

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ALIANNE QUADROS MARTINS LOPES

**A AMAMENTAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA
ESTOMATOGNÁTICO**

Belo Horizonte
2011

ALIANNE QUADROS MARTINS LOPES

**A AMAMENTAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA
ESTOMATOGNÁTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Programa de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: **Prof^ª. Dra. Viviane Elisângela Gomes**

**Belo Horizonte
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA

LOPES, Alianne Quadros Martins.

A amamentação e o desenvolvimento do sistema estomatognático/ Alianne Quadros Martins Lopes – orientação Prof^ª. Dra. Viviane Elisângela Gomes. Belo Horizonte, 2011. 47 f.

Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Bibliografia: f. 43.

1. Aleitamento Materno. 2. Sistema estomatognático. 3. título.

RESUMO

O Brasil tem priorizado as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por ser uma estratégia importante para melhoria da qualidade de saúde da população e para a redução da mortalidade infantil. No entanto, as taxas de prevalência não conseguiram atingir a meta estipulada pela Organização Mundial da Saúde que recomenda o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida e a manutenção da amamentação após a introdução de outros alimentos até os dois anos ou mais. O leite materno possui fatores que protegem as crianças contra a diarreia e diversas infecções. Nesta revisão da literatura objetivou-se demonstrar os benefícios da amamentação natural no desenvolvimento da musculatura orofacial do recém nascido e seu benefício para o sistema estomatognático, bem como descrever os diferentes tipos de aleitamento e a relação com os hábitos bucais deletérios. A partir da literatura, pode-se concluir que além dos inúmeros benefícios do aleitamento materno, este contribui para o desenvolvimento orofacial adequado e previne alterações no que se refere ao sistema motor-oral e observar que o aleitamento por meio da mamadeira e o uso de chupetas estão fortemente associados ao desmame precoce, o que pode acarretar a ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração, articulação dos sons da fala e ocasionar má-oclusão.

Descritores: Saúde Bucal; Aleitamento Materno; Desenvolvimento Maxilofacial; Criança

ABSTRACT

Brazil has prioritized the promotion, protection and support of breastfeeding to be an important strategy for improving quality of population health and reducing child mortality. However, prevalence rates did not attain the target set by the World Health Organization recommends that exclusive breastfeeding during the first six months of life and maintenance of breastfeeding after the introduction of other foods up to two years or more. Breastfeeding has factors that protect children against diarrhea and infections. In this literature review aimed to demonstrate the benefits of breastfeeding in the development of orofacial muscles in the newborn and its benefit to the stomatognathic system and describe the different types of feeding and relation with oral habits. From the literature it can be concluded that besides the numerous benefits of breastfeeding, it contributes to the development and proper lip prevents changes in relation to the oral motor system and noted that breast-feeding with a bottle and pacifier use are strongly associated with early weaning, which may lead to disruption of proper oral motor development and may affect the functions of chewing, swallowing, breathing, articulation of speech sounds and cause malocclusion.

Keywords: Oral Health; Breastfeeding; Maxillofacial Development; Child

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	8
3 METODOLOGIA	9
4 REVISÃO DA LITERATURA	10
4.1 Benefícios do Leite Materno	10
4.2 Aleitamento Materno, Aleitamento Artificial e Aleitamento pelo copo	11
4.3 Sistema Estomatognático	15
4.3.1 Músculos da mastigação	17
4.4 Fisiologia da ordenha e da sucção	19
4.5 Benefícios do aleitamento materno no desenvolvimento motor-oral	23
4.6 Disfunções orais decorrentes do uso do aleitamento artificial	26
4.7 Iniciativas para a Promoção do Aleitamento Materno	30
4.8 Saúde Bucal numa perspectiva de prevenção precoce	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	38
REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

O leite materno não é somente o alimento mais completo e digestivo para crianças de até um ano de idade, como também apresenta ação imunizante, prevenindo contra múltiplas patologias, por isso a amamentação tem sido vastamente estimulada. Ela apresenta aspectos gratificantes para a mãe e interfere favoravelmente na saúde da mulher ao beneficiar um restabelecimento físico mais rápido após o parto.

A amamentação proporciona inúmeros benefícios, uma vez que além de fortalecer o vínculo entre a mãe e o bebê, fornece valores nutricionais indiscutíveis como proteínas, gorduras, carboidratos, células e outros elementos como os anticorpos. Ele proporciona aumento de peso ao recém nascido e proporciona condições para harmonizar todo o sistema estomatognático. Quando a criança é amamentada, além de estar sendo alimentada, ela está realizando um exercício físico importante para desenvolver a musculatura bucal e perioral (Antunes et al., 2008).

