



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluno (a): Juliana Bueno Utimura

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Cecilia Gatti Guirado

Ano de Conclusão do Curso: 2007

TCC 420



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

Juliana Bueno Utimura

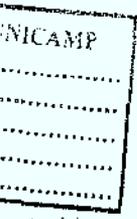
**RELAÇÃO ENTRE AMAMENTAÇÃO NATURAL E HÁBITOS DE
SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVOS**

Monografia apresentada à Faculdade
de Odontologia de Piracicaba –
UNICAMP, para obtenção do
Diploma de Cirurgião-Dentista.

Orientadora:
Prof.^a. Dr.^a. Cecilia Gatti Guirado



Piracicaba
2007



**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª / 6159

Ut3r

Utamura, Juliana Bueno.
Relação entre amamentação natural e hábitos de sucção não-nutritivos. / Juliana Bueno Utamura. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2007.
56f.

Orientador: Cecilia Gatti Guirado.
Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Odontopediatria. I. Guirado, Cecilia Gatti. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Dedico este trabalho a minha família pelo apoio, carinho, compreensão e amor sempre presentes e em especial ao meu pai a quem amo e admiro muito.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof.^a Dr.^a Cecília Gatti Guirado
pelos ensinamentos sempre
passados com muito carinho e
atenção.

SUMÁRIO

	PAG.
Resumo.....	1
Introdução.....	2
Revisão de Literatura	
Aleitamento Natural.....	5
Amamentação Natural e o Desenvolvimento Crânio Facial.....	12
Aleitamento Artificial e o Uso da Mamadeira.....	17
Orientação para o Aleitamento Artificial Satisfatório.....	22
Sucção.....	24
Hábitos de Sucção/ Hábitos de Sucção Não-Nutritivos.....	27
Sucção de Chupeta e Dedo.....	33
Orientações Quanto ao Uso de Chupeta.....	40
Chupeta x Dedo.....	43
Remoção de Hábitos e Tratamentos.....	44
Conclusão.....	50
Referências Bibliográficas.....	52

RESUMO

É de suma importância que orientações sobre amamentação natural e hábitos bucais deletérios sejam dadas às mães antes mesmo do bebê nascer. As mães devem ser orientadas a respeito dos benefícios que a amamentação materna exclusiva traz para o bebê, sendo abordados aspectos físicos e os relativos aos aspectos psicológicos e preventivos.

Esta revisão de literatura trata da relação existente entre a amamentação natural e os hábitos de sucção não-nutritivos, citando também os possíveis tratamentos dos hábitos deletérios numa abordagem psicológica, bem como fornecendo orientações que poderão ser repassadas aos pais.

As principais conclusões foram:

- 1) o aleitamento materno exclusivo é considerado um fator importante para o desenvolvimento correto do sistema estomatognático;
- 2) há relação entre o tempo de aleitamento materno e a presença de hábitos; quanto mais prolongado o tempo de aleitamento, menor é a chance de a criança desenvolver hábito de sucção deletério;
- 3) crianças com menor tempo de aleitamento materno desenvolvem, com maior frequência, hábitos bucais deletérios, possuindo um risco relativo sete vezes superior com relação àquelas aleitadas no seio por um período de, no mínimo, seis meses;
- 4) crianças aleitadas com mamadeiras por mais de um ano tem quase dez vezes mais risco de apresentarem hábitos bucais viciosos do que aquelas que nunca utilizaram essa forma de aleitamento.

INTRODUÇÃO

A alimentação durante o primeiro ano de vida é fundamental para o crescimento e desenvolvimento do bebê. O aleitamento materno é considerado o mais natural e desejável método de alimentação infantil, no que diz respeito aos aspectos fisiológicos, físicos e psicológicos (CORRÊA, 1998).

O leite materno consiste num alimento especificamente adaptado para atender as necessidades nutricionais do bebê, que além de providenciar energia para o seu desenvolvimento e o crescimento, fornece proteção contra infecções e condiciona o trato intestinal do recém-nascido. É imprescindível no desenvolvimento psicológico do bebê, dada a dependência físico-afetiva deste sobre a mãe (CORRÊA, 1998).

Durante os seis primeiros meses de vida, a amamentação natural deve ser a forma exclusiva de nutrição, devido ao fato do leite materno ser a melhor forma de alimentação e proporcionar imunidade contra doenças infecciosas e alérgicas além de desempenhar papel importante no desenvolvimento craniofacial do bebê.

O aleitamento materno representa o fator inicial para o bom desenvolvimento dentofacial, favorecendo a obtenção de uma oclusão dentária normal e conseqüentemente uma mastigação correta. Os maxilares bem desenvolvidos propiciam um adequado funcionamento do sistema mastigatório e respiratório da criança, minimizando assim a necessidade futura de correção de hábitos orais deletérios e maloclusões.

A amamentação natural é muito importante na prevenção dos distúrbios do sistema estomatognático devido ao fato de que, se realizada corretamente pelo bebê, suprirá não somente a necessidade de nutrientes mas também a necessidade de sucção. Além de suprir a necessidade de sucção, a amamentação natural também favorece o desenvolvimento das estruturas craniofaciais do bebê.

BRIZOLA (2005) afirma que ao nascer, a criança apresenta duas necessidades básicas: uma fisiológica voltada para o alimento que é o leite materno, outra, neural, que é o violento impulso de sucção que o bebê possui. Assim, essas duas necessidades só são plenamente saciadas, quando o processo de amamentação for realizado de forma correta e natural.

Segundo CORRÊA (2002), a sucção atingirá a intensidade máxima por volta do 4º mês de vida, e se até então funcionou de maneira plena e agradável, sua necessidade tenderá a diminuir a partir do momento que a criança começa a vocalizar, morder e a agarrar com as mãos.

Do contrário, se a necessidade de sucção não foi saciada, poderão surgir hábitos de sucção deletérios, como a sucção digital e/ou chupeta, para suprir a necessidade psicológica de sucção e a carência do contato materno.

O hábito pode ser definido como o resultado da repetição de um ato com determinado fim, tornando-se com o tempo resistente a mudanças. Os hábitos podem ser classificados em: hábitos de sucção nutritivos (amamentação natural e mamadeiras) e hábitos de sucção não-nutritivos (chupetas e dedo).

O hábito bucal tem como característica apresentar grande prevalência entre as crianças, principalmente àquele de sucção sem fins nutritivos.

SERRA-NEGRA (1997) constatou em seu estudo que há a associação entre aleitamento natural e a não instalação de hábitos bucais deletérios, visto que, das crianças participantes do estudo, 86,1% daquelas que não apresentaram hábitos de sucção deletérios, foram amamentadas exclusivamente com leite materno por no mínimo 06 meses.

A sucção não-nutritiva vem sendo mais fortemente associada ao estabelecimento de maloclusões. As mordidas abertas anteriores e cruzadas posteriores são as maloclusões mais freqüentemente relatadas na literatura.

O hábito de sucção tornou-se um assunto de destaque na odontologia por causar alterações na oclusão e estar diretamente associado ao comportamento da criança como um todo. Dentro deste contexto, a prevenção, bem como o seu tratamento precoce, adquire importância fundamental, por interferir diretamente na oclusão, uma vez que dela dependerão as funções adequadas do sistema estomatognático, permitindo assim que a criança cresça em harmonia (MONGUILOTT, 2003).

Esta revisão de literatura relatará a importância da amamentação natural e a sua relação com os hábitos de sucção não-nutritivos. Também abordará possíveis tratamentos dos hábitos deletérios quanto aos aspectos psicológicos, bem como fornecerá orientações que poderão ser repassadas para os pais.

REVISÃO DE LITERATURA

Aleitamento natural

O leite materno propicia uma nutrição de alta qualidade para a criança, promovendo seu crescimento e desenvolvimento.

O aleitamento materno, além de ser um ato de amor, é também o mais eficiente instrumento na direção da promoção de saúde física e mental desde a primeira fase da vida humana (SAVAGE; KING, 1994).

O leite materno é o alimento ideal para o lactente, trazendo vantagens não só para a criança, como também para a nutriz, família, comunidade, constituindo-se também numa economia significativa para o grupo familiar que economiza com mamadeiras, bicos, leite, gás, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas ou amamentadas artificialmente. Sabe-se que as crianças que recebem leite materno adoecem menos, necessitando de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, além de menos faltas ao trabalho dos pais. Além disso, o leite materno favorece o relacionamento com o bebê, mantendo o equilíbrio psicológico bem como proporcionando a sensação de prazer e solidificando o afeto pelo bebê.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza, para a população em geral, que os lactentes recebam exclusivamente leite materno durante os 06 primeiros meses de idade. Também recomenda que os bebês comecem a receber alimentação complementar segura e nutricionalmente adequada a partir dos 6 meses de vida, juntamente com a amamentação, até os 2 anos de idade.

A alimentação adequada deve ser dada, inicialmente, três vezes ao dia, e aumentando gradualmente até cinco vezes ao dia aos 12 meses de idade. Crianças entre 12 e 24 meses devem receber três refeições e mais lanches nutritivos, além do leite materno. A partir dos 2 anos, a criança deve compartilhar da dieta da família e necessita de 3 refeições e 2 lanches por dia.

Existem evidências de que não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos 6 meses (salvo em casos individuais onde se faz necessário a complementação ou até mesmo a substituição da amamentação materna pela amamentação artificial), podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança e a indução ao desmame precoce. A suplementação do leite materno com águas ou chás nos primeiros 6 meses é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes. Esta suplementação pode ser desvantajosa para a criança devido ao fato de que a ingestão de outros alimentos e líquidos pode levar a uma diminuição do consumo do leite materno, diminuindo a aquisição de fatores de proteção existentes no leite materno e pelo fato dos alimentos ou água estarem, com frequência, contaminados. A partir dos 6 meses de idade, a suplementação começa a ser necessária. Nesse momento é de grande vantagem para a saúde do bebê que se comece a utilizar a xícara para administrar os líquidos ao invés da mamadeira. Segundo a OMS/UNICEF podem-se utilizar xícaras de diâmetro menor para reduzir o risco de derramar o leite, mas as xícaras comuns também são válidas. Trata-se de um utensílio de fácil acesso, de baixo custo e encontrada praticamente em todas as casas.

Embora a OMS recomende o aleitamento materno complementado até os dois anos de idade ou mais, Galarretta (2004), afirma que a partir de um ano de vida deve-se iniciar a utilização gradual de copo (para líquidos), bem como a

colher para alimentos sólidos, estimulando, dessa forma, as estruturas bucofaciais da criança, com repercussões benéficas para a linguagem, a erupção dentária e o padrão de respiração.

