

ONICOFAGIA: uma visão fonoaudiológica

NAILBITING: a speech therapist's vision

*Isabel Senandes Machado**

■ RESUMO

Estudo teórico sobre a onicofagia, hábito oral comum em crianças, adolescentes e, com menor incidência, em adultos, enfatizando o aspecto funcional do hábito de roer unhas e suas implicações no sistema estomatognático. Mostra a importância do trabalho do fonoaudiólogo com pacientes que roem unhas, por ser o profissional que atua diretamente com as funções estomatognáticas.

A literatura consultada e a vivência clínica sugerem que a abordagem terapêutica dos hábitos parafuncionais orais deva ser multidisciplinar e fundamentalmente preventiva, cabendo ao fonoaudiólogo assumir, cada vez mais, seu papel de agente ativo no tratamento dos casos de onicofagia.

DESCRITORES: onicofagia; sistema estomatognático; hábito oral.

■ ABSTRACT

Theoretical studies over the nailbiting, habit very common between children and teenagers, emphasizing the functional aspect of the habit of biting nails and its implications on the stomatognathic system.

This study shows the importance of the speech therapist's work concerning patients who bite their nails. Because the speech therapist is the professional who works directly with the stomatognathic functions.

The consulted literature and the clinic experience, suggest that the therapeutic approach of the parafunctional oral habits, between them the nail biting must be multidisciplinary and of fundamentally prevention.

It is up to the speech therapist to assume more and more his/her role as an active agent in the treatment of nail biting cases.

KEYWORDS: nailbiting; stomatognathic system; oral habit.

* Fonoaudióloga clínica formada pela Universidade Federal de Santa Maria – RS; especialista em Motricidade Oral pelo CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (2000).

Agradecimento: à Profa. Dra. Mirian Goldenberg pela orientação neste trabalho.

■ INTRODUÇÃO

Definida como hábito bucal deletério pelos odontólogos, mau hábito oral pelos fonoaudiólogos, atividade parafuncional pelos fisiologistas, manipulação oral ou descarga motora relacionada a um estado tensional pelos médicos psiquiatras, a onicofagia é comum, entre crianças, adolescentes e significativamente também entre adultos (GRÜNSPUN, 1981; WESTLING, 1988; LEUNG & ROBSON, 1990).

De forma contrária à situação dos hábitos orais relacionados à sucção, que são considerados por diferentes autores como normais em uma determinada fase do desenvolvimento da criança, a onicofagia não é classificada em momento algum como uma atividade funcional do sistema estomatognático. A onicofagia caracteriza-se como um hábito principalmente ligado aos músculos mastigatórios, juntamente com o bruxismo, o apertamento dental e o morder lábios e bochechas (BIANCHINI, 1998; PADOVAN, 1996; CANONGIA, 1989).

Conforme DOUGLAS (1998), a onicofagia é uma parafunção, portanto sua prática deverá ser desencorajada desde o surgimento.

Atividades parafuncionais, entre elas a onicofagia, incluem-se nos distúrbios miofuncionais orais de competência diagnóstica e terapêutica do fonoaudiólogo.

A área da motricidade oral, que tem por objeto de estudo e atuação a funcionalidade do sistema estomatognático, tem importante papel a desempenhar na questão dos hábitos orais, sejam funcionais ou parafuncionais.

A prática fonoaudiológica específica em relação aos hábitos parafuncionais orais e as publicações neste campo de atuação têm evoluído de alguns anos para cá, embasados seguramente no desenvolvimento científico que vem ocorrendo na área da motricidade oral.

Dentre os hábitos parafuncionais orais, a onicofagia é o menos estudado. Para sedimentar os conhecimentos fonoaudiológicos sobre a onicofagia, busquei, na literatura, autores que discorressem sobre o tema. Diferentes visões sobre, por que e como se instala a onicofagia, as possíveis conseqüências desse hábito e as intervenções sugeridas por médicos, odontólogos e especialmente por fonoaudiólogos são apresentadas neste trabalho.

