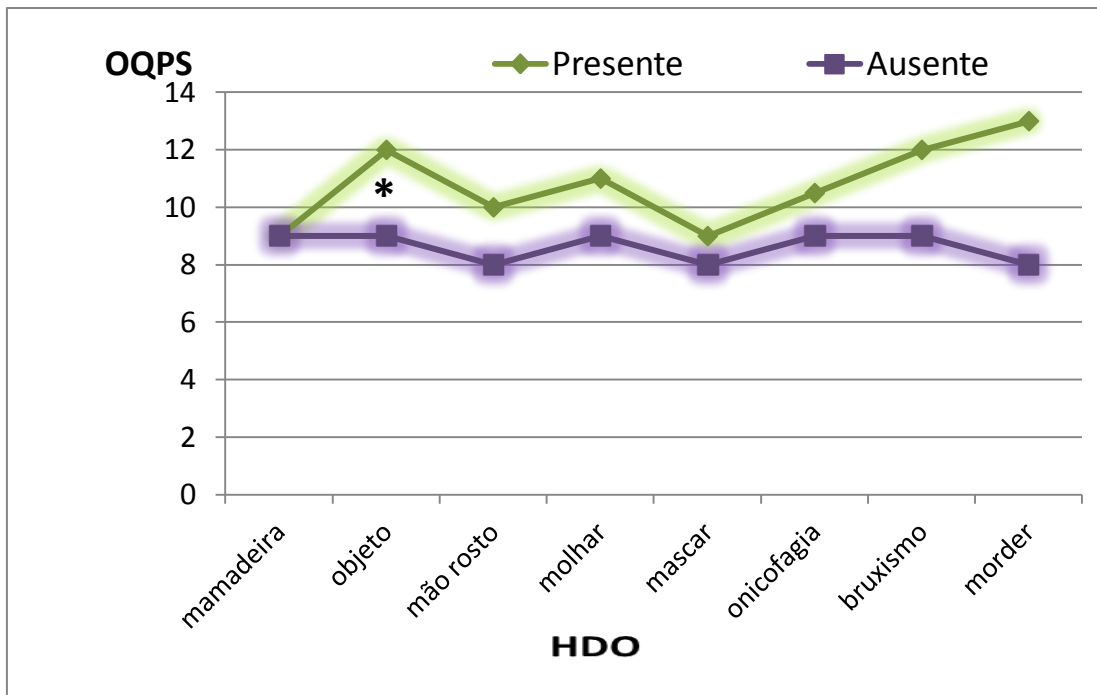
**Tabela 1:** Variáveis demográficas, mediana do z-score do IMC e da escala OQPS dos escolares.

Variáveis	N (%)	Z-score do IMC md (1°/3°q)	OQPS md (1°/3°q)
<b>Sexo</b>			
Masculino	26 (40,6)	1,34 (-0,2/2,2)	8,0 (5,0/11,0)
Feminino	38 (59,4)	0,65 (-0,4/1,8)	12,5 (7,0/16,0)*
<b>Idade (anos)</b>			
8	14 (21,9)	1,55 (-0,5/2,1)	8,5 (7,0/14,0)
9	22 (34,4)	0,70 (-0,3/2,0)	11,5 (9,0/19,0)
10	18 (28,1)	0,89 (-0,5/2,3)	11,5 (5,0/13,0)
11	10 (15,6)	1,11 (0,3/1,3)	8,0 (6,0/11,0)

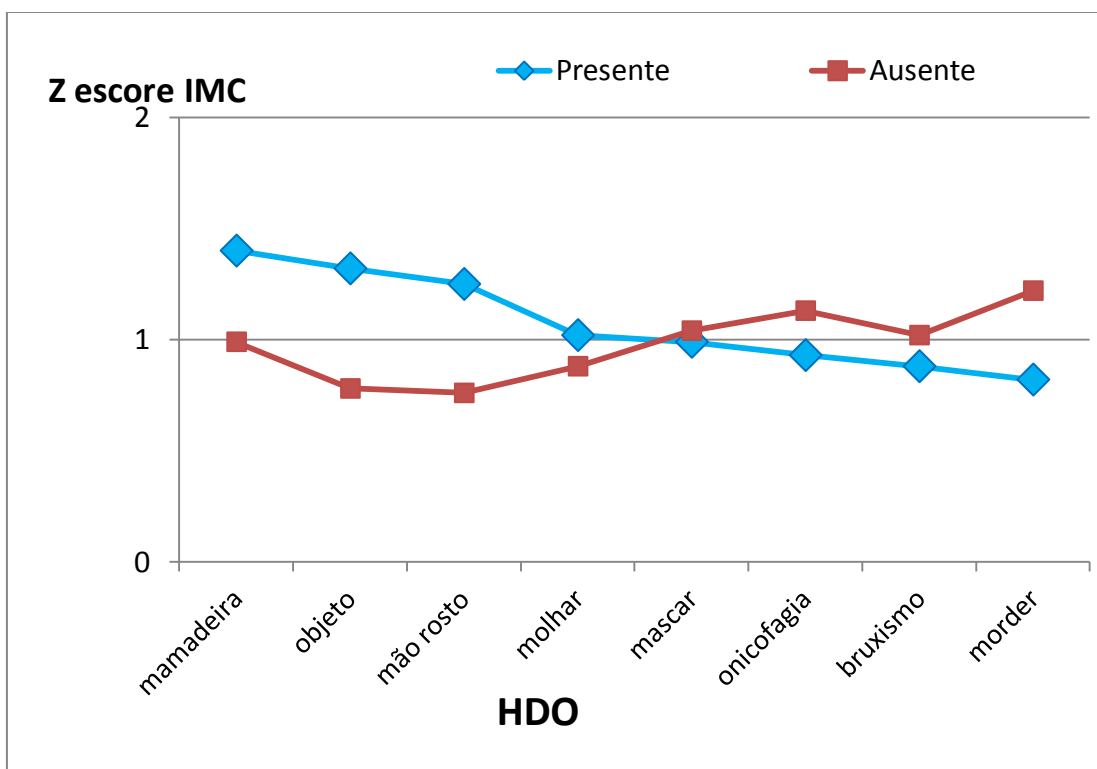
N= frequência;md=mediana;OQPS= “o que penso e sinto”; \* teste de Wilcoxon, p=0,004.

Dentre os hábitos deletérios orais observa-se que estavam presentes em mais de 50% dos escolares: onicofagia, molhar/sugar/morder os lábios, mascar chiclete/bala e colocar a mão no rosto, variando de 54,7 a 92,2%. A mediana do Z-score do IMC foi maior quando estavam presentes os hábitos de: usar mamadeira/chupeta, morder objetos, morder/molhar/sugar e colocar a mão no rosto, contudo, não houve diferença estatística significativa. A mediana da pontuação na escala OQPS foi maior na presença de cada um dos hábitos deletérios orais, com exceção do uso da mamadeira/chupeta no qual a pontuação manteve-se igual (tabela 2 e figura 1).