O Banco de Dados da OMS sobre Amamentação cobre atualmente 94 países e engloba 65% da população mundial com menos de 12 meses. Os dados indicam que apenas 35% desses bebês recebem exclusivamente leite materno entre 0 - 4 meses de idade. (Banco de Dados da OMS).

A Academia Americana de Pediatria (AAP) considera o leite materno como a forma ideal de nutrição do lactente, visto que o leite materno é um alimento completo, exclusivo e suficiente, além de ter ação imunizante, garantindo crescimento e desenvolvimento adequados aproximadamente durante os primeiros 6 meses de vida. Crescimento refere-se ao aspecto quantitativo das proporções do organismo, ou seja, trata-se de mudanças das dimensões corpóreas, como peso, altura, perímetro cefálico entre outros. Já desenvolvimento refere-se às mudanças qualitativas, tais como aquisição e o aperfeiçoamento de capacidades e funções, que permitem à criança realizar coisas novas, progressivamente e mais complexas, com uma habilidade cada vez maior. O crescimento termina em determinada idade, quando a criança alcança a sua maturidade biológica, enquanto que o desenvolvimento é um processo que acompanha o homem através de toda sua existência (FERREIRA; SAMICO, 1996).

Com a evolução da humanidade, e sobretudo com a industrialização e a necessidade de mão-de-obra feminina, a mulher teve diminuído o seu tempo de dedicação aos filhos, e o período de amamentação ficou reduzido. As mamadeiras e chupetas foram sendo introduzidas cada vez mais cedo, com a

finalidade de fazer às vezes da mama, tanto no aspecto alimentar quanto na compensação emocional, da urgência do sugar (CORRÊA, 1998).

Na década de 70, começou a ocorrer um movimento internacional para resgatar a “cultura da amamentação” visto que as taxas de aleitamento alcançaram os níveis mais baixos da história da humanidade. Concomitantemente, começaram a aparecer evidências científicas mostrando a superioridade do leite materno como fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto, ou melhor, ficaram evidentes as desvantagens da substituição do leite materno por outros leites.

Segundo Giugliani (1994), as mulheres optam para amamentar, as crianças não podem optar, mas elas têm o direito de ser amamentadas. A decisão de amamentar é um misto de influências demográficas, psicológicas, econômicas e sócio-culturais. As mulheres que decidem amamentar, geralmente, têm casamentos com menos conflitos e companheiros mais compreensivos, são mais seguras de si mesmas, de sua sexualidade e mais determinadas no cuidado com sua própria saúde.

Segundo Giugliani (2000), o ato da amamentação deve ser iniciado tão logo quanto possível, de preferência na primeira hora após o parto. Contato precoce com a mãe está associado com maior duração da amamentação, melhor interação mãe-filho, melhor controle da temperatura do recém-nascido, níveis mais altos de glicose e menos choro do recém-nascido. O aleitamento materno sob livre demanda deve ser encorajado, pois faz parte do comportamento normal do recém-nascido mamar com freqüência, sem regularidade quanto a horários. Lembrando que a amamentação freqüente, sob

livre demanda, não aumenta o risco de trauma mamilar, estando este associado à técnica de amamentação e não à frequência e duração das mamadas.

A manutenção efetiva da lactação exige a remoção do leite pela sucção periódica. Caso contrário, a síntese mamária do leite diminui, apesar do ambiente hormonal adequado (ZÖLLNER, JORGE, 2005).

A amamentação é um ato de ternura que deve satisfazer a duas “fomes” da criança: a biológica, do leite que supre as suas necessidades corporais, e a afetiva, de se sentir aceito e querido. Assim como no período no qual vivia no útero o bebê recebia diretamente as sensações de sua mãe também tem percepção das condições emocionais dela enquanto é amamentado. A satisfação que sente nesse momento é a primeira gratificação que recebe do mundo externo, e estes sentimentos iniciais permanecem ativos e influentes em toda vida emocional e intelectual futura. Este é o motivo da diferença entre a atitude da mãe que desperta carinho instintivo e espontâneo frente ao bebê ao qual dá o peito e a da mãe que alimenta apenas cumprindo os preceitos médicos (CORREIA, 1998).

São muitas as vantagens que o aleitamento materno propicia, entre elas podemos citar: redução da mortalidade infantil, melhor nutrição, redução de doenças infantis, melhor desenvolvimento neurológico, mais econômico, melhor qualidade de vida, promove vínculo afetivo entre mãe e filho, desenvolvimento do sistema estomatognático (Oliveira; Amorim, 2005).

Segundo TOLLARA et al. (1998), citado por Galarreta (2004), a satisfação que o bebê sente no momento da amamentação é a primeira gratificação que ele recebe do mundo externo, influenciando a sua vida emocional e intelectual futura.

O aleitamento materno atua diminuindo a mortalidade infantil, incidência e gravidades das diarreias, doenças alérgicas, pneumonias, otite média, enterocolite necrotizante, botulismo, diversas afecções neonatais e outras infecções.

A Academia Americana de Pediatria cita, entre os benefícios já mencionados, uma possível proteção do aleitamento materno contra a síndrome da morte súbita do lactente, o diabetes insulino-dependente, a doença de Cronh, a colite ulcerativa, o linfoma, as doenças alérgicas e outras doenças crônicas do aparelho digestivo.

O lactente depende da mãe para obter uma transferência passiva de anticorpos (IgA, IgG, IgM) presentes em grande quantidade no colostro, assim sendo, o aleitamento materno assume um papel fundamental na maturação imunológica.

Em Pelotas, RS, um estudo caso-controle mostrou que as chances de morrer eram bem maiores em crianças que receberam outro tipo de leite. O risco de morrer ao primeiro ano de vida, por diarreia, foi 14 vezes maior em crianças não amamentadas e 3,6 vezes maior em crianças com aleitamento misto, quando comparadas com crianças amamentadas exclusivamente. Outro estudo mostrou o efeito do uso de leite artificial nas taxas de internação por pneumonia. Em crianças não amamentadas nos primeiros 3 meses, a chance de hospitalização foi 61 vezes maior do que crianças amamentadas exclusivamente (Giugliani,2000).

O aleitamento natural contribui para a saúde materna visto que oferece proteção contra o câncer de mama e de ovário, amplia o espaço entre os partos,

promove uma involução uterina mais rápida, diminuindo assim o sangramento pós-parto e reduz o risco de desenvolver quadros de anemia.

É importante lembrar que o aleitamento natural provê a criança, além da satisfação alimentar, também a satisfação do instinto de sucção, pois é maior o tempo necessário para o esvaziamento da mama que da mamadeira. Dessa forma, a criança amamentada terá probabilidade *significativamente menor* de desenvolver hábitos de sucção não nutritivos (uso de chupeta ou sucção digital) (Zöllner, 2005).

MORESCA; FERREZ (1992), citados por SERRA-NEGRA (1997), relatam que bebês aleitados de forma natural executam um intenso trabalho muscular ao sugar o seio materno, ficando a musculatura peribucal fatigada, o que faz com que a criança durma e não necessite da sucção de chupeta, dedo ou objetos.

Em estudo realizado por SERRA-NEGRA (1997) constatou-se que 81,6% das crianças estudadas que não apresentaram hábitos bucais deletérios receberam aleitamento natural por seis meses ou mais.

De acordo com o mesmo autor, as crianças que nunca receberam aleitamento materno ou, se o fizeram, foi por um período de até um mês, apresentam um risco de desenvolver hábitos deletérios sete vezes superior com relação àquelas que foram amamentadas por um período de, no mínimo, seis meses.

De acordo com SOUZA (2006) a orientação das mães quanto à importância do aleitamento natural resultou num prolongamento do período de aleitamento materno exclusivo e num retardo na época de oferta da chupeta.

Existem algumas situações onde a mãe fica impossibilitada de exercer o ato de amamentar o seu filho, mesmo que ela tivesse intenção de fazê-lo.

Situações estas como mães HIV positivas, mães HTLV-1 positivas, nutrizes que estão fazendo uso de medicamentos como anfetaminas, bromocriptina, ciclofosfamida, ciclosporina, doxorubicina, ergotamina, fenciclidina, fenindiona, lítio e metotrexato, além das drogas ditas recreacionais (cocaína, heroína e maconha) e mães com varicela. Existem também situações especiais que podem interferir com a amamentação como mastites, casos de mamilo plano ou invertido, ingurgitamento mamário, bloqueio dos ductos lactíferos, traumas mamilares, bebê que não suga ou que tem sucção débil, atraso na “descida do leite”, criança amamentada que não ganha peso adequadamente, baixa produção de leite, cirurgias de redução de mamas e mães que trabalham fora de casa.

Nos casos de mães fumantes, alcoólatras, portadoras de hepatite A, B ou C, mães portadoras de toxoplasmose, tuberculose, mães portadoras de citomegalovírus, icterícia, crianças com lábio leporino e fissura palatina (salvo em casos graves), abscesso mamário, não está contra-indicada a amamentação natural.

Amamentação natural e o desenvolvimento craniofacial

O sistema estomatognático é um conjunto anatômico e fisiológico, constituído de diferentes órgãos e tecidos cuja biologia e fisiopatologia são absolutamente interdependentes (CARVALHO, 2003). Este sistema é responsável pelas funções orais de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e respiração. A maturação dessas funções inicia-se intra-uterinamente, com pequenos movimentos mandibulares e de deglutição para

que quando do nascimento, esses reflexos inatos estejam amadurecidos para que se inicie o processo de aleitamento natural e de manutenção da vida fora do útero da mãe.

A face, como a parte mais dinâmica do organismo, tem seu crescimento e desenvolvimento diretamente relacionado à ação correta das funções ligadas a ela, como respiração, amamentação, sucção, deglutição, mastigação, fonarticulação e a atuação de toda a musculatura facial (MARTINS-FILHO, SANTOS, 2005).

O aleitamento materno é muito mais que nutrição. A amamentação é o fator decisivo e primordial para a correta maturação e crescimento das estruturas, mantendo-as aptas para exercerem o desenvolvimento da musculatura orofacial, que guiará e estimulará o desenvolvimento das funções fisiológicas, garantindo não só a sobrevivência, mas também melhor qualidade de vida (CARVALHO, 2003).