■ DISCUSSÃO

Na atividade parafuncional de roer unhas, as estruturas sensorialmente mais desenvolvidas do corpo humano, a boca e a ponta dos dedos, estão envolvidas.

CORIAT (1991) afirma que o reflexo mão-boca, presente em recém-nascidos e prematuros, é o precursor da existência de conexões sensorimotoras entre a mão e a boca.

LIMONGI (1987) descreve a manipulação que o bebê faz em sua própria boca com a mão e com a introdução de alimentos e objetos, obtendo dessa forma conhecimento do mundo.

A coordenação mão-boca, a partir do 6º mês, estará a serviço da função alimentar, adquirindo então máxima hierarquia como atividade ligada à sobrevivência (CORIAT, 1991). Nessa mesma época, menciona LINO (1990), estão surgindo os primeiros dentes decíduos, ocorrendo uma atenuação do impulso da sucção, sendo esta progressivamente substituída pela apreensão ou impulso de morder. A partir desse momento a dieta alimentar deverá ser mais sólida.

A necessidade de morder, assim como a sucção, também conduz a uma satisfação psicoemocional. Morder, a partir de então, é uma necessidade e a criança busca isto. Simultaneamente com a realização da apreensão, à medida que a dentição decídua completa-se, define-se o padrão mastigatório.

O autor pondera que, se por algum motivo esta necessidade de morder não vier a ser satisfeita, hábitos orais poderão surgir, como morder os mais diversos objetos. Contudo o hábito mais comum relacionado ao morder é o de roer unhas ou onicofagia.

CUNHA et al. (1998) preconizam que os hábitos mastigatórios indesejáveis englobam tudo aquilo que é realizado sem o objetivo de nutrição, como roer unhas, morder tampa de caneta, lábio ou bochecha e acrescentam que, associado a isso, existe um forte componente emocional.

Os hábitos relacionados principalmente com os músculos mastigatórios – onicofagia, bruxismo, apertamento dental, morder bochechas ou lábios – resultam em uma solicitação anormal dos músculos masseteres, temporais e pterigóideos mediais e laterais. Esses músculos em hiperfunção podem passar a apresentar sintomatologia dolorosa e diminuição de sua coordenação (BIANCHINI, 1998).

■ DEFINIÇÃO/INCIDÊNCIA

Onicofagia, do grego *onyx* – unha e *phagein* – comer, é definida por LEUNG & ROBSON (1990) como o hábito oral de morder alguma ou algumas unhas dos dedos da mão indistintamente, o que determina unhas pequenas e com a porção distal comumente irregular.

A onicofagia tem seu início após a erupção dos dentes decíduos. Seu aparecimento mais precoce situa-se em torno dos 3 anos de idade, sendo a mais comum das manipulações orais do corpo em crianças e adultos. O diagnóstico é feito frente a gravidade em relação ao aspecto físico (condições das unhas) e no reconhecimento da inquietude e tensão infantis (GRÜNSPUN, 1981).

Para AJURIAGUERRA (1983) a onicofagia é uma descarga motora relacionada a um estado tensional, não correspondendo a um comportamento do tipo psicopático. Classifica-a como um fenômeno bastante frequente, uma vez que 10 a 30% dos indivíduos que compõem as populações escolares roem as unhas, sendo a faixa etária entre 11 e 13 anos a de maior preponderância.

A análise dos resultados da pesquisa de SERRA-NEGRA et al. (1997), numa amostra de 289 questionários, indicou que 75% das crianças, na faixa etária de 3 a 5 anos, apresentam pelo menos um tipo de hábito oral deletério. Entre os hábitos relacionados, o mais frequente foi o uso de chupeta (75%), seguido da onicofagia (10%) e de morder objetos (6,9%).

Com relação ao sexo, a onicofagia é relativamente equiparada até os 10 anos de idade. A partir desse período, o número de meninas que roem unhas é significativamente menor que o de meninos; em geral 10% menos meninas roem suas unhas (LEUNG & ROBSON, 1990).