Ainda na tabela 2 observa-se que a presença do hábito de morder objetos e morder canto boca/língua/bochecha mostrou-se significativamente maior na mediana de pontuação na escala OQPS em relação à ausência do hábito (p<0,05). Nos hábitos de usar mamadeira/chupeta e mascar chicletes/bala as medianas de pontuação da escala OQPS foram menores quando o hábito estava presente, para todos os outros hábitos as medianas de pontuação foram maiores na presença do hábito, porém, sem diferença estatística significativa (figura 2).



**Figura 1** – Mediana da pontuação da escala de ansiedade em relação aos hábitos deletérios orais



**Figura 2** – Mediana do Z-escore do IMC em relação aos hábitos deletérios orais

OQPS = “O que penso e sinto”; HDO= hábitos deletérios orais

**Tabela 2-** Frequência, mediana do z-score do IMC e da pontuação da escala OQPS em relação aos hábitos orais deletérios.

Variáveis	N (%)	Z-score do IMC md (1°/3°q)	OQPS md (1°/3°q)
<b>Mamadeira/chupeta</b>			
Ausente	59 (92,2)	0,99 (-0,2/2,0)	9,0 (6,0/14,0)
Presente	5 (7,8)	1,40 (-0,8/2,2)	9,0 (8,0/11,0)
<b>Onicofagia</b>			
Ausente	26 (40,6)	1,13 (-0,5/2,0)	9,0 (7,0/13,0)
Presente	38 (59,4)	0,93 (-0,2/2,0)	10,5 (6,0/15,0)
<b>Bruxismo/apertar/bater dente</b>			
Ausente	43 (63,2)	1,02 (-0,1/2,0)	9,0 (5,0/14,0)
Presente	21 (32,8)	0,88 (-0,6/2,0)	12,0 (8,0/13,0)
<b>Morder objetos</b>			
Ausente	33 (51,6)	0,78 (-0,4/1,6)	9,0 (5,0/12,0)
Presente	31 (48,4)	1,32 (-0,2/2,2)	12,0 (7,0/17,0)*
<b>Molhar/sugar/morder lábio</b>			
Ausente	29 (45,3)	0,88 (-0,4/2,2)	9,0 (7,0/13,0)
Presente	35 (54,7)	1,02 (-0,2/2,0)	11,0 (6,0/15,0)
<b>Morder canto boca/língua/bochecha</b>			
Ausente	42 (65,1)	1,22 (-0,3/2,2)	8,0 (5,0/13,0)
Presente	22 (34,4)	0,82 (-0,2/1,6)	13,0 (9,0/15,0)**
<b>Mascar chicletes/bala</b>			
Ausente	5 (7,8)	1,04 (0,3/2,4)	8,0 (7,0/11,0)
Presente	59 (92,2)	0,99 (-0,3/2,0)	9,0 (6,0/14,0)
<b>Mão no rosto</b>			
Ausente	15 (23,4)	0,76 (-0,3/1,4)	8,0 (3,0/13,0)
Presente	49 (76,6)	1,25 (-0,2/2,1)	10,0 (7,0/14,0)

OQPS = “O que penso e sinto”;md= mediana; teste de Wilcoxon, p\*=0,052, p\*\*=0,047

A tabela 3 apresenta os resultados da relação entre as medianas de pontuação dos três diferentes tipos de ansiedade avaliados na escala OQPS e hábitos deletérios orais. A mediana da pontuação da ansiedade fisiológica

mostrou-se mais elevada quando estavam presentes os hábitos de: usar mamadeira/chupeta, bruxismo/apertar/bater dentes, morder objetos e morder canto boca/língua/bochecha, porém não houve diferença estatística significativa. Já as medianas de pontuação da hipersensibilidade mostraram-se maiores e estatisticamente significativas para a presença dos hábitos de morder objetos ( $p= 0,03$ ) e morder canto boca/ língua/bochecha (0,019).

**Tabela 3-** Relação entre as medianas de pontuação dos tipos de ansiedade avaliados na escala OQPS e hábitos deletérios orais.

Variáveis	Ansiedade		
	Fisiológica md (1°/3°q)	Hipersensibilidade md (1°/3°q)	Concentração md (1°/3°q)
<b>Mamadeira/chupeta</b>			
Ausente	3,0 (2,0/5,0)	6,0 (3,0/7,0)	1,0 (0,0/4,0)
Presente	6,0 (4,0/6,0)	4,0 (3,0/4,0)	1,0 (1,0/2,0)
<b>Onicofagia</b>			
Ausente	3,0 (2,0/5,0)	5,5 (4,0/6,0)	1,0 (0,0/2,0)
Presente	3,0 (2,0/6,0)	5,0 (3,0/7,0)	2,0 (1,0/4,0)
<b>Bruxismo/apertar/bater dente</b>			
Ausente	3,0 (2,0/6,0)	4,0(3,0/7,0)	1,0 (0,0/4,0)
Presente	4,0 (2,0/5,0)	6,0 (3,0/7,0)	2,0 (1,0/3,0)
<b>Morder objetos</b>			
Ausente	3,0 (2,0/4,0)	4,0 (3,0/6,0)	2,0 (0,0/2,0)
Presente	4,0 (2,0/6,0)	6,0 (3,0/8,0)*	2,0 (1,0/4,0)
<b>Molhar/sugar/morder lábio</b>			
Ausente	3,0 (2,0/5,0)	4,0 (3,0/6,0)	1,0 (1,0/3,0)
Presente	3,0 (2,0/6,0)	6,0 (3,0/7,0)	2,0 (0,0/4,0)
<b>Morder canto boca/língua/bochecha</b>			
Ausente	3,0 (2,0/5,0)	4,0 (3,0/6,0)	1,0 (0,0/3,0)
Presente	4,0 (2,0/6,0)	6,0 (5,0/8,0)*	2,0 (1,0/2,0)
<b>Mascar chicletes/bala</b>			
Ausente	2,0 (2,0/6,0)	4,0 (4,0/6,0)	1,0 (1,0/1,0)
Presente	3,0 (2,0/5,0)	5,0 (3,0/7,0)	1,0 (0,0/4,0)
<b>Mão no rosto</b>			

Ausente	3,0 (2,0/6,0)	4,0 (1,0/7,0)	1,0 (0,0/2,0)
Presente	3,0 (2,0/5,0)	6,0 (3,0/7,0)	2,0 (1,0/4,0)

Teste de Wilcoxon ,  $p^*=0,031$   $p^*=0,019$

Dos escolares avaliados, 32 (50%) eram eutróficos, 17 (26,6%) apresentavam sobrepeso e 15 (23,4%) eram obesos. Apenas 2 crianças apresentaram magreza. Não houve diferença na mediana de pontuação obtida pelos escolares em relação ao seu estado nutricional, embora os eutróficos tenham mostrado maior mediana para hipersensibilidade e concentração em relação a sobrepeso e obeso (tabela 4).

**Tabela 4** –Mediana de pontuação na escala das ansiedades fisiológica, hipersensibilidade, concentração e geral de acordo com o estado nutricional.