O ato de mamar é de extrema importância para a criança, pois se trata da atividade biológica primitiva essencial para o bebê, na qual há a participação efetiva de 20 músculos orofaciais (da face e da boca) e que permitirá a ele estabelecer o primeiro vínculo para a sua sobrevivência, satisfazendo por meio da boca suas três necessidades básicas: oxigênio, alimento e afeto (CORRÊA, 2002).

Segundo Lobato (2000), a amamentação provê ótimo exercício da musculatura orofacial, estimulando favoravelmente as funções de respiração e deglutição, o que não acontece com a alimentação artificial. Quando o bebê suga corretamente o seio materno, ocorre um perfeito vedamento da passagem de ar pela boca, o que o obriga a realizar a sucção e a deglutição sempre

respirando pelo nariz. O bico da mamadeira, por outro lado, favorece a entrada de ar pela boca e, conseqüentemente, a respiração bucal.

O aleitamento natural é um excelente exercício muscular e respiratório devido ao fato da criança ao mamar sincronizar respiração com atividade muscular. A respiração deve ser realizada sempre pelo nariz, ajudando o desenvolvimento do terço médio da face.

Segundo CORRÊA (1998), o aleitamento natural tem muito a ver com bases ósseas bem relacionadas e dentes em boa posição. Os movimentos da língua, dos músculos, dos lábios e das bochechas desenvolvem maxila e, especialmente, a mandíbula sendo estas outras razões pelas quais a mãe deve se esforçar em amamentar o filho, além de todos os outros benefícios de uma alimentação balanceada e imunizadora. A maxila e mandíbula crescerão em comprimento, largura e altura, num processo dinâmico em que uma mudança envolve a outra. Havendo condição de sucção adequada, o processo de aleitamento além de alimentar, fornecerá estímulos necessários para o desenvolvimento harmonioso do sistema orofacial.

MARTINEZ E MOLINA (2001), citados por BRIZOLA, SENANDES E FERREIRA (2005), embasados na R.N.O. (Reabilitação Neuroclusal), relatam que ao realizar o trabalho mecânico da ordenha, ocorrerão muitos benefícios para o desenvolvimento do sistema estomatognático do bebê, pois:

- O bebê respira pelo nariz, pois ele não solta o mamilo em momento algum, o que, ademais serve para reforçar e manter o circuito da respiração nasal fisiologicamente durante a amamentação e fora dela;

- Está obrigado a abrir bem a boca, a morder, a avançar e retraindo a mandíbula por todo o sistema muscular, até que vá adquirindo o desenvolvimento e o tônus muscular necessários para serem utilizados na chegada da primeira dentição, a fim de poder realizar a mastigação e preparar as arcadas para a dentição permanente;
- Os movimentos de avanço e retrocesso da mandíbula proporcionam uma rápida recuperação do queixinho do recém-nascido (retrognatismo), durante o primeiro ano de vida;
- Com o sistema mastigatório possuindo condições ideais para funcionar, ele oferece ao bebê outro estímulo paratípico muito importante, que responde pelo desenvolvimento e perfeito crescimento das bases ósseas da face (maxila e mandíbula);
- As bases ósseas bem desenvolvidas oferecem espaço suficiente para receber e alojar todos os dentes, alinhados e engrenados, resultando para a criança equilíbrio das forças mastigatórias com simetria das formas faciais;
- O uso adequado do sistema mastigatório provoca cansaço e sono no bebê. Controla o tempo preciso de amamentação, respeitando sua individualidade, causando uma digestão perfeita. Proporciona à língua postura e tônus ideais, facilitando a fala e deglutição.

Zöllner (2005) afirma que o aleitamento materno permite o exercício fisioterápico necessário ao desenvolvimento do sistema estomatognático. Alguns dos músculos mastigatórios (temporal, pterigóideo lateral, milo-hioídeo) iniciam assim sua maturação e reposicionamento. A língua estimula o palato, evitando alguma perturbação que possa ser exercida pelos bucinadores. O orbicular dos

lábios orienta o crescimento e desenvolvimento da região anterior do sistema estomatognático. O retrognatismo mandibular que os bebês apresentam ao nascer deve ser corrigido até a época da erupção dos primeiros dentes decíduos, para que sua oclusão possa ser correta. Para isso, é necessário que haja um desenvolvimento mais acentuado da mandíbula, o que é amplamente estimulado pelos movimentos inerentes ao aleitamento natural. A falta dos estímulos naturais leva a anulação da excitação da articulação temporo mandibular e da musculatura mastigatória. Induz estímulos sobre a musculatura bucinadora e lingual, levando à maior propensão de respiração bucal. Assim, a amamentação é estímulo importante de funções bucais perfeitas.

Brizola, Senandes e Ferreira (2005) destacam como estímulos adequados ao desenvolvimento craniofacial o parto natural (normal), contato pele-a-pele mãe e bebê ainda na sala de parto, amamentação imediata após o seu nascimento (na primeira hora de vida), amamentação em livre demanda, ou seja, oferecer o peito ao bebê sempre que solicitado, respeitando as suas necessidades individuais, amamentação exclusiva no peito até os seis meses de idade, amamentação junto com alimentos saudáveis após o período acima citado. A alimentação deve ensinar o bebê a mastigar (dar preferência a alimentos secos, duros e fibrosos, como legumes, verduras, vegetais, frutas e carnes), incentiva-lo a comer alimentos com as próprias mãos, como cenoura crua, frutas, carnes (todos são excelentes estímulos, tanto para sua biopercepção quanto para o sistema mastigatório), os líquidos devem sempre ser oferecidos em copinhos ou xícaras, e os estímulos mais importantes são, dedicação, paciência, compreensão, senso de humor, calma, carinho e amor.

A fim de que, os inúmeros fatores positivos para o desenvolvimento correto do sistema estomatognático, sejam conseguidos de maneira mais completa possível, urge a necessidade da difusão de informações, alcançando de forma mais abrangente, todas as camadas da população. É importante que todos os motivos para não amamentar, como a volta ao trabalho, a solidão para enfrentar as dores e dificuldades, os temores, as crendices, as inseguranças, a preocupação estética, o desejo de voltar a tomar pílula, o medo que o leite seja fraco e o filho passe fome e muitos outros, sejam para toda a população esclarecidos, e que, prioritariamente, o desenvolvimento de forma mais completa de adequada das crianças seja beneficiado.

Aleitamento artificial e o uso da mamadeira

Há situações em que, mesmo que a mãe queira amamentar naturalmente, é obrigada a recorrer à mamadeira.

O aleitamento artificial só deve ser adotado quando da total impossibilidade do aleitamento natural, a critério do médico e não de forma aleatória, pois vale lembrar que nada substitui o aleitamento natural e na sua ausência sempre haverá prejuízo do desenvolvimento facial da criança, no que se refere à porção muscular, óssea e vias aéreas (CORRÊA, 1998).

Dreyfus e Hoffer, citados por CORRÊA (1998), citam como conseqüências do aleitamento artificial a falta de estímulo ântero-superior da mandíbula, a desarmonia entre respiração/ sucção/ deglutição e menor esforço muscular para extrair o alimento. A falta desse esforço muscular normal para o recém-nascido gera a anulação da excitação da articulação temporomandibular

e musculatura mastigatória, ocorrendo a indução de estímulos nos músculos bucinadores e linguais, havendo maior propensão à respiração bucal.

SERRA-NEGRA (1997) *et. al* afirmam que o risco de desenvolver hábitos deletérios para as crianças que foram aleitadas artificialmente por um período superior a um ano foi, aproximadamente, dez vezes superior aquelas que nunca se alimentaram com mamadeira.

O uso da mamadeira é recomendado em casos de stress e perda de estímulos provocados por cansaço, nervosismo ou ansiedade da mãe, que geram uma situação de profundo desgaste; quando o aleitamento natural for insuficiente para suprir as necessidades do bebê, provocando pouco ganho de peso, de estatura, insuficiência de proteínas, vitaminas e sais minerais; casos em que a mãe é portadora de doenças transmissíveis ou apresente alguma enfermidade que a impossibilite de aleitar; quando a mãe faz uso contínuo de medicamentos que, através do leite, possam prejudicar a criança.

Uma vez que haja a indicação do aleitamento artificial, a mãe deve utilizar a mamadeira como se fosse o seu próprio peito a fim de preservar os mesmos fatores emocionais positivos ligados ao aleitamento. Assim, é de suma importância que o aleitamento natural ou o artificial constitua-se em um ato de prazer entre a mãe e filho, que ela esteja com sua atenção totalmente dirigida à criança, mantendo contato físico com ela, com o calor de sua pele promovendo uma situação de plena harmonia entre ambos (CORRÊA, 1998).

Alguns cuidados devem ser tomados quando a mamadeira se faz necessária, sendo importante ressaltar que mamar não pode ser mais fácil do que se o bebê estivesse mamando no seio. Assim, as condições de aleitamento natural devem ser reproduzidas ao máximo para que todas as funções de

sucção sejam exercidas adequadamente. Dessa forma, o aleitamento artificial – que não deve se estender após a criança completar 9 meses de vida – representará o mesmo exercício que é mamar no seio para que todo o mecanismo da boca se desenvolva corretamente (CORRÊA, 1998).

Diferentes músculos são utilizados quando se realiza a sucção através da amamentação artificial. Quando do uso da mamadeira, há maior desenvolvimento do músculo bucinador. Assim, CORRÊA (1998) afirma que em casos em que houver grande frequência e intensidade de sucção do bico de mamadeira ocorrerão deformidades ósseas e musculares extensas que geram deformações no palato e, conseqüentemente, diminuição do espaço da fossa nasal, resultando em ocorrências de maloclusão e respiração bucal respectivamente.

Contrastando os aspectos mecânicos do aleitamento materno com o uso de mamadeiras, notou-se que em bebês amamentados naturalmente a ação da língua parecia ser um movimento de rolar ou peristáltico. Contudo, a ação da língua em bebês que usavam mamadeira era mais parecida a de pistão ou movimento de apertar (BRIZOLA, SENANDES, FERREIRA; 2005).

Segundo CORRÊA (1998), mamar deve ser um exercício natural, um trabalho normal de sucção, com o esforço muscular necessário. Se a mãe facilitar, porque está com pressa, o bebê mamará mais rápido, mas isso só irá prejudicá-lo e trazer problemas mais tarde. Mamar no seio significa um trabalho para a criança. Mamar na mamadeira deve ser uma atividade semelhante à de mamar no seio para que todo o mecanismo da boca se desenvolva a contento por meio desses exercícios.