O estudo de BAYARDO et al. (1996) demonstra que 56,8% dos pacientes apresentavam algum hábito oral, dos quais a onicofagia era o de maior incidência (23,7%), seguido pelo bruxismo, respiração bucal, sucção digital, sucção de lábio e língua e outros.

WESTLING (1988) afirma que roer unhas é comum na população em geral. Esclarece que os estudos publicados mostram concordância em relação ao fato de que mais meninos que meninas e mais crianças e adolescentes que adultos apresentam o hábito de roer unhas.

■ ETIOLOGIA

As etiologias para a onicofagia incluem: transferência de hábito de sucção de dedo, ansiedade, tensão, es-

trese e imitação de outros membros da família. (GRÜNSPUN, 1981; LEUNG & ROBSON, 1990).

Para BAYARDO et al. (1996), a persistência de hábitos de sucção e o aparecimento de hábitos de morder (onicofagia, bruxismo, morder objetos), de acordo com Freud, estão relacionados a uma parada (fixação) na fase oral do desenvolvimento psicossocial.

Para COLETTI & BARTHOLOMEU (1998), geralmente as crianças não substituem hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta por outros, após a remoção desses. Entretanto, quando isso ocorre, é provável que no hábito de sucção do dedo a transferência seja para a chupeta e no uso da chupeta a transferência seja para hábitos que envolvam cobertor ou travesseiro e onicofagia.

MORESCA & FERES (1992) relacionam o aparecimento do hábito com tensões e frustrações interiores que a criança possa desenvolver no início da escolaridade, por ainda não saber lidar com os limites e regras que lhe são impostas. A criança procura um refúgio, usando para isso roer as unhas, que é uma forma mais agressiva de liberar tensões acumuladas. Alertam para o fato de que crianças que desenvolvem sentimentos de inferioridade (por exemplo, na situação de nascimento de um irmão) poderão buscar resolução para o conflito, chamando a atenção dos familiares sobre si, através de atitudes ou expressões traduzidas muitas vezes por hábitos como a onicofagia.

Selyo, citado por JACOB & MARCHIONI (1996), descreve a onicofagia como um dos sintomas de natureza psicossocial da fase de resistência do *distress* (mau estresse), juntamente com apetite oscilante, sensação de medo e nervosismo.

BAYARDO et al. (1996) enumeram como prováveis fatores causadores de hábitos orais, entre eles a onicofagia, a falta de satisfação através do alimento, irritação associada à irrupção dos dentes, obstruções respiratórias e interferências oclusais.

Para TOMÉ et al. (1996), a prática clínica tem demonstrado que onicofagia e bruxismo também podem ser originados de toques prematuros dos dentes (restauração alta, cúspide mal posicionada).

A questão da higiene e cuidados com unhas deve ser observada, pois a onicofagia pode ser consequência de um cuidado ineficiente das mesmas, às quais, permanecendo irregulares por descuido, podem irritar a criança (LEUNG & ROBSON, 1990).

■ CONSEQÜÊNCIAS DA ONICOFAGIA

CREATH et al. (1995) afirmam que o hábito de roer unhas pode afetar os dentes e os tecidos da cavidade oral de diferentes formas.

As bordas das unhas tornam-se ásperas, podendo haver sangramento em torno das unhas e deformidades das mesmas. Verrugas e micoses em torno das unhas também são relatadas (LEUNG & ROBSON, 1990).

A estética das mãos, conforme ILZARBE et al. (1999), fica prejudicada pela presença de unhas escassas e irregulares.

Onicofagia como Fator Etiológico de Maloclusão

Para CHRISTENSEN & FIELDS (1996) um hábito bucal pode causar diferentes mudanças dentais, dependendo de sua intensidade, duração e frequência.

ROSSI (1996) revela que, no hábito de roer unhas, o paciente altera a posição lingual e conseqüentemente as forças sobre as bases ósseas.