Estado Nutricional	Ansiedade			
	Fisiológica md (1°/3°q)	Hipersensibilidade md (1°/3°q)	Concentração md (1°/3°q)	Geral md (1°/3°q)
<b>Eutrófico</b>	3,0 (2,0/6,0)	6,0 (3,0/8,0)	1,5 (0,5/4,0)	9,0 (7,0/16,0)
<b>Sobrepeso</b>	4,0 (3,0/5,0)	4,0 (2,0/6,0)	1,0 (0,0/3,0)	11,0 (6,0/13,0)
<b>Obeso</b>	3,0 (1,0/5,0)	5,0 (3,0/6,0)	1,0 (1,0/4,0)	9,0 (5,0/14,0)

Md= mediana; Teste kruskal-Wallis  $p>0,05$

A tabela 5 apresenta de forma resumida as variáveis que tiveram diferença estatística significativa na mediana do OQPS para hipersensibilidade e ansiedade geral. Verifica-se que o sexo feminino apresenta maior pontuação que o masculino e que a presença do hábito de morder objetos, canto da boca/língua/bochecha resultou em maior hipersensibilidade e ansiedade geral em relação aos que não tem o hábito ( $p<0,05$ ).



**Tabela 5** – Variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa quando correlacionadas a hipersensibilidade e ansiedade geral

<b>Variável</b>	<b>Hipersensibilidade md (1°/3°)</b>	<b>Somatório Ansiedade md (1°/3°)</b>
<b>Sexo feminino</b>		12,5 (7,0/16,0)*
<b>Morder objetos</b>	6,0 (3,0/8,0)*	12,0 (7,0/17,0)*
<b>Morder canto boca/língua/bochecha</b>	6,0 (5,0/8,0)*	13,0 (9,0/15,0)*

Md= mediana; Teste Wilcoxon

## 5.6 DISCUSSÃO

A complexidade envolvida na presença de hábitos orais deletérios e principalmente relacionada com o excesso de peso e ansiedade em escolares motivou o presente estudo. Os resultados obtidos devem ser avaliados com relação às suas limitações, uma delas refere-se à habilidade dos escolares do ensino fundamental em responder a escala de ansiedade. Além disso, a escassez de estudos que abordem associação dos hábitos deletérios orais com a obesidade pode ser uma das limitações do presente estudo, pois a literatura vigente apresenta poucos dados que permitam uma discussão mais aprofundada do tema.

Com relação à avaliação do desvio nutricional, os resultados mostram que os meninos estão com o escore-Z do IMC mais desviados, em relação à referência, para a obesidade do que as meninas, porém sem diferença estatística, corroborando com estudo<sup>20</sup> que coletou informações antropométricas, sociodemográficas e comportamentos sedentários de 1.074 escolares de 6 a 10 anos de idade e também não observou diferença estatística entre os sexos. Porém, diferentes estudos<sup>20-23</sup> contemplando a mesma faixa etária encontraram predominância do excesso de peso entre escolares do sexo masculino.

Apesar de apresentarem maior escore-Z do IMC, os meninos mostraram-se menos ansiosos do que as meninas no que diz respeito ao somatório geral da ansiedade. A mesma constatação foi apontada em pesquisas epidemiológicas que têm, identificado que mulheres são significativamente mais vulneráveis a transtornos de ansiedade que homens – razão entre taxas de prevalência de duas mulheres para cada homem<sup>24-28</sup>. Tais diferenças se devem, hipoteticamente, ao efeito combinado de variáveis culturais relacionadas ao papel da mulher na sociedade com o de variáveis de risco hormonais e neurotróficos específicos da biologia feminina<sup>28-31</sup>, que provavelmente já inicia antes da idade adulta. Tal constatação pode estar associada ao fato de as meninas estarem submetidas a uma maior cobrança social, especialmente no que diz respeito a sua imagem corporal, uma vez que a sociedade entende que cabe as meninas apresentarem um corpo perfeito e as incentivam, principalmente através da mídia, a perseguir este ideal. No sexo feminino, com o aumento da idade, há a tendência em querer perder peso; inversamente, no sexo masculino, essa vontade diminui, prevalecendo o desejo de ganhar peso num porte atlético<sup>32</sup>.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>33</sup>, no ano de 2000, apontam que 24,9% dos domicílios tinham mulheres como suas responsáveis, esta maior responsabilização do sexo feminino em relação ao orçamento da casa contribui para o aumento do nível de estresse. Este aliado à ansiedade reflete-se em outras esferas do cotidiano da mulher, comprometendo sua qualidade de vida e acarretando o surgimento de um estilo de vida prejudicial, com maus hábitos alimentares, sedentarismo e aumento de peso corporal, entre outros<sup>34</sup>.

A menor mediana de pontuação na escala de ansiedade foi observada nos escolares com 11 anos de idade, ou seja, naqueles que encontravam-se na fase da adolescência inicial<sup>14</sup>. No entanto, não houve diferença entre as idades, uma vez que todos os escolares encontravam-se na mesma fase do ciclo vital e mostraram baixos índices de ansiedade. Resultado similar foi observado em um estudo<sup>35</sup> realizado com escolares em idades entre 14 e 16 anos, no qual 80,2% dos jovens pesquisados apresentaram ansiedade de grau

leve, entendida como manifestação de um processo motivacional adequado para esta fase da vida, o que não deve ser preocupante.

O hábito de mascar chiclete/bala foi um dos mais prevalentes entre os escolares. Corroborando com achados de Ranieri *et al*<sup>36</sup> quando avaliando grupo de crianças de mesma faixa etária da presente pesquisa. A onicofagia, presente em mais de 50% dos escolares avaliados, aparece como hábito mais frequente em inúmeras pesquisas<sup>36-38</sup>.

Sendo assim é interessante destacar que, com o amadurecimento do indivíduo e a retirada de hábitos de sucção, as crianças não substituem estes por outros, mas existe a possibilidade de associação com a onicofagia ou transferência para tal hábito<sup>39</sup>. O que poderia explicar a alta prevalência de tal hábito entre as crianças na faixa etária observada. Além disso, muitas vezes um hábito oral deletério desencadeia outro hábito, que, por sua vez, piora o primeiro, formando um círculo vicioso que deve ser interrompido o mais precocemente possível<sup>39</sup>.

Apesar de não ter havido diferença estatística significativa entre a mediana do Z-score do IMCe a presença de hábitos deletérios orais, esta se mostrou maior quando estavam presentes 50% dos hábitos avaliados nesta pesquisa. Não foram encontrados estudos que demonstrem relação direta entre hábitos deletérios orais e alterações de peso nas crianças. Porém, um estudo<sup>40</sup> que a participação de hábitos deletérios pode ter influência no respirador bucal, ou seja, o paciente não respira eficientemente pelo nariz, mantendo a boca aberta, dificultando, assim, a dinâmica alimentar. Ao mastigar e engolir muito rápido para poder, em seguida, respirar, acaba interferindo no processo mastigatório, levando a distúrbios alimentares nas quais as crianças deglutem quase sem mastigação, o que pode levar a obesidade<sup>40</sup>.