O ato de sucção em mamadeiras deve exigir esforço da musculatura bucal, com controle da quantidade e velocidade do fluxo para que o bebê aprenda a deglutir de forma correta. Quando se usa mamadeira inadequada (por exemplo: fluxo grande) o bebê tende a projetar a língua para trás, de modo a não se sentir afogado, e inicia movimento de deglutição de um ponto de partida errado. O fato da língua posicionar-se constantemente num lugar errado pode levar a uma deglutição atípica ou de repouso inadequado que, com o decorrer do tempo, poderá resultar em conformação incorreta da arcada dentária (CORRÊA, 1998).

A forma com que a mãe introduz o bico da mamadeira na boca da criança é muito importante, visto que a sucção deve ser estimulada ao máximo. Assim, a mãe deve tocar levemente o bico da mamadeira nos lábios do bebê, até que ele o apreenda e comece a mamar.

Com relação ao bico da mamadeira deve-se:

- utilizar bicos anatômicos compatíveis e funcionais com a idade da criança;
- fazer orifícios pequenos (deve permitir apenas o gotejamento do líquido);
- no caso de se utilizar bicos ortodônticos, o orifício deverá estar na parte superior, de encontro ao palato, na hora de alimentar o bebê;
- os bicos devem ser bem higienizados e fervidos antes de ser utilizados pela primeira vez, bem como em todas as outras utilizações.

Os bicos não devem ser utilizados com veículos como açúcar ou mel, prevenindo-se cáries agudas, sobretudo nos dentes anteriores superiores quando presentes.

O bebê quando for amamentado deve ser aconchegado pela mãe, estando com seu corpo próximo do dela, ficando semi-sentado, com a cabeça em plano superior em relação ao restante do corpo, evitando assim refluxo para a tuba auditiva, causador da otite de repetição. A amamentação deve ser começada de um lado e no meio da mamada deve ser mudado o lado para que ambos os lados da face sejam estimulados. Não é correto deixá-lo deitado de barriga pra cima, deitado no colo ou um pouco distante. Também não se deve oferecer a mamadeira à criança no berço porque, além de prejudicar os estímulos corporais, impede exercícios de sucção adequados e, além disso, há o risco de engasgo. Além do mais, quando a criança é amamentada deitada, o leite fica retido na boca, principalmente na região ântero-superior, em contato com os dentes, o que possibilita o desenvolvimento de cáries (CORRÊA, 1998). O bebê pode ser amamentado de duas formas basicamente: horizontal inclinado ou na vertical, posição ortostática.

Durante o primeiro trimestre do aleitamento materno é importante que não sejam introduzidas mamadeiras ou chupetas para que não se desenvolva no bebê o fenômeno da confusão dos bicos. Nesta fase, como ele ainda não desenvolveu padrão de sucção e reconhecimento completo do seio materno, o bico artificial pode levar a um incorreto posicionamento de língua, além de resultar em desmame precoce (SILVA, 2003).

Quando as crianças estão próximas à idade de um ano de vida, recomenda-se o uso de copos que contenham tampa de formato especial,

desenvolvidos para que elas comecem a se desvincular da mamadeira. No caso da impossibilidade de adquirir esses tipos de copos especiais, pode-se também oferecer os alimentos através de copos comuns ou colheres, criando assim um novo hábito que auxiliará no período de desmame.

A idade ideal para que se comece a diminuir o uso de mamadeiras deve ser em torno dos 6 -10 meses de idade quando a criança já começa a apresentar maturidade emocional e habilidade física.

O uso de mamadeiras deve ser eliminado até o máximo 18 meses de idade, pois o uso prolongado poderá levar à aquisição de hábitos nocivos. Shelton e Ferreti (1982), citados por CORRÊA (1998), recomendam a eliminação da mamadeira até os 12 meses de idade.

Orientação para o aleitamento artificial satisfatório

Segundo CORRÊA (1998), deve-se orientar os pais a tomar os seguintes cuidados:

1. O bebê deve tomar a mamadeira se possível no colo para sentir todo o aconchego da mãe.
2. Para a criança mamar corretamente e fazer o movimento de ordenha deve-se segurar a mamadeira de modo que o seu mento não fique próximo do seu peito, impedindo a liberdade para realizar os movimentos de sucção.
3. Nunca deixar a mamadeira solta, apoiada no peito ou na boca do bebê. O certo é segurá-la firme, pelo meio.

4. A mamadeira deve ficar um pouco elevada em relação ao corpo da criança, num ângulo de aproximadamente 45° para que ela possa fazer os movimentos de sucção, exercitando a mandíbula para frente e para trás, de modo correto. A cabeça precisa ficar numa posição que permita esses movimentos e para que o bebê possa abocanhar o bico da mamadeira como se fosse o seio, e respirar livremente.

5. No meio da mamada, é recomendável mudar a criança de lado para estimular os dois lados da face.

6. O bico deve ser curto, não muito mole, com textura semelhante à do mamilo materno e com orifício pequeno – que deixe passar apenas 20 - 30 gotas por minuto, estando a mamadeira cheia de leite e voltada para baixo. Sob ação da gravidade. O bico comprido ou com vazão muito grande não permite a sucção adequada; o bebê mama rápido e, para não engasgar, joga a língua para trás, engole ar, não faz a sucção adequada e a necessidade de sucção permanece. Embora satisfeita em termos de alimentação, ela não estará satisfeita quanto à sucção.

7. O bojo do bico deve ser arredondado para melhor acomodar os lábios. O bico mais curto, semelhante ao formato do seio, faz com que o bebê engula menos ar, o que diminui a possibilidade de cólica, regurgitação, e reflexo nauseante. O bico longo alcança a boca na área mais sensível (palato mole) podendo estimular o reflexo de vomitar.

8. As mamadeiras precisam estar bem limpas; deve haver todo um processo de esterilização dos recipientes, aros e bicos. Muitos problemas de contaminação e de doenças bucais são provocados por objetos que o bebê leva à boca, tais como chupeta e mamadeira. Assim, as mamadeiras e seus bicos devem ser escovados para que não fiquem resíduos, e depois fervidos ou colocados em solução desinfetante. Em relação ao recipiente, o melhor é que seja todo transparente ou com poucos desenhos para não esconder resíduos.

Observados esses cuidados, diminuem muito os riscos do aleitamento artificial, mas nada supera o exercício salutar do aleitamento natural.

Sucção

A sucção é uma função vital no recém-nascido, capaz de suprir suas necessidades nutricionais e emocionais. Depois do nascimento, durante a fase oral do desenvolvimento, mantém-se como um reflexo normal que geralmente desaparece, entre 1-3 anos e meio de idade (QUELUZ, 2000).

A sucção é um reflexo inato, estando presente desde a vida intra-uterina. É através dela que a criança tem os primeiros contatos com o mundo exterior, satisfazendo, além da nutrição, as necessidades afetivas (VALLE, 2002).

Segundo MONGUILHOTT (2003), a sucção é um reflexo normal na vida da criança até dois a três anos de idade, e esta necessidade diminui à medida que ela amadurece física e emocionalmente, tendendo a desaparecer antes dos quatro anos de idade.

A sucção é o primeiro reflexo do neonato. Quando tocamos no rosto ou lábios do bebê, este vira a cabeça em direção ao toque e imediatamente abre a boca e anterioriza a língua para abocanhar. Esta é a primeira ação neuromuscular coordenada que o recém-nascido executa.

O reflexo da sucção, que é o abrir a boca e projetar a língua para frente em resposta a um toque, é verificado a partir da 28ª semana intra-uterina, segundo McBRIDE (1987), enquanto para BU'LOCK (1990) esses movimentos são verificados a partir da 32ª semana de vida intra-uterina e começam a diminuir a partir dos 3 meses de idade (CARVALHO, 2003).

Segundo McBRIDE (1987), citado por CARVALHO (2003), confirma a importância da coordenação entre respiração, sucção e deglutição, pois esta última garante a vida para a obtenção de alimento e de ar. Completa dizendo que o forte desejo de sugar e os movimentos bucais normais, linguais e faríngeos são necessários para a sucção, à deglutição e a respiração, e todos são regulados pelo sistema nervoso central.

A sucção tem como função básica a alimentação, visando à ingestão de leite materno – o único alimento do recém-nascido. Entretanto, a sucção também pode representar um mecanismo para descarregar energia e tensão, servindo como fonte de prazer e segurança. Uma vez sendo possível respeitar a livre demanda, ou seja, a criança podendo mamar sempre que desejar, não se faz necessário o uso de outros artifícios como estímulo para a maturação neurofisiológica do sistema estomatognático (CORRÊA, 1998).

A sucção fisiológica é muito importante para a criança, tanto para fins alimentares e nutricionais quanto para seu desenvolvimento craniofacial e psicológico. Segundo CORRÊA (1998), ela é um reflexo primitivo, inato,

observado antes mesmo do nascimento, na 29ª semana de vida fetal, constituindo-se em um padrão de comportamento mais precoce e complexo do recém-nascido. Sua ausência pode ser considerada um risco à sobrevivência da criança, por indicar lesão neurológica séria.

O reflexo de sucção está presente em 100% das crianças normais até os 4 meses de idade. Do 4º ao 7º mês de idade verifica-se a redução na apresentação deste reflexo, podendo, então, desaparecer até o final do primeiro ano de vida (CORRÊA, 2002).

O ato de sugar faz parte do comportamento instintivo que a criança apresenta ao nascer, sendo o início de uma etapa do desenvolvimento psicossomático do bebê que, caso não seja bem conduzido poderá trazer conseqüências sérias que se arrastarão durante toda a vida. O ato de sugar também propiciará ao bebê atingir gradativamente sua plenitude respiratória, pois os movimentos ritmados dos músculos bucais durante a amamentação tornarão a respiração, que no início da vida era superficial e irregular, mais intensa e regular, permitindo assim um aporte mais adequado de oxigênio para o cérebro, elemento de suma importância para a maturação das células nervosas, pois estas necessitam duas vezes mais oxigênio que as células de outros tecidos para o seu desenvolvimento (CORRÊA, 2002).

Segundo VALLE (2002), o instinto de sucção é muito intenso nos 3 primeiros meses de vida e tende a diminuir gradualmente a partir do sexto mês, se exercido adequadamente até o 4º mês de vida.

Por volta do 4º mês de idade, o ato de sucção atingirá a intensidade máxima, e se até esta época funcionou de maneira satisfatória, sua necessidade

tenderá a diminuir a partir do momento que a criança começar a vocalizar, morder e agarrar com as mãos.