Nessa mesma direção, VAN DER LINDEN (1990) menciona que têm sido discutidas as questões de que mudanças na postura da língua podem levar a uma resposta de crescimento desfavorável pela alteração no equilíbrio das forças sobre os dentes. Infere o autor que preocupação da mesma ordem pode originar-se quando um dedo, ou qualquer objeto, é colocado na boca mais ou menos continuamente, pois a língua é abaixada e forças assimétricas podem desenvolver-se.

A onicofagia, na opinião de MORESCA & FERES (1992), pode ser agente etiológico de maloclusão, mas de natureza mais localizada do que aqueles envolvidos com hábito de sucção, por pressão anormal.

LINO (1990) julga que a onicofagia dificilmente provoque más posições dentárias, pois a pressão exercida é de pouca duração e dirigida no sentido do longo eixo do dente.

LEUNG & ROBSON (1990) observam que é controverso o quanto o roer unhas leva à má-oclusão dos dentes, acrescentando que, embora seja encontrada em alguns indivíduos que roem unhas, a maioria deles não tem má-oclusão.

Onicofagia Relacionada à Disfunção Craniomandibular

Bonfante, citado por FIGUEIREDO et al. (1997/98), relaciona a disfunção craniomandibular a hábitos para-

funcionais. Afirma que os hábitos mais comuns são roer unhas, morder objetos, apertar e ranger os dentes e mascar chicletes, relacionados com tensão, estresse, depressão e ansiedade. Os autores observam que os maus hábitos como roer ou morder unhas ou objetos são caracterizados por pressões anormais habituais.

A onicofagia severa, na opinião de WESTLING (1988), pode conduzir a dor e disfunção da ATM, porque é um hábito que sobrecarrega os componentes do sistema estomatognático.

KLEINROK et al. (1990) reiteram que o roer unhas precisa ser visto como um mau hábito oral que pode levar a intensos sintomas de disfunção, por imprimir repetidas sobrecargas na ATM ao posicionar a mandíbula de forma não muito comum.

Onicofagia como Causa de Gengivite

Entre as causas de gengivites, CREATH et al. (1995) incluem a onicofagia, atividade em que o indivíduo pode autoflagelar-se, causando ferimentos em determinada área da gengiva.

Chamam a atenção para que os odontólogos considerem o hábito de roer unhas entre os diferentes diagnósticos de gengivite em crianças e adolescentes e recomendam cuidados no exame clínico e atenção na história do paciente.

Estética Dental

ILZARBE et al. (1999) afirmam que o hábito repetitivo de roer unhas pode ocasionar desgaste e microfraturas prematuras dos incisivos centrais superiores, dentes de grande repercussão na boa aparência do sorriso.

Os autores alertam para o fato de que os microtraumatismos que o roer unhas também ocasiona na mucosa labial fazem com que doenças infecciosas (herpes, aftas) tornem-se mais freqüentes nesses pacientes.

■ ASPECTOS TERAPÊUTICOS

O trabalho terapêutico a ser desenvolvido com pacientes que apresentem maus hábitos bucais, entre eles a onicofagia, deverá ser embasado individualmente, considerando a existência, nesses casos, de todo um envolvimento pessoal, emocional e familiar.

O conhecimento do que um hábito pode causar e fundamentalmente o entendimento pelos profissionais que lidam com a criança do porquê o hábito surge, afirmam TOMÉ et al. (1996), é que pode maximizar as possibilidades de uma intervenção clínica apropriada.

Terapêutica Médico-Pediátrica e Psiquiátrica Sugerida

O tratamento para a onicofagia, na concepção de LEUNG & ROBSON (1990), deverá ser dirigido fundamentalmente para as causas que estejam provocando o estresse. Se, por algum motivo, não for possível detectar essas causas, a atenção deverá ser focalizada no reforço da auto-estima e da autoconfiança da criança.