Ao relacionarmos a mediana da pontuação na escala OQPS com a presença de hábitos deletérios orais, observou-se mediana mais elevada na presença de cada um dos hábitos, com exceção apenas do hábito de usar mamadeira/chupeta. A exceção de tal hábito diverge do relatado por Monguilhot *et al*<sup>41</sup>, tais autores afirmam que o hábito de sucção além da época normal do reflexo de sucção pode ser em decorrência de problemas

psicológicos, ambientais, tais como falta de atenção, ciúme, necessidade de carinho, stress emocional, bem como distúrbio na alimentação (insuficiência ou rapidez), fazendo com que a criança reaja succionando como um autoconsolo.

As medianas da ansiedade considerada fisiológica e de hipersensibilidade foram maiores na presença dos hábitos de morder objetos e morder canto boca/ língua/bochecha, usar mamadeira/chupeta, bruxismo, apertar/bater os dentes, com diferença estatística somente para a hipersensibilidade. Sendo assim é importante ressaltar que uma pontuação alta na sub-escala de ansiedade fisiológica sugere simplesmente que os participantes têm certos tipos de respostas fisiológicas (falta de ar, irritação no estômago, sudorese) que são normalmente sentidas durante ansiedade. Porém, elevada pontuação na escala de hipersensibilidade sugere que o jovem internaliza muito da ansiedade e pode assim tornar-se sobrecarregado com a tentativa de aliviar a mesma<sup>18</sup>. A subescala da Hipersensibilidade avaliada na escala OQPS traz itens que dizem respeito a preocupações obsessivas sobre uma variedade de situações, a maioria dos quais são geralmente vagas e mal definidas, bem como medos sobre ser ferido ou ficar emocionalmente isolado<sup>18,19</sup>.

Ao focarmos no funcionamento fisiológico, sugere-se que os hábitos de morder objetos e morder canto boca/ língua/bochecha poderiam instaurar-se, por exemplo, por uma precoce introdução ao uso da colher, que deve ser iniciado apenas quando o reflexo de protusão da língua desaparecer, por volta do quinto mês de vida. Porém, a esse argumento poderíamos adicionar um outro, a saber: o do instrumento (colher) vir cancelar um estado “canibal”, de intenso movimento fusional da criança com a mãe, a qual é por ela “abocanhada” durante a amamentação<sup>42</sup>. Assim sendo, é possível inferir que as crianças podem estar apresentando tais hábitos devido a alguma fixação na fase oral canibalística, uma vez que, mostram tendência a um comportamento que retoma a satisfação e compensação da hipersensibilidade através de mecanismos utilizados naquela fase.

## 5.7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem concluir que o Z-score de IMC não está relacionado com a presença de hábitos deletérios orais e que a pontuação para ansiedade apresenta-se maior nas meninas e em ambos os sexos quando existe presença do hábito de morder objetos e/ou canto da boca/língua/bochecha. Ao mesmo tempo, não foi possível inferir que a ansiedade está diretamente relacionada com o estado nutricional, ou com a presença de hábitos deletérios orais. A escassez de pesquisas sobre essa temática, por um lado se mostra uma limitação na discussão dos resultados, por outro demonstra a necessidade de desenvolver mais estudos que busquem interligar os processos fisiológicos e psíquicos no surgimento e implantação de hábitos viciosos em crianças.

## 5.8 REFERÊNCIAS

1. Andrade LHS, GORESTEIN C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 25: 285-290,1998.
2. Lewis A. Problems Presented by the Ambiguous Word "Anxiety" as Used in Psychopathology. In: *The Later Papers of Sir Aubrey Lewis*. Oxford University Press, 1979.
3. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1110-9.
4. Andrade L, Gentil FV, Laurenti R, Lolio C. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 37: 316–325. 2002.
5. Stallard P. *Ansiedade: terapia cognitivo comportamental para crianças e jovens*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

6. Moresca CA, Feres NA. Hábitos viciosos bucais. In: PETRELLI, E. Ortodontia para Fonoaudiologia. Curitiba, PR. 1994, Lovise Editora.
7. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Pequena coleção das obras de Freud; Trad PD Corrêa., Rio de Janeiro: Imago. 2, 1973.
8. Escobar M. Fases do desenvolvimento infantil segundo Freud e Piaget. Trabalhos feitos.com. 04: 2012.
9. Fernandes IT, Gallo PR, Advíncula AO. Avaliação antropométrica de pré-escolares do município de Mogiguaçu, São Paulo: subsídio para a políticas públicas de saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (2) abr./jun., 2006.
10. Santos VE. A prática de hábitos saudáveis na escola: atividade física, alimentação e controle de peso corporal infantil. Monografia (graduação)— Universidade de Brasília, Faculdade de Educação Física, Educação a Distância, Programa Pró-Licenciatura, 2013.
11. Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood Obesity. Lancet 375: 1737-48, 2010.
12. Porto AC. Frequência de consumo de *fast food* crianças de uma escola pública e uma escola privada do Município de Nova Iguaçu no Rio de Janeiro e sua influência no perfil nutricional. Acta Pediatria Port. 44(6): 301-5, 2013.
13. OMS, 2007. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php#conteudocurvascrescoms>
14. Fisberg M. Obesity in children and adolescents: Working Group Report of the Second World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 39:678-87, 2004.
15. Rodrigues PTS, Souza AC, Di Ninno CQMS. Ocorrência de hábitos orais deletérios em adolescentes do ensino médio. Revista CEFAC, São Paulo, 6(4): 376-81 out-dez, 2004.
16. Gorayeb MAM, Gorayeb R. “O que Penso e Sinto”- Adaptação da Revised Children’s Manifest Anxiety Scale (RCMAS) para o português. Temas em Psicologia. 16 (1): 35-45, 2008

17. Marfell-Jones M. *et al.* *International standards for anthropometric assessment*. Potchefstroom. South África: ISAK; 2006.
18. Reynolds CR, Richmond BO. What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 6: 271-280, 1978.
19. Reynolds CR, Richmond BO. Escala de Ansiedade Infantil Manifesta Revisada. RCMAS Manual. Los Angeles: Western Serviços Psicológicos, (1985).
20. Santos MG dos *et al.* Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 90, n. 4, p. 301-308, abr. 2008.
21. Mota VPE, Teixeira CG de O, Silva FM da. Excesso de peso, nível de atividade física e hábitos alimentares em escolares da cidade de Anápolis-GO. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte* [serial on the Internet]. 2013 June.
22. Silva GA, Balaban G, Motta MEF. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, n. 1, p. 53- 59, jan. 2005.
23. Carnevalli DB, Nozaki VT, Araújo APS de. Avaliação do estado nutricional de crianças respiradoras orais – sua relação com a obesidade. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 2, n. 2, p. 185-193, mai./ago. 2009.
24. Kessler RC. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
25. Kessler RC, Chiu W T, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627 (2005).
26. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na Mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 43-54(2006).