Hábitos de sucção / hábitos de sucção não-nutritivos

Durante o desenvolvimento normal da oclusão, os dentes irrompem num ambiente dinâmico onde atuam músculos da mastigação, da língua e da face em geral, determinando um conjunto de atividades funcionais. Neste ambiente é imprescindível que sempre haja harmonia entre a atividade funcional e o crescimento das estruturas ósseas, e principalmente até que os dentes encontrem seus antagonistas na arcada oposta, entrando em oclusão (CORRÊA, 2002). Assim, é muito importante que o Cirurgião-Dentista esteja atento para alguns pontos (prevenção e orientações preventivas) a fim de evitar fatores que possam vir a interferir neste processo, como por exemplo, os problemas decorrentes dos hábitos bucais (prolongamento do hábito, deformidades físicas, maloclusões).

QUEILUZ (1999), afirma que o hábito de sucção contribui como fator etiológico em potencial na deteriorização da oclusão e na alteração do padrão normal de crescimento facial.

Segundo ZUANON (1999), os hábitos são padrões de contração muscular aprendidos, de natureza complexa, agindo alguns como estímulos e outros como fatores deturpadores do desenvolvimento ósseo.

O hábito é o resultado da repetição de um ato com determinado fim, tornando-se com o tempo resistente a mudanças. Para PETERSON e SCHENEIDER (1991), citados por CORRÊA (1998), a instalação do hábito

ocorre por ser agradável e trazer satisfação e prazer ao indivíduo. Inicialmente, há a participação consciente do indivíduo em realizar o ato, mas em função da sua repetição contínua, ocorre um processo de automatização e aperfeiçoamento, tornando-se assim inconsciente.

Segundo FINN (1992), os hábitos podem ser classificados como:

- *Não compulsivos*: quando são de fácil adoção e abandono nos padrões de comportamento da criança durante o seu amadurecimento;
- *Compulsivos*: quando está fixado na personalidade, a ponto da criança recorrer à sua prática quando sua segurança está ameaçada.

Também podem ser classificados quanto à capacidade de satisfazer necessidades em hábitos de sucção:

- *Nutritivos*: quando fornece os nutrientes alimentares (amamentação e mamadeiras);
- *Não-nutritivos*: quando proporciona à criança um prazer especial, aquecimento e proteção, podendo se tornar um hábito de sucção persistente, adotado pela criança em resposta a frustrações e para satisfazer sua ânsia e necessidade de contato.

FINN (1976), também citado por CORRÊA (1998), ressalta que a etiologia dos hábitos bucais em geral contém um aspecto psicológico muito forte quando se trata de uma válvula de segurança contra pressões emocionais, físicas ou psíquicas.

quando se trata de uma válvula de segurança contra pressões emocionais, físicas ou psíquicas.

HANSON E BARRET (1995), citados por SILVA (2005), citam os seguintes fatores emocionais como desencadeantes de um hábito bucal:

- Cobrança excessiva dos pais com relação à limpeza;
- Nascimento de um irmão;
- Implicâncias, críticas ou abuso físico dos irmãos;
- Rejeição dos pais, irmãos ou amigos;
- Separação freqüente ou prolongada de um dos pais ou de ambos.

FLETCHER (1975), citado por ZUANON (1999), relata que distúrbios emocionais como ciúmes, rejeição, ansiedade ou qualquer estímulo que desequilibre o senso de segurança da criança também podem levar ao aparecimento de hábitos bucais. Sua persistência pode ser também, resultado do simples aprendizado, sem existir na criança problemas emocionais.

Segundo TARTAGLIA (2001), o hábito oral deletério consiste em um ato neuromuscular complexo, podendo associar-se com crescimento ósseo deturpado ou retardado, más posições dentárias, distúrbios respiratórios, dificuldades na fala, perturbações no equilíbrio da musculatura e problemas psicológicos. O grau de desequilíbrio associado depende da tríade de Graber intensidade, freqüência e duração, sendo ainda influenciado pela predisposição individual, idade, condições nutricionais e saúde do indivíduo.

Para CORRÊA (1998), a presença e o grau de severidade dos hábitos de sucção não-nutritivos (chupeta e dedo) dependerão de alguns parâmetros:

- Duração: período de atividade;

- Frequência: número de vezes por dia;
- Intensidade: definida pela duração de cada sucção, bem como do grau de atividade dos músculos envolvidos;
- Posição da chupeta ou dedo na boca;
- Idade do término do hábito;
- Padrão de crescimento da criança;
- Grau de tonicidade da musculatura bucofacial.

MOYERS (1991) acredita que o hábito de sucção depois de 4 anos de idade geralmente seja um sintoma de carência afetiva, e a criança o usaria para encontrar conforto e compensação. Em alguns casos ela pode adotá-lo como um meio de vingança contra os pais.

TOLEDO (1996), citado por VALLE (2002), relata como causa primária da sucção não-nutritiva a falta de atenção maternal que aliviasse as tensões do corpo e satisfizesse outras necessidades de estímulo.

Segundo VALLE (2002), a sucção ocorre também para aliviar a tensão labial dos bebês, portanto se a necessidade de sucção não for satisfeita durante o ato da amamentação materna regular, o recém-nascido pode desenvolver o hábito de chupar dedos e/ou chupeta, mesmo depois de bem alimentados.

O tipo de amamentação da criança é outro fator ligado à etiologia dos hábitos de sucção. Crianças que receberam amamentação materna exclusiva têm menores chances de adquirir hábitos de sucção não-nutritivos, como sugar dedos ou chupetas, freqüentemente observados nas crianças menores de vinte e quatro meses que não mamam no peito da mãe (REGO FILHO, 1996).

Segundo QUELUZ (2000), os hábitos bucais se instalam com maior freqüência em crianças que não tiveram amamentação natural, pois o impulso

neural da sucção está presente desde a vida intra-uterina e é normal na criança, garantindo sua sobrevivência e sendo até mesmo considerada como a primeira fase da mastigação (pois envolve os músculos da mastigação quando realizada no seio da mãe). Quando a criança tem amamentação por mamadeiras, o fluxo de leite é bem maior que na amamentação natural, portanto a criança se satisfaz nutricionalmente num menor tempo e com menor esforço. O êxtase emocional em relação ao impulso da sucção não é atingido, e a criança para isso procura substitutos como o dedo, a chupeta e objetos para satisfazer-se.

VIEIRA (2001) relata que a sucção como hábito nocivo está associado diretamente à atividade de sucção realizada de maneira inadequada, seja através do uso de mamadeiras de bicos longos e orifícios aumentados, onde o líquido é retirado por pressão posterior, impedindo a sucção anterior e tornando os lábios hipofuncionais durante o ato; ou devido à frustração no instinto da sucção pela retirada imediata do bebê do seio ou mamadeira após o aleitamento.

Segundo RAMOS-JORGE (2000), o hábito pode surgir em consequência de problemas que a criança vive no ambiente familiar, como por exemplo, maus tratos, separação dos pais, nascimento de um irmão, negligência dos pais, carência afetiva, ou, no ambiente escolar, tais como competição ou discriminação pelos colegas.

De acordo com TARTAGLIA (2001), filhos de mães com baixa escolaridade, estão quase duas vezes mais propensos a apresentar hábitos orais que aqueles cujas mães apresentam alta escolaridade.

SOUZA (2006) relata que o grau de informação das mães sobre aleitamento materno está diretamente relacionado com a menor incidência de más oclusões.

CORRÊA (1998) aborda 3 teorias que tentam explicar o prolongamento dos hábitos não-nutritivos:

1. Teoria da Função Perdida: baseia-se na afirmação de que a sucção insuficiente ou inadequada nos primeiros 24 meses de vida (período de lactância) contribui para a aquisição de hábitos bucais como chupeta e dedo.
2. Teoria Psicanalítica: esta teoria afirma que a etiologia dos hábitos bucais, em geral, contém um aspecto psicológico muito forte quando se trata de uma “válvula de segurança” contra pressões emocionais, físicas ou psíquicas. Afirma também que se existe uma frustração das necessidades orais durante a infância, a conduta da criança sofrerá alguma danificação no futuro.
3. Teoria da Conduta Adquirida: segundo esta teoria a criança aprende a associar a sucção com perspectivas agradáveis. A generalização da condição e estímulo pode iniciar um hábito que se repete e leva à formação de um padrão de conduta adquirida. Assim, a sucção não-nutritiva parece surgir como um hábito aprendido.

MARTINS (2005) afirma que as teorias acima não são totalmente incompatíveis umas com as outras, pois os hábitos de sucção podem ter aspecto multifatorial, em que o hábito poderia ser iniciado por uma determinada

razão, sustentado por algum outro motivo e, nas idades subseqüentes, mantidos por outros fatores, principalmente pelos reforços de caráter emocional.

Segundo SILVA (2006), os hábitos de sucção que cessam entre 3 – 4 anos de idade, normalmente não acarretam o estabelecimento de uma má-oclusão. Contudo, quando persistem após os 4 anos, principalmente durante o período de erupção dos incisivos permanentes, a oclusão pode tornar-se prejudicada.

✦ **Sucção de chupeta e dedo**

A sucção digital e de chupeta são hábitos comuns durante a infância, sendo praticadas por 90 % das crianças nos primeiros dois anos de vida. Esta frequência diminui significativamente com o acréscimo da idade (DOLCI, 2001).

Dentre os hábitos deletérios, o mais comum é a sucção de dedos e chupeta (QUELUZ, 2000).

Para SILVA-FILHO (1986), citado por MONGUILHOTT (2003), a sucção digital é o hábito bucal deletério mais comum entre as crianças.

Segundo MONGUILHOTT (2003), há casos onde o reflexo inato de sucção gera o hábito de sucção devido ao fato da criança ainda não saciada física e emocionalmente, buscar o prolongamento de estímulos que lhe satisfazem e acalmam, sugando dedo ou chupeta.

O uso de chupetas e sucção de dedos está relacionado a dificuldades na amamentação natural, desmame precoce e queda na motivação da lactante pela amamentação natural.

WALTER (1999) acredita que a criança que mama no peito até os seis meses de idade tem uma possibilidade menor de adquirir hábitos de sucção não-nutritivos, como a sucção do dedo e da chupeta, do que aquelas que são amamentadas com mamadeira.

A não satisfação das necessidades psico-emocionais devido ao tempo inadequado de amamentação natural, leva a criança a supri-las utilizando chupetas ou o próprio polegar, estando o último sempre ao seu alcance (ZUANON, 1999).