Quanto ao uso de diferentes métodos de “recordar”, “lembrar”, muito difundidos, que incluem a aplicação de substâncias amargas nas unhas, curativos nas pontas dos dedos, uso de luvas, entre outros, asseguram que este tipo de tratamento só poderá ser utilizado com o consentimento e cooperação da criança, que deverá receber considerável suporte emocional e encorajamento.

GRÜNSPUN (1981) observa que frente a uma criança que rói unhas, dependendo do diagnóstico, pode-se retirar ou tratar exclusivamente o sintoma e, se reconhecido como a expressão de distúrbio emocional mais grave, tratar a causa. Comenta que, às vezes, a família, na busca de formas para remoção do hábito, por sua própria iniciativa, faz restrições à criança, que podem ser mais graves que o próprio fato. Nesses casos, a família deve ser orientada a baixar o nível de ansiedade em torno do sintoma.

Quando a sintomatologia refletir um quadro emocional mais severo, o autor indica a psicoterapia para a criança acompanhada de psicoterapia familiar.

Terapêutica Odontopediátrica e Ortodôntica Sugerida para Onicofagia

O odontopediatra é indicado por FRITSCHER et al. (1998) como o profissional que tem possibilidade de detectar mais precocemente os maus hábitos orais, pois entre outras atividades relacionadas à saúde oral, acompanha o desenvolvimento da oclusão da criança.

Diagnosticar a onicofagia é simples, através da observação cuidadosa das unhas e regiões adjacentes. Ao encontrar sinais de sua presença, é importante que o clínico levante na história desse paciente dados para avaliar a frequência, a duração e a intensidade do hábito, bem como aspectos do desenvolvimento psicoemocional.

ROSSI (1986) afirma que a onicofagia deve ser impedida através de métodos reeducativos, sendo que a retirada do hábito deve ser feita paulatinamente com o consentimento do paciente, pois não se deve obrigar ou cas-

tigar um indivíduo portador de hábito simbiótico, sob pena de ocorrer transferência de hábito.

LINO (1990) considera difícil a remoção do hábito de roer unhas, por ser um hábito bastante dissimulável, de alta incidência, que pode acompanhar o indivíduo por toda a vida. Sugere, entretanto, a seguinte prática terapêutica:

- Dar consciência de como o hábito se instala e quais as prováveis conseqüências.
- Realizar exercício com chupeta ortodôntica maior.
- Orientar o paciente para não deixar as unhas crescerem.
- Solicitar que a consistência da dieta alimentar seja aumentada, oferecendo-se maçã, cenoura crua, cana ao natural para que o ato de morder seja exercitado.
- Quando houver deformação nos arcos dentários, fazer correção ortodôntica.

KLEINROK et al. (1990) propõem o método de substituição, considerando-o efetivo, tanto para tratamentos individuais como coletivos. Nesse método a criança ocupa-se com uma atividade motora, que não seja roer unhas, e que serve da mesma forma como liberadora de tensões.

Contrariando os autores anteriores, CHRISTENSEN & FIELDS (1996) não recomendam nenhum tratamento, por considerarem que não existe evidência de que o roer unhas possa causar má-oclusões ou mudanças dentárias.

Terapêutica Fonoaudiológica Indicada para a Onicofagia

O fonoaudiólogo, ao realizar o exame clínico de pacientes por apresentarem desequilíbrio da musculatura orofacial, depara-se muitas vezes com unhas muito pequenas, com bordas irregulares e dedos terminados numa orla mais alta que a unha.

Ao receber estes pacientes que apresentam o hábito oral de roer unhas, é da competência do fonoaudiólogo auxiliá-lo, motivá-lo a abandonar esta prática, uma vez que é prejudicial ao equilíbrio do sistema estomatognático.

PADOVAN (1996) sugere que, na abordagem fonoaudiológica dos hábitos orais, deva ser enfatizado o trabalho com a função estomatognática a que o hábito esteja relacionado, no caso da onicofagia, a mastigação.