O aleitamento materno auxilia na redução da mortalidade infantil, diminui os episódios de processos alérgicos e gastrointestinais (Novak et al., 2001) e favorece o adequado desenvolvimento das estruturas da face (Nascimento e Issler, 2003). É considerado indispensável nos seis primeiros meses de vida da criança, por propiciar um melhor desenvolvimento mental e maior estabilidade emocional (Carneiro et al., 2009).

O método de amamentação natural desencadeia o trabalho de um conjunto de músculos que estimulam o crescimento e o desenvolvimento ósseo e influenciam no formato da face e na harmonia da arcada dentária (Antunes et al., 2008).

A musculatura da região orofacial tem seu amadurecimento mais cedo, durante a vida pré-natal, devido ao fato da boca ser o local onde diversas funções vitais estão em completa atividade neste período (Santos Neto et al., 2008). A mandíbula do bebê é muito pequena ao nascer e alcançará o equilíbrio no tamanho em relação à maxila progressivamente. O seu crescimento será estimulado pela sucção do seio materno (Biasotto-Gonzales et al., 2008).

O bebê apresenta duas necessidades principais ao nascer, a fisiológica e a neural, que serão satisfeitas por meio da amamentação quando essa for realizada de forma natural e adequada. A necessidade fisiológica é caracterizada pela necessidade do alimento, no caso o leite materno (Santos Neto et al., 2008).

“O ato de mamar consiste em dois esforços conjuntos: ordenhar e sugar o leite” (Brizola, 2001). Os movimentos realizados pelo bebê durante a ordenha proporcionam estímulos para atuação dos músculos, que são considerados os maiores responsáveis pelo desenvolvimento dos maxilares, pois realizam tração sobre os ossos, propiciando o crescimento facial (Gomes et al., 2006).

A amamentação natural atua positivamente no sistema estomatognático, uma vez que o treinamento contínuo propicia um bom desenvolvimento dos músculos e dos ossos resultando em um desenvolvimento facial coeso (Medeiros e Rodrigues, 2001).

Nos primeiros seis meses de vida a amamentação natural é importante para a nutrição, para o fortalecimento do sistema imunológico e para o correto desenvolvimento da oclusão decídua (Fein, 2009).

Essa revisão bibliográfica tem como objetivo enfatizar a importância da amamentação no desenvolvimento orofacial e seu benefício no crescimento do sistema estomatognático. Procurou-se também enfatizar as diferenças existentes entre a amamentação e aleitamento, a diferença entre o ato de ordenha e sucção, além de verificar como as formas de aleitamento e a sua duração estão relacionadas com a instalação de hábitos bucais deletérios. Identificaram-se também as políticas de promoção e apoio ao aleitamento materno.

2 OBJETIVO

Objetivo Geral

Enfocar, por meio de uma revisão da literatura, a importância da amamentação no desenvolvimento da musculatura oral e os benefícios que ela pode proporcionar no crescimento do sistema estomatognático.

Objetivos Específicos

Enfatizar as diferenças existentes entre a amamentação e o aleitamento;

Esclarecer a diferença entre o ato de ordenha e sucção;

Descrever a percepção de mães quanto à importância do aleitamento na formação do sistema estomatognático;

Associar a forma de aleitamento com a instalação de hábitos bucais deletérios e conseqüentes más oclusões;

Investigar a influência da duração do aleitamento natural na prevalência de hábitos de sucção persistentes;

Relatar as formulações de políticas e ações que priorizem a prática da amamentação como meta;

Elaborar, a partir dos subsídios da revisão bibliográfica, um projeto de intervenção.

3 METODOLOGIA

Foi utilizada a pesquisa bibliográfica por meio do acesso à Biblioteca Virtual em Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), no período de 1997 a 2010. Os descritores utilizados foram Saúde Bucal, Aleitamento Materno; Desenvolvimento Maxilofacial; Criança. Foram selecionados artigos publicados nos seguintes idiomas: Português, Inglês e Espanhol que versavam sobre a temática. A revisão foi complementada por teses e publicações oficiais.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Benefícios do leite materno

O leite materno é fonte de inúmeras substâncias que conferem ao recém nascido uma proteção altamente eficaz contra a penetração de bactérias no organismo, pois induz o crescimento e a maturação do epitélio intestinal, contribuindo para a maturação e desenvolvimento do sistema imunológico (Alves et al., 2007).

Durante a gravidez ocorre a passagem de anticorpos da mãe para o feto através da placenta. Essas proteínas circulam no sangue do bebê por semanas a meses após o nascimento, paralisando a ação dos microorganismos ou assinalando-os para serem destruídos por fagócitos-células imunes que consomem e destroem bactérias, vírus e fragmentos celulares (Silva, 2007).