A presença e o grau de severidade das alterações dento-alveolares provocadas pelos hábitos de sucção de chupeta dependem de alguns fatores como a Triade de Graber (frequência, duração e intensidade), posição da chupeta na boca, idade de término do hábito, padrão de crescimento da criança e grau de tonicidade da musculatura buco-facial (DUQUE, 2006). Da mesma forma, a autocorreção, após a interrupção precoce do hábito, dependerá de fatores como severidade, variação anatômica da musculatura perioral, idade, intensidade, frequência, duração, posição dos dentes e padrão hereditário individual (SILVA, 2003).

De acordo com VALLE (2002), o uso de chupeta pode representar um perigo para o correto desenvolvimento da oclusão de uma criança, dependendo do modo como ela é utilizada. Quando usada com frequência e por tempo prolongado, o hábito instala-se e a presença da chupeta entre as arcadas provoca desvio na direção de crescimento maxilar, impede o contato entre os lábios, além de ocupar o espaço funcional da língua, que virá posicionar-se inadequadamente na boca. Essas modificações na direção do crescimento, nas

funções da língua e a falta de vedamento labial podem favorecer a instalação de maloclusões.

Segundo SILVA (2006), as alterações na dentição e na oclusão provocadas pelo hábito de sucção da chupeta ou por sucção digital em geral são semelhantes. Sugere também que os maiores efeitos deletérios provocados pela sucção do dedo sejam em função da dificuldade da remoção deste hábito quando comparada aos de remoção da chupeta.

CARVALHO (2003) relata casos de reabsorção radicular precoce em paciente com hábito de sucção do polegar.

SILVA (2003), afirma que o hábito de sucção de dedos ou chupetas está relacionado a eventos de birra, choro ou mesmo frustração pela ausência materna. Assim, a sucção age de forma tranquilizadora, sendo a digital considerada mais prejudicial, pois o dedo está sempre disponível e a pressão, o peso e o posicionamento da mão auxiliam no desenvolvimento de anormalidades.

Todos os hábitos de sucção digital devem ser estudados em virtude de suas implicações psicológicas, pois podem estar relacionados à fome, à satisfação do instinto de sucção, à insegurança ou mesmo a um desejo de atrair atenção, motivado pelo nascimento de um irmão ou pelo sentimento oriundo de alguma modificação no lar, como separação dos pais, conflitos familiares ou porque algum problema tenha absorvido o interesse dos pais. A sucção do polegar que persiste após o tempo usual para o seu desaparecimento pode ser um sintoma de distúrbio emocional, e sua abordagem terapêutica deve ser baseada na etiologia (TANAKA, 2004).

A época do aparecimento indica importância na identificação da causa do hábito. Aqueles que surgem durante as primeiras semanas de vida são associados aos problemas na alimentação. Mais tarde, o hábito pode ser consequência da repetida colocação do dedo no local de esfoliação de um molar decíduo com irrupção dificultada, liberação de tensões emocionais, insegurança, ou mesmo desejo de atrair atenção (MOYERS, 1991).

Segundo VALLE (2002), a mãe deve ser orientada para que ela identifique se o motivo do choro do bebê é a falta de sucção ou a necessidade de realizar mais exercícios. Sendo este o motivo, basta estimular a sucção colocando-se o bico da chupeta lentamente em contato com o contorno dos lábios do bebê com toques leves, para que o bico da chupeta seja umedecido e o reflexo da sucção desencadeado. Se houver necessidade, o bebê iniciará os movimentos de sucção. Assim, deve-se aconselhar mãe, neste momento, segurar o aparelho de sucção puxá-lo com movimentos leves para trás, estimulando, dessa forma, o ato de sugar. Ao se realizarem 10 - 12 vezes, a musculatura facial trabalha o suficiente, estimulando e satisfazendo a sucção, o bebê automaticamente rejeita a chupeta e dorme. A chupeta deve então ser retirada da boca, pois o bebê não precisa mais dela. É essencial orientar a mãe para que não deixe o bebê dormir com a chupeta interposta entre os lábios e os rebordos. A boca, ao dormir, deve estar fechada, com os lábios em contato, mantendo a propriocepção do fechamento labial, garantindo a respiração nasal.

Segundo CAMARGO (1998) é necessária que seja descartada a preocupação de que realizando exercícios de sucção com a chupeta, o bebê desacostuma e deixa o aleitamento materno e realçada a verdade de que quando a chupeta é usada racionalmente apenas como aparelho de sucção ela

pode ser benéfica para os bebês, não havendo a instalação de hábito indesejável.

A preferência ou facilidade de obtenção da chupeta é responsabilidade dos pais, os quais determinam e oferecem a acessibilidade à mesma. Também deve ser levado em conta o papel social que a chupeta desempenha, visto que esta é um objeto culturalmente aceito, fazendo parte do enxoval de quase todos os bebês.

MARTINS (2005) afirma que a chupeta tem um importante papel na sucção até a época de erupção dos primeiros dentes decíduos, pois estimula o desenvolvimento favorável da arcada dentária superior e do palato, devendo para isso apresentar determinadas características. Entretanto, a chupeta não deve ser ofertada como apoio emocional, lazer e muito menos substituir a atenção e o carinho dos pais.

CORRÊA (1998) também afirma que até a erupção dos primeiros dentes decíduos, a chupeta tem um papel importante na sucção, estimulando o desenvolvimento favorável da arcada dentária superior e do palato.

O uso de chupetas pode agir como um fator local na influência da colonização e proliferação de fungos e lactobacilos na cavidade bucal. Segundo OLLILA (1997), citado por MARTINS (2005), a criança com hábito de sucção de chupeta possui um risco de infecção por espécies de *Candida* três vezes maior do que aquelas que não possuem este hábito, sendo este fungo uma fonte de reinfecção contínua, levando, muitas vezes a um tratamento inefetivo.

Outra infecção muito comum que ocorre na infância e que possui a chupeta como fator de risco é a otite média aguda.

CORRÊA (1998) relata os problemas bucais decorrentes dos hábitos de sucção não-nutritiva mais frequente:

- Mordida aberta anterior, normalmente com contorno circular;
- Inclinação vestibular e diastema entre os incisivos centrais superiores e retroinclinação dos incisivos inferiores;
- Maior incidência de traumas nos incisivos superiores por causa da hipotonicidade do lábio superior e à falta de proteção devido a sua inclinação;
- Mordida cruzada posterior;
- Aumento da sobremordida;
- Redução na largura da arcada dentária superior em função da alta atividade muscular na região de molares durante a sucção;
- Desenvolvimento de interposição lingual e alteração no padrão de deglutição;
- Alteração na articulação das palavras.

Segundo SERRA-NEGRA (1997), o risco relativo observado para mordida aberta anterior em crianças portadoras de hábitos deletérios foi, aproximadamente, quatorze vezes superior em comparação àquelas que não apresentaram esse comportamento.

As alterações funcionais citadas por DUQUE (2006) são: incompetência labial, interposição lingual na região da mordida aberta anterior, deglutição e fonação atípica, respiração atípica.

OGAARD et al. (1994), citados por DUQUE (2006), relatam que a sucção de chupeta é capaz de reduzir a distância intercanina superior e aumentar a inferior em crianças de três anos. Foi sugerido que quanto maior a

duração do hábito de sucção, maior a redução na distância intercanina no arco superior.

A presença de chupeta ocasiona também o desequilíbrio entre as forças da musculatura das bochechas e língua, apresentando como consequência atresia maxilar e conformação ogival do palato (DUQUE, 2006).

A mordida aberta anterior é citada como a maloclusão mais freqüente decorrente do hábito de sucção de chupeta (ALVIANO, 2005); (DOLCI, 2001); (TANAKA, 2004).

SERRA-NEGRA (1997) concluiu que as crianças com sucção digital ou de chupeta apresentaram maiores chances de desenvolvimento de maloclusões, como a mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e overjet.

TOMITA (2000), citado por DOLCI (2001), ressaltou o maior risco de desenvolvimento de maloclusões por indivíduos suctores de chupeta, quando comparados aos suctores digitais.

De acordo com CAMARGO (1998), a mãe nunca deve oferecer a chupeta a propósito de acalmar o choro desencadeado por outros motivos como uma cólica, solidão, susto, desconforto, consolo ou forma de lazer.

Segundo Adair e Dushku, citados por CORRÊA (1998), não há diferença entre crianças que utilizam chupetas ortodônticas ou convencionais (entre 2-5 anos de idade) com respeito às relações transversais nos planos sagital, vertical e oclusal.

Já Martins (2005) concluiu que a chupeta de bico chato provoca menos alterações na oclusão que a de bico convencional e ajuda a prevenir hábitos de sucção mais deletérios de difícil remoção, como a sucção digital.

Segundo QUELUZ (1999), apesar de ser uma vilã, a chupeta não é tão maléfica assim, desde que usada com cautela. A chupeta não é um artifício que só prejudica, pois ela tem função no desenvolvimento emocional da criança. Psicologicamente, a chupeta significa para a criança a lembrança da mãe, o prazer oral ameniza a frustração, sua alegria é sugar o seio da mãe e satisfazer sua fome. A chupeta cumpre a função de restituir a tranquilidade que a ausência da mãe tirou. O importante é não deixar o hábito se tornar um vício.

STRANG & THOMPSON (1958), citados por DOLCI (2001), ressaltaram que nem todos os suctores possuem alterações nas arcadas ou dentes mal posicionados. Isso irá depender de fatores como duração e frequência do hábito, e do tipo de tecido ósseo sobre o qual está atuando.

Orientações quanto ao uso de chupeta

Quando os pais ou responsáveis optam pelo uso da chupeta, é dever do Odontopediatra fornecer toda a orientação necessária quanto aos possíveis efeitos deletérios do hábito, bem como informar sobre as características anátomo-funcionais que a chupeta deve apresentar.

Duque (2006) cita essas recomendações quando da aquisição de uma chupeta:

- O bico da chupeta deve ser compatível com a idade e o tamanho da boca do bebê para amenizar a posteriorização da língua;
- Deve ser de preferência de silicone e com formato ortodôntico;
- O disco ou apoio labial deve ser de plástico firme, com formato côncavo maior que a boca de bebê e apresentar orifícios de ventilação para

favorecer a circulação de ar e prevenir irritações na pele, geradas pelo acúmulo de saliva;

- A chupeta não deve possuir argola;
- Não deve ser desmontável;
- A superfície da externa da chupeta deve ser lisa, sem falhas,

fendas ou outros defeitos visíveis;

- A chupeta deve ser fervida antes do uso pelas crianças;
- A freqüência do uso deve ser restrita ao berço e ao período de

indução do sono. Exceto, é claro, nos casos onde está indicada a realização de exercícios de sucção.