Para BIANCHINI (1998) o trabalho com a mastigação é especialmente benéfico por propiciar coordenação e tônus necessários à estabilidade das funções estomatognáticas, devendo ser realizado sempre que as condi-

ções morfológicas permitirem e com diferentes tipos de alimentos. Recomenda ainda cautela quanto ao uso de objetos de borracha, látex ou silicone, por não trabalharem a mastigação em sua fisiologia normal.

TOMÉ et al. (1996) afirmam que, no caso de pacientes com onicofagia, o ideal em termos terapêuticos é levá-los a querer abandonar o hábito.

Ao descreverem o trabalho com hábitos orais, RISPOLI & BACHA (1997/98) ressaltam a importância de se trabalhar a conscientização e a motivação. Para a onicofagia, recomendam lixar e pintar as unhas, colocar lembrete com durex colorido na ponta da caneta e lápis.

Na minha atuação clínica com pacientes que apresentam onicofagia utilizo atividades de propriocepção, conscientização, trabalho com mastigação, exercícios mioterápicos, miofuncionais e incluo o exercício da sequência de movimentos com as mãos, da reorganização neurofuncional (PADOVAN, 1996).

Incentivo também os pacientes com onicofagia a escolherem a unha de um dos dedos da mão para deixar de roer. A cada seção fonoterápica uma nova unha é acrescentada às que não deverão ser roídas, até que se atinja a totalidade.

Nesta atividade os pacientes participam da escolha, dialogam, expõem dificuldades e, ao fazê-lo, percebo-os mais “parceiros” e mais responsáveis pela terapia.

É importante, nos casos de onicofagia, valer-se, conforme FELÍCIO (1994), do face a face profissional/paciente, que a terapêutica fonoaudiológica propicia. É desta relação que se cria a consciência do problema, a partir dos significados que possuem a este respeito o profissional e a pessoa que se trata.

MARCHESAN (1993), ao referir-se sobre o processo fonoterápico, afirma que a responsabilidade da manutenção de novas atitudes aprendidas tem de ser do próprio sujeito.

A citação de BIANCHINI (1998) de que é o próprio paciente quem define suas possibilidades posturais e funcionais, cabendo ao fonoaudiólogo atuar direcionando as observações e possibilidades de modificação, define com muita propriedade a direção do trabalho fonoaudiológico com pacientes que apresentam onicofagia.

■ CONCLUSÕES

O diagnóstico precoce da onicofagia é importante para evitar possíveis danos dentais, periodontais, da musculatura mastigatória e da ATM, que poderão ocorrer como consequência.

As teorias existentes que buscam explicar as causas da onicofagia praticamente se limitam a duas linhas de pensamento. Uma delas fundamenta-se nos aspectos psicoemocionais do indivíduo, justificando a presença do hábito de roer unhas como uma exteriorização, através de um ato motor, de tensões e ansiedades reprimidas.

Outros autores relacionam o hábito às questões da funcionalidade do sistema estomatognático, acreditando ser a onicofagia um mau hábito oral ligado a alterações na ação dos músculos mastigatórios.

O ideal, em relação aos hábitos orais, é que estes não se instalem (LINO, 1990; FRITSCHER et al., 1998).

Prevenção de maus hábitos orais passa fundamentalmente por ações educativas junto aos pais, que são agentes ativos, modelos para os filhos.

É importante a participação do fonoaudiólogo no trabalho de prevenção dos maus hábitos orais, orientando a respeito do desenvolvimento funcional do sistema estomatognático.

Os pais, ao terem conhecimento da influência do tempo de aleitamento materno como fator redutor do desenvolvimento de maus hábitos orais, do porquê é importante a inclusão de alimentos mais duros na dieta da criança, do momento de pico de desenvolvimento dos ossos da face etc., poderão direcionar melhor suas ações educativas.