27. Miranda C A, Tarasconi CV, Scortegagna AS. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Avaliação Psicológica*, 7, 249-257(2008).
28. Seedat S, et al. Cross-National Associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66, 785-95 (2009).
29. Carvalho HW. de, Andreoli SB, Jorge MR. Saúde geral: evidências de diferenças relacionadas ao sexo. *Aval. psicol.* 2011.
30. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10: 173-7, 2001.
31. Monteggia LM, Luikart B, Barrot M, Theobald D, Malkovska I, Nef S, Parada LF, Nestler EJ. Brain-Derived Neurotrophic Factor Conditional Knockouts Show Gender Differences in Depression-Related Behaviors. *Biological Psychiatry*, 61, 187-197. (2007)
32. Vilela JEM, Lamounier JA. Avaliação do comportamento alimentar em crianças e adolescentes de Belo Horizonte. *Psiquiatria Biológica* 9: 121-130 2001.
33. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfildamulher/>.
34. Rocha C, Costa E. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Anál. Psicológica*, Lisboa, v. 30, n. 4, out. 2012.
35. Jatobá JDV, Bastos O. Depression and anxiety in adolescents from public and private schools. *J Bras Psiquiatr*, 56 (3): 171-179 2007.
36. Ranieri, et al. Avaliação da presença de disfunção temporomandibular em crianças. *Revista RGO*, Porto Alegre, jul./set 55(3): 229-237; 2007.
37. Gonçalves LP, Toledo OA, Otero AS. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. *Dental Press J. Orthod*, Mar./Apr. 2010; 15(2): 97-104.



38. Gonella S, Almeida ME, Piovesan C, Adrade AC, Silveira C, Bonini GC. Prevalência de hábitos bucais deletérios em escolares da rede estadual Boa Vista- PR. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*, 8 (2); 2012.
39. Cavalcanti AL, Bezerra PKM, Moura C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. *Ver Salud Publica (Bogota)*. 9: 194-204; 2007.
40. Carnevalli DB, Nozaki VT, Araújo APS de. Avaliação do estado nutricional de crianças respiradoras orais – sua relação com a obesidade. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 2, n. 2, p. 185-193, mai./ago. 2009.
41. Monguilhot LMJ, Frazzon JS, Cherem VBR. Hábitos de Sucção: como e quando tratar na ótica da Ortodontia x Fonoaudiologia Dental Press *Ortodon Ortop Facial*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 95-104, jan./fev. 2003.
42. Delgado, SE, Halpein R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pro-Fono R. Atual. Cient.*, Barueri (SP), v. 17, n. 2, p. 141-152, maio-ago. 2005.

## 6 DISCUSSÃO

A importante prevalência de excesso de peso corporal na infância, além da complexidade de entendimento e tratamento do mesmo, faz com que novas pesquisas sejam realizadas na procura de esclarecimento de todos os possíveis fatores que podem estar associados a ele, sendo abordados especialmente neste trabalho os hábitos deletérios orais e a ansiedade.

No presente estudo foi possível observar uma prevalência de excesso de peso corporal com percentual bastante elevado quando comparado a estudos desenvolvidos com crianças da mesma faixa etária (SILVA, 2007; TRICHES, 2007). Porém, esta mesma prevalência mostrou-se similar à encontrada em estudos realizados com crianças de escolas da rede pública e privada de cidades do Brasil (BRASIL 2007; SIMON 2009).

Em relação aos hábitos deletérios orais, embora sem diferença estatística, todos os escolares que tinham pelo menos um hábito, apresentaram maior percentual de excesso de peso. Além disso, na verificação da associação entre o excesso de peso corporal e cada um dos hábitos, pode-se constatar também que todos os escolares nos quais os hábitos estavam presentes apresentaram risco maior de excesso de peso, porém sem correlação estatística. Neste sentido, pesquisa que avaliou o estado nutricional de crianças respiradoras orais relacionando-o com a obesidade mostrou que a participação de hábitos deletérios (mamadeiras, chupetas e sucção digital) pode ter influência no respirador bucal (CARNEVALLI, 2009). Carvalho (2003) refere que o paciente que não respira eficientemente pelo nariz, mantém a boca aberta, dificultando, assim, a dinâmica alimentar. Portanto, mastigam e engolem muito rápido para poder, em seguida, respirar. Tal comportamento alimentar decorrente da condição respiratória interfere no processo mastigatório, levando a desordens alimentares que podem levar as crianças a deglutir quase sem mastigação, gerando a obesidade.

Em investigação de alguns transtornos de alimentação infantil, incluindo a obesidade foi observado que esta estava associada com alterações fonoaudiológicas como a fala e a linguagem nas crianças (FERRIOLI, 2010). O

mesmo estudo salientou ainda que as pesquisas em Fonoaudiologia ligadas aos transtornos alimentares têm se voltado, em especial, para os quadros de disfagias, não abrangendo, no entanto, estudos que correlacionem aspectos de fala e outros transtornos ligados à alimentação, de grande importância no momento atual.

Os resultados mostram que os meninos estão mais desviados para o excesso de peso e também apresentarem maior escore-Z do IMC quando comparados às meninas, porém sem diferença estatística. Apesar disto, os meninos mostraram-se menos ansiosos do que as meninas no que diz respeito ao somatório geral na escala de aferição da ansiedade. A mesma constatação foi apontada em pesquisas epidemiológicas que têm identificado que mulheres são significativamente mais vulneráveis a transtornos de ansiedade que homens – razão entre taxas de prevalência de duas mulheres para cada homem (MOTA, 2013; CARNEVALLI, 2009; KESSLER, 2005). Tal constatação pode estar associada ao fato de as meninas estarem submetidas a uma maior cobrança social, especialmente no que diz respeito a sua imagem corporal, uma vez que a sociedade entende que cabe as meninas apresentarem um corpo perfeito e as incentivam, principalmente através da mídia, a perseguir este ideal. No sexo feminino, com o aumento da idade, há a tendência em querer perder peso; inversamente, no sexo masculino, essa vontade diminui, prevalecendo o desejo de ganhar peso num porte atlético (VILELA, 2001).

Da mesma maneira, ao relacionarmos a presença de hábitos deletérios orais com a mediana da pontuação na escala OQPS, observou-se mediana mais elevada na presença de cada um dos hábitos, com exceção apenas do hábito de usar mamadeira/chupeta. Tal exceção nos chama atenção, uma vez que o hábito de sucção além da época normal possivelmente ocorra devido a dificuldades de natureza psicológica ou ainda relacionados ao meio no qual a criança está inserida, falta de atenção, ciúme, necessidade de carinho, stress emocional, bem como distúrbios na alimentação (insuficiência ou rapidez), fazendo com que a criança reaja succionando como um autoconsolo (MONGUILHOT, 2003).

A mediana da ansiedade de hipersensibilidade foi maior na presença dos hábitos de morder objetos e morder canto boca/língua/bochecha. Abordando um entendimento psicanalítico da implantação dos hábitos deletérios orais, neste caso, especificamente os de mordida, quando mantidos além dos 3 anos de idade podem estar ligados a um desejo de ser gratificado como quando na fase oral canibalística, na qual o maior foco de prazer estava em mastigar e devorar, principalmente no período do aparecimento dos dentes. Neste sentido, vale ressaltar a importância de se analisar os processos fisiológicos e os processos psíquicos como paralelos, concomitantes e dependentes reciprocamente uns aos outros. Ou seja, a partir de suas mútuas influências (CUNHA, 2006).