Já CORRÊA (1998), cita estas recomendações para a orientação dos pais quanto ao uso de chupetas:

- O aleitamento natural é fundamental e sempre que possível deve ser a primeira escolha, diminuindo assim a necessidade de sucção extra;
- É conveniente alimentar a criança acostumada à mamadeira com bico ortodôntico, que obrigue a criança a exercitar a musculatura facial, suprimindo em parte a necessidade de sucção;
- Deve ser dada apenas uma chupeta à criança, pois ela pode se acostumar com várias: uma na boca, outra para fazer carinho no rosto, no nariz, ficando mais difícil para remover o hábito;
- A chupeta não deve ser deixada à mão. Para crianças que usam chupetas e cheiram paninhos tentar deixar sempre estes objetos longe do seu alcance. O ideal é que haja apenas um

desses objetos em casa, em cima de um móvel um pouco alto para que a criança tenha que fazer determinado esforço para pegá-lo;

- O bico da chupeta deve corresponder ao formato do palato e ser usado de maneira correta. Verificar se há algum sinal que indique sua posição correta: pode ser a própria marca ou algum desenho. É importante observar também os diversos tamanhos para as diferentes idades;
- Deve-se tomar cuidado para que a criança não adquira o hábito de colocar o disco de plástico dentro da boca;
- A chupeta não deve ser presa com correntinhas ou presilhas. Apesar de evitar que ela caia no chão, a comodidade não compensa o risco de reforço do hábito;
- Às vezes, o bebê fica com a chupeta pendurada na boca, sem sugar. Estes momentos devem ser aproveitados para distraí-lo; provavelmente ele soltará a chupeta;
- A chupeta só deve ser dada em momentos de ansiedade e tensão do bebê;
- Evite usar com insistência a chupeta com “rolha” para que o bebê incomode o mínimo possível. É importante que a mãe saiba que o único canal de comunicação que o bebê possui é o choro e ela precisa aprender a lidar com isso e com a ansiedade gerada dentro de si;
- Se a criança de início utiliza a chupeta para adormecer, os pais podem retirá-la assim que pegar no sono, evitando que fique

com a chupeta a noite inteira e acordar assim que a “perde” no berço;

- Orientar para que sejam testadas diferentes chupetas no caso de rejeição de algum tipo específico. Deve-se insistir no uso da chupeta para não se correr o risco do hábito de sucção digital. A remoção do hábito de sucção digital é mais difícil que a do dedo;
- Nunca criticar, ridicularizar ou aplicar uma punição à criança por estar sugando a chupeta ou dedo. Estas atitudes podem reforçar o hábito;
- Tente não chamar a atenção para o ato de sucção, apenas desviá-la para outra coisa;
- Evitar recursos como colocar pimenta ou substâncias amargas na chupeta ou dedo, pois na maioria das vezes não traz benefício algum. Ao contrário, pode até traumatizar a criança.

Chupeta X Dedo

A remoção do hábito de sucção digital é bem mais difícil que o hábito de sucção de chupeta devido ao fato do dedo ser intracorpóreo, ter calor, odor e consistência muito aproximada ao do mamilo materno. Além disso, ele está sempre presente.

O hábito de sucção digital pode vir a se desenvolver quando não é oferecida à criança a chupeta ou quando esta é retirada.

Segundo CORRÊA (1998), as crianças com o hábito de sucção digital permanecem com o vício por mais de três anos de idade. Já as com hábito de

sucção de chupeta, menos de um terço persistem com o hábito por além dos três anos.

De acordo com QUELUZ (1999), a chupeta passa a ser um problema quando continua sendo usada depois dos três anos. Se antes auxiliava o desenvolvimento muscular e motor da boca, preparando para a alimentação sólida e para a fala, agora provoca males de caráter estético e funcional.

Segundo CAMARGO (1998), se o bebê manifestar a vontade de fazer a sucção com o dedo, entre o dedo e a chupeta, deve-se preferir a segunda opção, pois a primeira exerce maior pressão, está sempre mais acessível e é mais difícil, uma vez instalado o hábito, sua remissão.

Remoção de hábitos e tratamentos

Para MONGUILHOTT (2003), o sucesso do tratamento no caso de hábitos bucais deletérios, depende de um diagnóstico e planejamento realizado em conjunto, ou seja, uma abordagem multidisciplinar, com a participação do ortodontista, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, assessorados muitas vezes pelo psicólogo.

Não menos importante é a função dos pais, que em casa, devem reforçar tudo aquilo que foi dito pelo profissional no consultório, de maneira que todos falem a mesma linguagem. Os pais devem estar empenhados em proporcionar aos seus filhos o que elas realmente necessitam. É importante uma atitude positiva em relação às realizações dos filhos. Situações nas quais a criança é ridicularizada devem ser evitadas (CORRÊA, 1998).

Devido ao fato de que há a possibilidade de correção espontânea das maloclusões provocadas pelo hábito de sucção de chupetas, recomenda-se a remoção precoce e gradativa da chupeta, em época oportuna.

Alguns autores sugerem que a interrupção do hábito até os três anos de idade pode levar à correção espontânea das alterações dento-alveolares, pois a criança ainda não apresenta o amadurecimento do padrão de contração neuromuscular (DOLCI, 2006).

CORRÊA (1998) relata que a primeira oportunidade para a orientação da retirada do hábito ocorre quando funcionalmente as necessidades neuromusculares da criança já foram supridas, visando assim equilíbrio orgânico. Assim, se a criança foi muito bem estimulada, ou seja, mamou no peito ou na mamadeira, de maneira adequada, o início da retirada ocorrerá por volta dos 6 – 7 meses de idade, no momento em que começa a erupção dos primeiros dentes.

Por volta dos quatro anos de idade os profissionais indicam o limite para não haver comprometimento da forma das arcadas dentárias. Até essa idade, não se verifica grandes deformidades bucofaciais causadas pelos hábitos de sucção não-nutritivos. E, mesmo em caso positivo, se o hábito for removido nessa época, na maioria das vezes, o crescimento ósseo se processa de maneira normal, ocorrendo “autocorreção” da maloclusão (CORRÊA, 1998).

Segundo CORRÊA (2002), há três períodos para se tentar remover o hábito:

- 1ª época: período de desmame (6º ou 7º mês de idade).
Nesta fase a manutenção da sucção como função de nutrição ou como hábito com sugadores é considerada desnecessária. Esta é

a primeira oportunidade de remoção do hábito, sem que ocorram alterações funcionais.

- 2ª época: idade anatômica ou da forma (3 e 4 anos de idade). Nesta fase, a criança já possui maior capacidade de compreensão e maturidade para poder estar motivada e colaborar com o tratamento proposto. Ainda nessa fase, há a possibilidade de preservação da forma das arcadas.
- 3ª época: idade emocional. Consistiria na remoção do hábito somente quando a criança estivesse preparada psicologicamente para deixá-lo.

Segundo VALLE (2002), é impossível estabelecer uma idade para o início do tratamento de um hábito bucal deletério. O momento oportuno varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com o desenvolvimento da criança e a gravidade do caso, contudo os pesquisadores são unânimes em recomendar a remoção precoce do hábito.

É de suma importância a aceitação da criança ao tratamento proposto para que se obtenha sucesso e para prevenir ou minimizar os possíveis efeitos psicológicos envolvidos. Segundo CORRÊA (1998), quando a decisão parte da criança, raramente haverá recaída.

Segundo MONGUILHOTT (2003), faz-se necessário que não só a família queira que o hábito seja eliminado, mas a criança também. Se o momento para eliminar o hábito for opção exclusiva dos pais e não do paciente, o hábito desejado pode ser eliminado, porém, outro pode surgir em seu lugar, já que este é muitas vezes uma forma de diminuir a ansiedade, carências.

MONGUILHOTT (2003) afirma ainda que jamais o paciente deverá se sentir culpado por apresentar tal hábito, pois será umas das tantas culpas que ele carregará em sua vida.

Para CORRÊA (1998), medidas superficiais como repreensões e mesmo punições não corrigem o hábito, apenas humilham a criança e agravam ainda mais o problema. O hábito por si só já é causa de humilhação para a criança que o tem e por este motivo o seu convívio social torna-se conflituoso.

Segundo TARTAGLIA (2001), mães com baixa escolaridade, estão quase cinco vezes mais propensas a recorrer a atitudes punitivas para o abandono do hábito, do que mães com alta escolaridade.

A Academia Americana de Odontopediatria (1998-1999) aconselha que todo tipo de tratamento deve ser apropriado ao desenvolvimento, compreensão e capacidade de colaboração da criança. Seu objetivo primordial deverá ser reduzir ou eliminar totalmente o hábito e seus efeitos deletérios ou, ainda, potencialmente deletérios, ao complexo craniofacial e à dentição da criança.

O tratamento inicia-se com a orientação dos pais e da criança quanto às conseqüências do hábito, utilizando modelos de gesso, fotos, tabelas, lembretes, premiações, utilização de datas específicas para entregar a chupeta ou deixar a sucção digital. Fotos iniciais e finais são formas de se avaliar e estimular a eliminação e a não recidiva do hábito.

DUQUE (2006) cita o método das recompensas, baseado no conceito de que o comportamento desejável deve ser lembrado e o indesejável ignorado. Negociação verbal ou contrato com a criança podem ser realizados, prevenindo sempre os pais para que não dêem presentes se a criança falhar no combinado.

CORRÊA (1998) cita um recurso de motivação que consiste em uma “tabela-calendário” com os três períodos do dia e em cada período sem o hábito deve ser colada uma figurinha. O objetivo é preencher toda tabela obtendo-se a descontinuação do hábito por períodos cada vez maiores, até a remoção total.

CORRÊA (2002) cita o uso de uma pasta de motivação que consiste em mostrar a criança o que o hábito pode causar em sua boca, por meio de fotos ou modelos de maloclusões e, por outro lado, mostrar também fotos e modelos de arcos saudáveis, rostos bonitos, inclusive de pessoas famosas ou ídolos infantis.