As crianças geralmente apresentam uma maior suscetibilidade às infecções e isso pode ser esclarecido pela imaturidade do seu sistema de defesas. Existem evidências da imaturidade funcional dos fagócitos no aspecto celular, tanto polimorfa como mononucleares além da demonstração do não completo amadurecimento do sistema dos linfócitos T (Rosa, 2004).

A ação dos anticorpos começa desde a fase intra-uterina e todas as imunoglobulinas são encontradas no leite humano, sendo que a mais abundante é a IgA secretora. O prefixo "Ig" que significa imunoglobulina é sinônimo de anticorpo que são glicoproteínas derivadas dos linfócitos B e apresentam cinco formas básicas, chamadas de IgG, IgA, IgM, IgD e IgE. (Antunes et al. 2008).

A mãe sintetiza anticorpos quando ingere, inala ou entra em contato com agentes causadores de doença. O bebê recebe a proteção contra os patógenos com os quais apresenta maior possibilidade de entrar em contato nas primeiras semanas de vida, através dos anticorpos produzidos pela mãe, porém as crianças em aleitamento artificial não apresentam esse mesmo tipo de proteção, até que comecem a produzir a IgA secretora, o que ocorrerá geralmente várias semanas ou meses após o nascimento (Antunes et al., 2008).

A lactoferrina é uma importante molécula encontrada no leite materno, ela possui a capacidade de se unir a dois átomos de ferro e como muitas das bactérias patogênicas

necessitam do ferro para crescerem, a lactoferrina impede sua expansão ao tornar o ferro indisponível (Silva, 2007).

As células circulantes no sangue são agrupadas em três tipos: células vermelhas (hemácias ou eritrócitos), células brancas (ou leucócitos) e plaquetas. As células da chamada série branca ou leucocitária é formada pelos glóbulos brancos e combatem diretamente a infecção e acionam outros mecanismos de defesa. Essas células são fartas no leite humano, especialmente no colostro (Pedroso et al., 2004).

A composição do leite materno pode ser considerada complicada, se analisarmos que ele desempenha as funções de alimento e remédio apresentando ação preventiva e curativa sobre muitas doenças da infância e da idade adulta, além do mesmo fornecer todos nutrientes necessários para que o ser humano cresça e se desenvolva intelectualmente, fisicamente e emocionalmente durante um dos períodos mais significativo da sua vida. Entre os numerosos elementos do leite humano destacam-se os agentes ativos contra as infecções, os antioxidantes e os fatores de desenvolvimento (Neto, 2006).

4.2 Aleitamento materno, Aleitamento artificial e Aleitamento pelo copo

Em 1991, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2007) estabeleceu indicadores bem definidos de aleitamento materno (Quadro 1).

Quadro1: Indicadores de Aleitamento Materno conforme a OMS, 1991.

Classificação	Obrigatoriamente a criança deve receber:	Permite que a criança receba:
Aleitamento exclusivo	Leite materno	Aleitamento exclusivo Leite materno, Vitaminas, sais minerais e medicamentos (comprimidos), pastilhas e xaropes.
Aleitamento predominante	Leite materno, como fonte principal.	Líquidos (água, chá e sucos).
Aleitamento complementar	Leite materno e alimentos pastosos e sólidos.	Qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-materno e fórmula infantil.
Aleitamento Total	Leite materno	Qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-materno e fórmula infantil.

Fonte: Indicators for assessing infant and young child feeding practices WHO, 2007.

A criança recebe somente leite humano de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, quando se refere ao aleitamento materno exclusivo com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos. No aleitamento materno predominante o leite humano é a fonte fundamental de alimentação da criança, porém a mesma pode receber água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), solução de sais de reidratação oral, sucos de frutas, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos (Lana et al., 2004).

No aleitamento materno complementado a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos (Lana et al., 2004).

As categorias aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno predominante formam o grupo “full breastfeeding”, ainda sem tradução para o português.

Apesar de não haver uma definição oficial para alimentos suplementares e complementares, nesta revisão, o termo suplemento é geralmente utilizado para designar-se a água, chás e outros substitutos do leite materno oferecido as crianças nos primeiros meses de vida (aleitamento total); e complemento relaciona-se a alimentos indicados para complementar o leite materno a partir dos seis meses de vida (Giugliani, 2000).

Aleitamento Materno

O conjunto de processos nutricionais, fisiológicos e comportamentais envolvidos no consumo, pela criança, do leite produzido pela própria mãe, diretamente no peito constitui o aleitamento materno. Não sendo consentido nenhum outro tipo de nutriente nem mesmo os chás ou água (Sudo, 2004).