Caso a prevenção não tenha ocorrido e o hábito já esteja instalado, é necessário interrompê-lo, observando que a criança seja enquadrada dentro do risco emocional, psicológico ou dental, sendo que cada caso deve ser individualizado e tratado conforme suas necessidades (TOSTES, 1998).

Existe consenso entre os autores estudados que a faixa etária de 10 a 13 anos é a de mais alta incidência de onicofagia.

Após a detecção da presença do hábito de onicofagia, é importante a realização de uma avaliação por um fonoaudiólogo, que é o profissional da área das ciências da saúde habilitado para trabalhar as funções estomatognáticas e tratar distúrbios orais miofuncionais, onde os maus hábitos se enquadram.

As publicações consultadas propõem o trabalho multidisciplinar no tratamento da onicofagia, porém nem sempre a participação do fonoaudiólogo é relatada. Faz-se necessário que os fonoaudiólogos efetivamente ocupem seu espaço na equipe multidisciplinar que trata pacientes com maus hábitos orais.

A abertura desses espaços pode dar-se através de um relacionamento mais efetivo do fonoaudiólogo com o odontopediatra, por exemplo, mostrando-lhe o importante trabalho miofuncional que pode ser realizado com crianças que roem unhas.

Este estudo demonstra que as ações fonoaudiológicas para a remoção do hábito de roer unhas privilegiam a conscientização do paciente em relação ao hábito, sua motivação em abandoná-lo, e evidencia a importância de um trabalho miofuncional.