Outra forma também citada por CORRÊA (2002) é a de se explorar a vaidade da criança. Deve-se pedir à criança que se olhe no espelho, com o dedo ou chupeta na boca, ou seja, praticar o hábito diante do espelho. Logo em seguida pedimos que remova o dedo ou chupeta da boca e novamente se olhe no espelho. Pergunta-se então a criança: como é que você se vê mais bonita, com o dedo/chupeta na boca ou sem?

Outra forma de tratamento sem uso de recurso ortodôntico é o Método do Esclarecimento proposto por BONI (2006), onde pais e filhos são orientados quanto ao hábito bucal em questão, salientando-se suas conseqüências através de fotos, espelhos, gravuras de livros, diapositivos. As sessões para esclarecimentos variam de 2– 4 sessões.

BONI (2006) em seu estudo relatou ser possível a remoção de hábitos de sucção de chupeta e/ou mamadeira sem a necessidade de utilizar qualquer tipo de recurso ortodôntico, em pacientes de 4– 6 anos de idade; e que tal prática acarretaria na diminuição, ou mesmo, fechamento, da mordida aberta anterior dos pacientes.

A interação interdisciplinar e o acompanhamento do paciente são de fundamental importância para a manutenção dos resultados de tratamento.

CONCLUSÃO

Realizada a revisão da literatura, pôde-se concluir que:

1. A amamentação natural exclusiva nos primeiros seis meses de vida é fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
2. O aleitamento materno é considerado um fator importante para o desenvolvimento correto do sistema estomatognático;
3. Há relação entre o tempo de aleitamento materno e a presença de hábitos: quanto mais prolongado o tempo de aleitamento, menor é a chance da criança desenvolver hábito de sucção deletério;
4. As crianças que possuem hábitos de sucção deletérios têm mais chances de desenvolver más oclusões que as que não os possuem;
5. Os hábitos de sucção não-nutritivos estão muitas vezes ligados a fatores psico-afetivos;
6. A associação entre hábitos de sucção deletérios e maloclusões é fortemente comprovada pela literatura sendo a mordida aberta anterior e cruzada posterior as mais prevalentes;
7. Crianças com menor tempo de aleitamento materno desenvolvem, com maior freqüência, hábitos bucais deletérios, apresentando um risco relativo sete vezes superior com relação àquelas aleitadas no seio por um período de, no mínimo, seis meses;
8. Crianças aleitadas com mamadeiras por mais de um ano apresentam quase dez vezes mais risco de apresentarem hábitos bucais viciosos do que aquelas que nunca utilizaram essa forma de aleitamento;

9. Devem ser fornecidas às mães orientações relativas à importância da amamentação natural, para que seja prolongado o tempo de amamentação no seio e também para que se retarde ou se evite o uso de mamadeiras e chupetas;

10. No caso de tratamento de um hábito bucal, é fundamental, além da compreensão da criança, a colaboração dos pais ou responsáveis, sendo imprescindível que estes aceitem a orientação prescrita e não interfiram desfavoravelmente, castigando a criança ou supervalorizando o problema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ALVIANO, W.S.; CAETANO, M.T.O.; BOLOGNESE, A.M. Sucção Digital e Hábitos Associados. Sucesso e Insucesso na Intervenção Simultânea. J. Brás. Ortodon. Ortop. Facial. 2005; 10 (56): 134-140.
2. BANCO DE DADOS DA OMS: www.who.int/nut/db_bfd.htm.
3. BONI, R.C., ALMEIDA, R.C., VEIGA, M.C.F.A. Remoção do hábito de sucção sem o uso de recurso ortodôntico – Método do Esclarecimento. Rev. Paul. Odontol. Ano XXII. Nº. 04. Jul./Ago. 2000.
4. BRIZOLA, D. R., SENANDES, N. C., FERREIRA, R. Amamentação natural: uma prevenção dos distúrbios do sistema estomatognático.2005. Disponível em: <http://www.via-rs.net/pessoais/ivo-poa/amament.pdf>
5. CAMARGO, F.C.M., MODESTO, A, COSER, M.R. Uso racional de chupeta. JPB, v. 1 (3), p. 43-47, 1998.
6. CARVALHO, G. D. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. Secretária da saúde, v. 12,1995.
7. CARVALHO, G. D. de. S.O.S respirador bucal. Uma visão funcional e clínica da amamentação. 2ª ed. 2003.
8. CORRÊA, M. S. N. P. Odontopediatria na Primeira Infância. Cap. 8. Pág. 71-86. 1998.
9. CORRÊA, M. S. N. P. Sucesso no atendimento odontopediátrico. Aspectos psicológicos. 2002.

10. DOLCI, G.S., FERREIRA, E.J.B., MELLO, A.L.F. Relação entre hábitos de sucção e maloclusões. J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial. 2001. Vol. 6. Nº. 35. Set./Out.
11. DUQUE, C.; ZUANON, A.C.C. Sucção de chupeta – implicações clínicas e tratamento. Rev. Paul. Odont. Ano XXVIII. Nº. 01. Jan./Fev./Mar. 2006.
12. FERREIRA, O. S.; SAMICO, I. Crescimento e desenvolvimento. In: FIGUEIRA, F; FERREIRA, O.S.; ALVES, J. G. B. Pediatria - instituto materno-infantil de Pernambuco (IMIP). Recife. Medsi. 2ª ed. 1996. p 35-46.
13. FINN, S.B. Clinical Pedodontics. 3ª ed. Philadelphia: Sauders, p. 307-323, 1967.
14. GALARRETTA, F. W. M.; SILVA, A. M. T.; TONIOLO I. M. F. Tipo e duração de aleitamento e sua relação com o hábito de sucção da chupeta e a oclusão. Revista Ibero-Americana de Odontopediatria & Odontologia do Bebê. Ano 7. Volume 7. n 40. 2004.
15. GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação: como e porque promover. J. Pediatria 1994; 70(3): 138-51.
16. GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. Jornal de Pediatria. Vol. 76. Suplemento 3. Dez/2000.
17. LOBATO, J. R. M. J. de F. Antes de tudo, o aleitamento materno, Revista moderna. Ano 2. nº. 2. out./nov.;2000.
18. MARTINS-FILHO, J., SANTOS, D. C. L. dos. Padrão Respiratório (nasal ou bucal) e Amamentação: Há Relação? Rev. da Assoc. Paul. Cir. Dent. 2005; 59(5): 379-84.

19. MARTINS, R.J.; GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I.; MOIMAZ, S.A.S. Sucção não-nutritiva: importância da integração entre pediatria e odontologia. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2005; 59(6): 443-7.
20. MONGUILHOTT, L.M.J. Hábitos de sucção: como e quando tratar na ótica da Ortodontia X Fonoaudiologia. R. Dental Press Ortodon Ortop facial. Maringá, v.8, n. 1, p. 95-104, Jan. /Fev. 2003.
21. MOYERS, R.E. Ortodontia, 4ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1991.
22. OLIVEIRA, M. M. T., AMORIM, V. C. S. de A. Aleitamento materno: Promoção de saúde na infância. Odontologia. Clin. -Cientif. Recife, 4 (1): 49-56, jan./abr.,2005.
23. QUEILUZ, P.D.; AIDAR, M.J. Chupeta: um hábito nocivo? JPB, Vol. 2. (8), p. 324-327, 1999.
24. QUELUZ, P. D; GIMENEZ, C.M.M. Aleitamento e hábitos deletérios relacionados à oclusão. Rev. Paul. Odont. Ano XXII. Nº. 6. Nov./Dez. 2000.
25. RAMOS-JORGE, M.L.; REIS, M.C.S.; SERRA-NEGRA, J.M.C. Como eliminar hábitos de sucção não-nutritivos? Uma revisão de literatura. JBP, 3 (11): 49-54. 2001.
26. REGO FILHO, E.A. Manual de Pediatria. Londrina. Ed. UEL. P.420. 1999.

27. SAVAGE; KING, F. Como ajudar as mães a amamentar. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno. Brasília: ministério da saúde, 1994.
28. SERRA-NEGRA, J.M.C., PORDEUS, I.A., ROCHA JR, J.F. Estudo da Associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. Revista Odontologia Universidade de São Paulo. Vol.11. Nº. 2. Apr. /June 1997.
29. SILVA, E.L. Hábitos bucais deletérios. Rev. Para. Med. VOL.20. Nº. 2. Belém. Jun. 2006.
30. SILVA, L.P.M., JUNIOR, M.A.S., BASTOS, E.P.S. Estudo da mordida cruzada posterior em dentição decídua completa. Relação com hábitos orais. Revista Brasileira de Odontologia. Vol. 62. Nº.1 e 2. 2005
31. SILVA, R.C.; ZUANON, A.C.C.; CAMPOS, J.A.D.B. Posso dar chupeta para o meu filho? Como? Quando? Por quê? RBO. Vol.60. Nº. 4. Jul./Ago. 2003.
32. SOUZA, D.F.R.K.; VALLE, M, A, S.; PACHECO, M.C.T. Relação clinica entre hábitos de sucção, má oclusão, aleitamento e grau de informação prévia das mães. R. Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá, v. 11, n. 6, p. 81-90, nov./dez. 2006.
33. TANAKA, O., KREIA, T.B., BEZERRA, J.G.B., MARUO, H. A má-oclusão e o hábito de sucção de diferentes dedos. J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial. 2004. 9(51): 276-83.

34. TARTAGLIA, S.M.A., SOUZA, R.G. de, SANTOS, S.R.B. dos, SERRA-NEGRA, J.M.C, PORDEUS, I.A. Hábitos orais deletérios: avaliação do conhecimento e comportamento das crianças e suas famílias. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*. Vol. 4. Nº. 19. Maio/jun. 2001.
35. VALLE, M.A.S.do. Aspectos psico-emocionais relacionados à etiologia e tratamento dos hábitos de sucção. 2002.
Disponível em:
<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=324&idesp=13&ler=s>
36. VIEIRA, A.M.G.S. Hábito de sucção do polegar: como descontinuí-lo? 2001. Disponível em: [www.odontologia.com.br/artigos/sucçãodo polegar](http://www.odontologia.com.br/artigos/sucçãodo_polegar).
37. WALTER, LRF. *Odontologia para o bebê*. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas. 1999.
38. ZÖLLNER, M. S. A. da C., JORGE, A. O. C. *Aleitamento materno: Caminho Natural para a Saúde*. 2005.
39. ZUANON, A.C.C., OLIVEIRA, M. de F., GIRO, E.M.A., MAIA, J.P. Influência da amamentação natural e artificial no desenvolvimento dos hábitos bucais. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*- Vol.2. Nº. 8. 1999.