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados da avaliação em escolares da influência da presença de hábitos deletérios orais sobre o excesso de peso corporal e sua possível relação com a ansiedade permitem concluir que a presença de hábitos deletérios orais e de excesso de peso são prevalentes na faixa etária dos 8 aos 12 anos de idade em ambos os sexos e que os meninos são menos ansiosos do que as meninas. Ao mesmo tempo, não foi possível observar associação entre excesso de peso corporal e a presença de hábitos deletérios orais, nem mesmo inferir que a ansiedade está diretamente relacionada com o estado nutricional ou com a presença de hábitos deletérios orais.

Sugere-se que futuras pesquisas sejam realizadas no intuito de aprofundar e enriquecer os conhecimentos obtidos através deste estudo.

## 8 REFERÊNCIAS GERAIS

ABREU, A.R. Influência dos aspectos psicológicos no desenvolvimento da obesidade mórbida. **Monografia em Psicologia Hospitalar do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP**. São Paulo, 1998.

ALMEIDA, F.L.; SILVA, A.M.T.;SERPA,E.O. Relação entre má oclusão e hábitos em respiradores orais. **Revista Cefac**. 11: 86-93; 2009.

AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1981.

ANDRADE, L.; GENTIL, F. V.; LAURENTI, R.; LOLIO, C. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social PsychiatryandPsychiatricEpidemiology**.37: 316–325. 2002.

ANDRADE, L. H. S. G.;VIANA, M. C.;SILVEIRA,C. M. Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na Mulher.**Revista de Psiquiatria Clínica**, 33, 43-54; 2006.

Associação brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade** 2009/2010. 3ª ed. Itapevi: SP: AC Farmacêutica, 2009.

AZEVEDO, B. S.; SPADOTT, C. O Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. **Temas em Psicologia da SBP**. 12(2): 127-144, 2004.

BARRÊTTO, E. P. R.;FARIA, M. M. G.; CASTRO, P. R. S. Hábitos Buciais de Sucção Não-nutritiva, Dedo e Chupeta: Abordagem Multidisciplinar. **JBP–Jornal Brasileiro de Odontopediatria**. Odontol.Bebê, Curitiba.6 (29): 42-48, 2003.

BARLOW, D. H. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd Ed.). New York: **Guilford Press**, 2002.

BERVIAN, J.; FONTANA, M.; CAUS, B. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais - revisão de literatura. **RFO**. 13(2): 76-81, maio/agosto 2008.

BRASIL, L. P.; FISBERG, M.; MARANHÃO, H. S. Excesso de peso de escolares em região do Nordeste Brasileiro: contraste entre as redes de ensino pública e privada. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [serial on the Internet]. 2007.

BRUNELI, B. L.; MELO, J. M.; PACHECO, M. C. T. Hábitos Bucais Indesejáveis: diagnóstico e tratamento, UFES. **Rev. Odontol** .1(1): 20-26, 1998.

CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. Em Fisberg (Org.): **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK: 71-79, 1995.

CARVALHO, G. D. S. O. S. Respirador Bucal, uma visão funcional e clínica da amamentação. São Paulo, SP: **Lovise**; 2003.,

CARVALHO, H. W. de.; ANDREOLI, S. B.; JORGE, M. R. **Saúde geral: evidências de diferenças relacionadas ao sexo**. Aval. psicol. 2011.

CARNEVALLI, D. B. Avaliação do estado nutricional de crianças respiradoras orais – sua relação com a obesidade. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 185-193, mai./ago. 2009.

CATANEO C.; *et al.* Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, Locus de controle e ansiedade. **Psicologia; Reflexão e crítica**. 18 (1), 2005.

CAVALCANTI, A. L.; BEZERRA, P. K. M.; MOURA, C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e más-oclusões em pré-escolares brasileiros. **RevSalud Pública (Bogota)**. 9: 194-204; 2007.

CAVASSANI, V. G. S.; *et al.* Hábitos orais de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. 69(1): 106-10, jan/fev, 2003.

COSTA, C. O. M.; SOUZA, R. P. **Adolescência aspectos clínicos e psicossociais**. Porto Alegre: Artmed: 464p, 2002.

CRATO, A. N.; OLIVEIRA, D. V. Hábitos Oraís Deletérios e Relação com Aspectos Comportamentais e Psicológicos de Crianças de Creches Públicas de Belo Horizonte. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, Belo Horizonte** – 12 a 15 de setembro de 2004.

CUNHA, M. C.; PALLADINO, R.; SOUZA, L. P. Problemas de linguagem e alimentares em crianças: co-ocorrências ou coincidências?. **Pró-Fono R. Atual. Cient.** 2007.

DAMIANI, D.; DAMIANI, D.; OLIVEIRA, R. G. Obesidade – fatores genéticos ou ambientais. **Pediatria Moderna**. 38: 57-80, 2002.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev. bras. epidemiol.** [periódico na Internet]. 2010.

ESCOBAR, M. Fases do desenvolvimento infantil segundo Freud e Piaget. **Trabalhos feitos.com**. 04: 2012.

FARIAS, A. V.M.; VASCONCELOS, M. C. R.; FONTES, L. B. C.; BENEVIDES, S. D. Repercussões das estratégias de retirada dos hábitos orais deletérios de sucção nas crianças do programa de saúde da família em Olinda – PE. **Rev. CEFAC**, São Paulo: 2010.

FERRIOLLI, B. H. V. M. Associação entre as alterações de alimentação Infantil e distúrbios de fala e linguagem. **Rev. CEFAC**, São Paulo: 2010.

FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência. In M. Fisberg (Org.), Obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Fundo Editorial BYK: pp. 9-13, 1995.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Pequena coleção das obras de Freud**; Trad. PD Corrêa., Rio de Janeiro: Imago. 2, 1973.

GIUGLIANO, R.; MELO, A. L. P. Diagnóstico de sobrepeso e obesidade em escolares: utilização do índice de massa corporal segundo padrão internacional. **Jornal de Pediatria**. 80(2), 2004.



GOES, M. P. S.; *et al* . Persistência de hábitos de sucção não nutritiva: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife , v. 13, n. 3, Sept. 2013 .

GONÇALVES, L.P.; TOLEDO, O. A.; OTERO, A. S. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. **Dental Press J. Orthod**, Mar./Apr.; 15(2): 97-104; 2010.

GONELLA, S.; ALMEIDA, M. E.; PIOVESAN, C.; ADRADE, A. C.; SILVEIRA, C.; BONINI, G. C. Prevalência de hábitos bucais deletérios em escolares da rede estadual Boa Vista- PR. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, 8 (2); 2012.

HOEKSEMA N.S. Gender differences in depression. **Current Directions in Psychological Science**.10, 173-76; 2001.

JATOBÁ, J. D. V. BASTOS, O. Depression and anxiety in adolescents from public and private schools. **J Bras Psiquiatria**, 56 (3): 171-179, 2007.