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJURIAGUERRA, J. – **Manual de Psiquiatria Infantil**. SP, Atheneu, 1983. p. 215-221.
- BAYARDO, R.E.; MEJIA, J.J.; OROZCO, S.; MONTOYA, K. – Etiology of oral habits. **Journal of dentistry for children**. September/October 1996. p. 350-53.
- BIANCHINI, E.M.G. – Mastigação e ATM: avaliação e terapia. In: MARCHESAN, I. Q. – **Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. p. 37-49.
- CANONGIA, M.B. – Hábitos viciosos e a importância de sua prevenção. **Revista Lugar em Fonoaudiologia (1)** 52-9, 1989.
- CHRISTENSEN, J. & FIELDS, H. – Hábitos bucais. In: PINKHAM, J.R. **Odontopediatria da infância à adolescência**. São Paulo, Artes Médicas, 1996. p. 401-07.
- COLETTI, J.M. & BARTHOLOMEU, J.A.L. – Hábitos nocivos de sucção de dedo e/ou chupeta: etiologia e remoção do hábito. **JBP**, 1 (3): 57-73, 1998.
- CORIAT, L.F. – **Maturação psicomotora no primeiro ano de vida da criança**. São Paulo, Editora Moraes, 1991. 182p.
- CREATH, C.J.; STEINMETZ, S.; ROEBUCK, R. – A case report: gingival swelling due to a fingernail-biting habit. **J. Am. Dent. Assoc.**, 126 (7): 1019-21, 1995.
- CUNHA, S.R.T.; CORRÊA, M.S.N.P.; OLIVEIRA, P.M.L.; SCHALKA, M.M.S. – Hábitos bucais. In: CORRÊA, M.S. – **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo, Livraria Santos Editora, 1998. p.561-576.
- DOUGLAS, C.R. – **Patofisiologia Oral: fisiologia normal e patológica aplicada a Odontologia e Fonoaudiologia. Vol. 1**. São Paulo. Pancast, 1998. 657p.
- FELÍCIO, C.M. – **Fonoaudiologia nas desordens temporomandibulares. Uma ação educativa-terapêutica**. São Paulo. Pancast, 1994. 179p.
- FIGUEIREDO, E.S.; BIANCHINI, E.M.G.; CRIVELLO, O. – Hábitos parafuncionais em pacientes portadores de disfunção dolorosa da articulação temporomandibular (ATM). In: MARCHESAN, I.Q.; ZORZI, J.L.; GOMES, I.C.D. – **Tópicos em Fonoaudiologia volume IV**. São Paulo, Editora Lovise, 1997/98. p. 213-231.
- FRITSCHER, A.; ARAÚJO, D.F.; OLIVEIRA, F.A.M.; OLIVEIRA, M.G. – Considerações sobre oclusão e maloclusão na criança. **Rev. ABO Nac.**, 6(2):89-94,, 1998.
- GRÜNSPUN, H. – **Distúrbios neuróticos da criança**. São Paulo, Atheneu, 1981. p. 351-74.
- ILZARBE, L.M.Q.; RIPOLL, A.; ALGORA, M. – **Onicofagia frente a estética dental**. [on line] . [24/10/99]. <<http://www.ifent.org/codes/onicofagia.htm>>.
- JACOB, L.S. & MARCHIONI, S.A.E. – Manifestações do estresse na infância. **Pediatria Moderna**, XXXII (7): 765-73, dez, 1996.
- KLEINROK, M.; MIELNIK-HUS, J.; ZYSKO-WOZNIAK, D.; SZKUTNIK, J.; KACZMAREK, A.; DORACZYNSKA, E.; PYC, K. – Investigations on prevalence and treatment of fingernail biting. **J. Cranio. Pract.**, 8 (1): 47-50, Jan, 1990.
- LEUNG, A.K.C. & ROBSON, L.M. – Nailbiting. **Clin. Ped.**, 29 (12): 690-92, 1990.
- LIMONGI, S.C.O. – Considerações sobre a importância dos aspectos morfo-fisiológicos e emocionais no desenvolvimento e profilaxia dos órgãos fonoarticulatórios. In: LACERDA, E.T. & CUNHA, C. – **Sistema sensorio motor oral: perspectivas de avaliação e terapia**. São Paulo, EDUC, 1987. p. 58-75.
- LINO, A.P. – **Ortodontia preventiva básica**. São Paulo, Artes Médicas, 1990. 168p.
- MARCHESAN, I.Q. – **Motricidade oral: visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades**. São Paulo, Pancast, 1993. 70p.
- MORESCA, C.A. & FERES, M.A. – Hábitos Viciosos Bucais. In: PETRELLI, E. – **Ortodontia para Fonoaudiologia**. São Paulo, Editora Lovise, 1992.p.165-176.
- PADOVAN, B.A.E. – Correlação entre Odontologia e Fonoaudiologia. **JBO**, 2 (2): 73-76, 1996.
- RISPOLI, C.M. & BACHA, S.M.C. – Terapia miofuncional: intervenção fonoaudiológica breve. In: MARCHESAN, I.Q.; ZORZI, J.L.; GOMES, I.C.D. – **Tópicos em Fonoaudiologia. Vol. IV**. São Paulo, Ed. Lovise, 1997/98.p.545-85.
- ROSSI, N.J. – **Ortopedia funcional dos maxilares: noções para o clínico geral**. São Paulo, Andrei Editora, 1986.p.65-71.
- SERRA-NEGRA, J.M.; PORDEUS, I.A.; ROCHA, J.F. – Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, 11 (2): 79-86, 1997.
- TOMÉ, M.C.; FARRET, M.M.B.; JURACH, E.M. – Hábitos orais e maloclusão. In: MARCHESAN, I.Q.; ZORZI, J.L.; GOMES, I.C.D. – **Tópicos em Fonoaudiologia III**. São Paulo, Ed. Lovise, 1996.p.97-109.
- TOSTES, M. – Sucção digital com mordida aberta anterior: relato de um caso. **RBO**, 55 (3): 176-79, maio/junho, 1998.
- VAN DER LINDEN, F.P.G.M. – **Crescimento e ortopedia facial**. Quintessence Books, 1990.244p.
- WESTLING, L. – Fingernail biting: a literature review and case reports. **J. Cranio. Pract.**, 6 (2): 182-86, 1988.

Endereço:

Rua Acácias, 77 – Vila B
85867-060 – Foz do Iguaçu – PR
Tel. (45)574-4036
machado.wic@fnn.net.