KAPLAN, H. I.; KAPLAN, H. S. The Psychosomatic concept of obesity. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 1957.

KESSLER, R. C., CHIU, W. T., DEMLER, O.; WALTERS, E. E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of General Psychiatry**. 62, 617-627; 2005.

LOCKS, A.; *et al*. Aspectos Psicológicos do hábito de sucção não-nutritiva. **Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial**, São Paulo v.6, n.36. nov./dez, 2001.

LUIZ, A. M. A. G.; *et al*. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. **Estud. psicol.(Natal)**, Natal. v. 10, n. 3, Dec.2012.

MARFELL-JONES, M.; *et al*. International standards for anthropometric assessment. **Potchefstroom**. South África: ISAK; 2006.

MEDEIROS, C.G.M. Hábitos bucais nocivos: a importância da conscientização em relação às ações preventivas. **Pró- fono**. SP, 1997.

MIRANDA, C. A., TARASCONI, C. V.; SCORTEGAGNA, A. S. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação Psicológica**. 7: 249-257; 2008.

MONGUILHOT, L. M. J. Dental Press Ortodon Ortop Facial. **Maringá**. v. 8 (1): 95-104, jan./fev. 2003.

MORAIS, M.; CAMPOS, S. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. 2005.

MOTA, V. P.; TEIXEIRA, C. O.; SILVA, F. M. Excesso de peso, nível de atividade física e hábitos alimentares em escolares da cidade de Anápolis-GO. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, 2013.

MONTEGGIA L. M., *et. al.* Brain-Derived Neurotrophic Factor Conditional Knockouts Show Gender Differences in Depression- Related Behaviors. **Biological Psychiatry**. 61: 187-197; 2007.

NETO, A. C.; GARVER, J. C.; FURTADO, N. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Ed. PUCRS: Porto Alegre, 2003.

PICINELLI, M.; WILKINGSON, G. Gender differences in depression. **The British Journal of Psychiatry**. 177: 486-92; 2000.

POLANCZYK, G. V.; LAMBERTE, M. T. M. R. **Psiquiatria da infância e adolescência**. 1ª ed. Barueri: Manole; 2012.

RANIERI.; *et al.* Avaliação da presença de disfunção temporomandibular em crianças. **Revista RGO**, Porto Alegre, jul./set.; 55(3): 229-237; 2007.

RODRIGUES, J. A.; BOLINI, P. D. A, MINARELLI-GASPARAM. Hábitos de sucção e suas interferências no crescimento e desenvolvimento craniofacial da criança. **Odontologia. Clín.- Científ Recife**. 5(4): 257-260, out/dez., 2006.

RODRIGUES, P. T. S.; SOUZA, A. C.; DI NINNO, C. Q. M. S. Ocorrência de hábitos orais deletérios em adolescentes do ensino médio. **Revista CEFAC**, São Paulo, 6(4): 376-81, out-dez, 2004.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

SANTOS, M. G.; et al. Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 90 (4): 301-308, abr., 2008.

SCHWARTZ, M. B.; PUHL, R. Childhood obesity: a societal problem to solve. **Obesity Reviews**.4: 57-7, 2003.

SEEDAT, S., et al. Cross-National Associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **Archives of General Psychiatry**. 66: 785-95, 2009.

SILVA, G. A.; BALABAN, G.; MOTTA, M. E. F. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5(1): 53- 59, jan. 2005.

SILVA, E. L. Hábitos bucais deletérios. **Rev. Para. Med.**[online]. 20(2): 47-50. 2006.

SILVA, K. S.; LOPES, A. S.; PELEGRINI, A. Associação entre fatores econômicos, familiares e o excesso de peso em escolares de Florianópolis, SC. **Nutrire**. 2007; 32(3);27-39.

SIQUEIRA, A. T. Aleitamento Materno – Influência no desenvolvimento miofuncional oral. **Monografia de conclusão do curso de Especialização em Motricidade Oral** - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica e Motricidade Oral (CEFAC) - Fonoaudiologia Hospitalar. SP, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. Obesidade na infância e adolescência – **Manual de Orientação**, 2008.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. **Rev Nutr**. 20(2): 119-28 2007.

VILELA, J.E.M.; LAMOUNIER, J.A.; OLIVEIRA, R.G. Avaliação do comportamento alimentar em crianças e adolescentes de Belo Horizonte. **Psiquiatria Biológica**.9:121-130, 2001.

ZIMERMAN, D. E. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**. Artmed: 2008.

## ANEXO I- PROTOCOLO DE PESQUISA

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Feminino  Masculino

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Amamentação:**

<b>Peito:</b>	( ) Não	( ) Sim – Até quando? -
<b>Mamadeira:</b>	( ) Não	( ) Sim – Até quando? -

### **Dificuldades em introduzir na alimentação:**

<b>Copo:</b>	( ) Não	( ) Sim – Até quando? -
<b>Sabores:</b>	( ) Não	( ) Sim – Até quando? -
<b>Consistências:</b>	( ) Não	( ) Sim – Até quando? -

### **Alimentação atual:**

<b>Frutas:</b>	( ) Não	( ) Às vezes	( ) Sim	Quais: _____
<b>Verduras:</b>	( ) Não	( ) Às vezes	( ) Sim	Quais: _____
<b>Legumes:</b>	( ) Não	( ) Às vezes	( ) Sim	Quais: _____
<b>Cereais:</b>	( ) Não	( ) Às vezes	( ) Sim	Quais: _____
<b>Grãos:</b>	( ) Não	( ) Às vezes	( ) Sim	Quais: _____
<b>Carnes:</b>	( ) Não	( ) Às vezes	( ) Sim	Quais: _____
<b>Leite e derivados:</b>	( ) Não	( ) Às vezes	( ) Sim	Quais: _____
<b>Açúcares:</b>	( ) Não	( ) Às vezes	( ) Sim	Quais: _____

### **Ingestão predominante de alimentos:**

( ) Líquidos	( ) Pastosos	( ) Sólidos
--------------	--------------	-------------

**Onde realiza as refeições:**

<b>Sem outra atividade:</b>	( ) à mesa	( ) no sofá	( ) no chão	( ) na cama
<b>Lendo:</b>	( ) à mesa	( ) no sofá	( ) no chão	( ) na cama
<b>Assistindo TV:</b>	( ) à mesa	( ) no sofá	( ) no chão	( ) na cama
<b>Fazendo lição de aula:</b>	( ) à mesa	( ) no sofá	( ) no chão	( ) na cama
<b>Ao computador:</b>	( ) à mesa	( ) no sofá	( ) no chão	( ) na cama
<b>Ouvindo música:</b>	( ) à mesa	( ) no sofá	( ) no chão	( ) na cama

***Acriança atualmente tem o hábito de:***

<b>Usar chupeta</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Usar mamadeira</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Roer unhas (onicofagia)</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Ranger os dentes (bruxismo)</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Apertar os dentes</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Bater os dentes</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Morder objetos (canetas, palito, etc)</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Morder os lábios</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Molhar os lábios</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Morder os cantos da boca</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Morder a língua</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Morder as bochechas</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Sugar os lábios</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Mascar chicletes</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Mastigar balas</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Apoiar a mão no queixo</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre
<b>Dormir com a mão sobre o rosto</b>	( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Quase sempre	( ) Sempre

Outros: \_\_\_\_\_

Há algum motivo para os hábitos?

\_\_\_\_\_

## ANEXO II- REVISED CHILDREN'S MANIFEST ANXIETY SCALE (RCMAS)

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### “O QUE PENSO E SINTO”

- 01 - Eu acho difícil tomar decisões .....( ) Sim ( ) Não
- 02 - Eu fico nervoso quando as coisas não dão certo para mim .....( ) Sim ( ) Não
- 03 - Parece que os outros fazem as coisas com mais facilidade que eu ..... ( ) Sim ( ) Não
- 04 - Eu gosto de todo mundo que conheço ..... ( ) Sim ( ) Não
- 05 - Muitas vezes tenho falta de ar ..... ( ) Sim ( ) Não
- 06 - Eu fico preocupado a maior parte do tempo ..... ( ) Sim ( ) Não
- 07 - Eu tenho medo de muitas coisas ..... ( ) Sim ( ) Não
- 08 - Eu sou sempre legal ..... ( ) Sim ( ) Não
- 09 - Fico bravo por qualquer coisa ..... ( ) Sim ( ) Não
- 10 - Fico preocupado com o que meus pais vão dizer para mim ..... ( ) Sim ( ) Não
- 11 - Sinto que os outros não gostam do jeito que eu faço as coisas ..... ( ) Sim ( ) Não
- 12 - Sou sempre bem educado ..... ( ) Sim ( ) Não
- 13 - É difícil para mim ir para a cama à noite..... ( ) Sim ( ) Não
- 14 - Eu me preocupo com o que os outros pensam de mim .....( ) Sim ( ) Não
- 15 - Eu me sinto sozinho mesmo quando há pessoas comigo ..... ( ) Sim ( ) Não
- 16 - Sou sempre bom ..... ( ) Sim ( ) Não
- 17 - Muitas vezes, sinto problemas no estômago ..... ( ) Sim ( ) Não
- 18 - Fico triste com qualquer coisa ..... ( ) Sim ( ) Não
- 19 - Minhas mãos ficam suadas ..... ( ) Sim ( ) Não
- 20 - Sou legal com todo mundo ..... ( ) Sim ( ) Não
- 21 - Estou bastante cansado ..... ( ) Sim ( ) Não
- 22 - Eu me preocupo com o que vai acontecer ..... ( ) Sim ( ) Não
- 23 - As outras crianças são mais felizes que eu .....( ) Sim ( ) Não

- 24 - Sempre falo a verdade .....( ) Sim ( )Não
- 25 - Tenho sonhos ruins ..... ( ) Sim ( )Não
- 26 - Fico triste quando estou com problemas ..... ( ) Sim ( )Não
- 27 - Sinto que alguém vai dizer que faço as coisas do jeito errado ..... ( ) Sim( )Não
- 28 - Nunca fico bravo ..... ( )Sim ( )Não
- 29 - Algumas vezes acordo assustado ..... ( ) Sim ( )Não
- 30 - Eu me preocupo quando vou para a cama à noite ..... ( ) Sim ( )Não
- 31 - É difícil para mim prestar atenção no trabalho da escola ..... ( ) Sim ( )Não
- 32 - Nunca digo coisas que não deveria ..... ( )Sim ( )Não
- 33 - Eu me mexo bastante na carteira ..... ( )Sim ( )Não
- 34 - Sou nervoso ..... ( )Sim ( )Não
- 35 - Muitas pessoas estão contra mim ..... ( ) Sim ( )Não
- 36 - Nunca minto ..... ( ) Sim ( )Não
- 37 - Em geral, acho que alguma coisa ruim vai acontecer para mim.....( )Sim( )Não

“What I Think and Feel (RCMAS)” copyright 1985 by Western Psychological Services. Translated and reprinted by Maria Angela M. Gorayeb for specific research use by permission of the publisher, Western Psychological Services, 12031 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025-1251, U.S.A. All rights reserved. No additional reproduction may be made, whether in whole or in part, without the prior, written authorization of Western Psychological Services. “What I Think and Feel (RCMAS)” marcaregistrada ,por Western Psychological Services.



# APÊNDICE I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Projeto: “HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS EM CRIANÇAS OBESAS E EUTRÓFICAS E SUA  
RELAÇÃO COM A ANSIEDADE”**

Pesquisadora: Amanda Alves Dellazzana

Orientadora: Lérís Salete BonfatiHaeffner

Local da Pesquisa: Escolas Municipais de Santa Maria - RS.

Participantes: Escolares com idades entre 8 e 12 anos matriculados em Escolas Municipais de Santa Maria - RS.

## **I. Objetivo da pesquisa:**

O projeto intitulado “HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS EM CRIANÇAS OBESAS E EUTRÓFICAS E SUA RELAÇÃO COM A ANSIEDADE” tem por objetivo avaliar os hábitos deletérios orais (hábitos de chupar o dedo, ponta do lápis, roer unhas, etc.) em crianças de oito a doze anos de idade e sua relação com a ansiedade.

## **II. Procedimentos a serem utilizados:**

A pesquisa será realizada por meio de avaliações de peso e altura e dois questionários, o primeiro para os pais/responsáveis com perguntas sobre tempo do aleitamento materno e alimentação complementar, hábitos das crianças, dentre outras. No segundo questionário as crianças responderão a perguntas sobre o que sentem e o pensam diante de diferentes situações. As avaliações não trazem nenhuma dor ou desconforto às crianças.

## **III. Garantia de respostas a qualquer pergunta e liberdade de abandonar a pesquisa:**

Somente participarão da pesquisa as crianças cujos pais e/ou responsáveis aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As crianças e os pais têm o direito de abandonar o estudo a qualquer momento, caso arrependam-se, sintam-se constrangidos e ou desconfortáveis com a pesquisa. Será garantido aos pais e/ou responsáveis que aceitarem participar da pesquisa total sigilo e confidencialidade sobre sua identidade, bem como de seus filhos.

**IV.** Não haverá nenhuma compensação financeira adicional aos participantes da pesquisa, como também não haverá despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Recebi informações dos procedimentos a serem utilizados e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar. A pesquisadora Amanda Alves Dellazzana certificou-me que os dados de identidade da pesquisa serão confidenciais, e que terei toda a liberdade de retirar meu consentimento da participação na pesquisa, em face destas informações. Caso surgirem dúvidas sobre este estudo, posso recorrer à responsável pela pesquisa, Dra. Lérís Salete BonfatiHaeffner para qualquer dúvida sobre meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, pelo contato (55) 32208387, Coordenação do setor de Pediatria da Universidade Federal de Santa Maria, RS.

Declaro que recebi a cópia do presente Termo de Consentimento

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

Amanda Alves Dellazzana

Nome do participante:Data: \_\_/\_\_/2013.