As sensações de conforto e calor sentidas pelo bebê durante a gestação são reproduzidas durante o aleitamento natural. O recém nascido se acalma ao sugar o mamilo, porque na posição de aleitamento ouve novamente os batimentos do coração da mãe. O aleitamento natural consegue restituir a ligação que existia durante a gestação (Garibaldi, 2003).

Com relação aos aspectos psicológicos, a amamentação fortalece a conexão entre a mãe e filho, proporciona percepções prazerosas para ambos devido ao contato físico, ao carinho e o gradativo reconhecimento pelo bebê da voz da mãe (Dubeux et al., 2004). A criança torna-se mais tranqüila e mais segura, o que propicia o seu desenvolvimento e seu

relacionamento com outras pessoas. O aleitamento materno pode estar relacionado, dessa forma, ao desenvolvimento da personalidade do indivíduo (Antunes, 2008).

A amamentação é considerada um estímulo muito significativo para o desenvolvimento do sistema estomatognático e do sistema respiratório, pois amadurece adequadamente as funções dos dois sistemas de maneira harmoniosa, produzindo estímulos necessários para o crescimento maxilo-mandibular. Durante a amamentação ocorre um intenso trabalho muscular que serve de preparação para exercer uma função mastigatória adequada dos alimentos duros (Fein, 2009).

As crianças que tiveram um tempo de aleitamento natural curto podem apresentar maior probabilidade de desenvolverem hábitos de sucção inadequados (Silva, 2006).

O ato de mamar não supre apenas a necessidade de alimentação e satisfaz tanto a “fome” de se nutrir e de se sentir alimentado, como também a “fome” de sucção, que envolve componentes emocionais, psicológicos e orgânicos (Zavaschi, 1991).

Aleitamento Artificial

O aleitamento artificial pelo uso da mamadeira é utilizado como complementação da alimentação de bebês. Muito se comenta sobre os benefícios nutricionais proporcionados pelo leite, consumido na mamadeira, porém os prejuízos que o aleitamento artificial pode causar raramente são comunicados.

As vitaminas, proteínas, minerais essenciais e carboidratos são geralmente os componentes do leite utilizado nas mamadeiras, porém a esses componentes são acrescentados complementos como o açúcar e as farinhas lácteas. Embora na última década a qualidade das fórmulas tenha melhorado, ainda não se conseguiu reproduzir as propriedades especiais que fazem do leite materno o alimento mais aconselhado para o bebê (Vieira et al., 2004).

A diminuição do período de aleitamento materno está associada ao uso da mamadeira, pois os bicos das mamadeiras podem ter impacto negativo no desempenho da sucção pelo bebê. As crianças desenvolvem preferência por bicos de mamadeira porque a amamentação no seio lhes proporciona maior dificuldade para sugar e conseguir o leite. O uso da mamadeira tem como agravante o risco elevado de favorecer o aparecimento de diversas patologias, constituindo uma provável fonte de infecção (Giugliani, 2000).

No aleitamento artificial, a criança trabalha menos e enfraquece os músculos da face, visto que a mamadeira permite uma maior passagem do fluxo de leite, gerando a

satisfação alimentar, sem, contudo, atingir a plenitude emocional da sucção. Quando a mamadeira é utilizada como fonte de alimentação, o lactente praticamente não recebe uma estimulação mioral adequada, o que leva a instabilidade da deglutição e flacidez da musculatura da região perioral e da língua (Bervian et al., 2008).

Em decorrência do aleitamento artificial, pode ocorrer a chamada confusão de bico. Que pode ser conceituada como a dificuldade do recém-nascido em obter uma conformação oral correta, pega e padrão de sucção necessário para o sucesso do aleitamento materno após a alimentação na mamadeira ou exposição a um bico artificial (Carneiro et al., 2006). A confusão de bico se deve ao contato prematuro do neonato com bicos artificiais, sejam de chupeta, protetores de mamilos em geral e mamadeira e devido à sua capacidade restrita de adaptar-se a diversas configurações orais, e se persistir por muito tempo poderá levar ao desmame precoce (Silva, 2006).

Aleitamento por meio do uso do copinho

A alimentação através do copo vem sendo utilizada há vários anos nos países em desenvolvimento e constitui uma forma de alimentação segura para o recém nascido pré-termo, sendo também indicado nos casos em que o recém nascido apresenta o reflexo de sucção imaturo ou ineficaz, principalmente quando doente ou quando é muito pequeno. O uso do copinho vem se tornando um método freqüente de alimentação de recém nascidos nos berçários sendo incentivado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Por ser uma técnica alternativa de alimentação, utilizada inclusive em alguns casos de fracasso inicial com o aleitamento no peito, tal como acontece com alguns recém nascidos que não coordenam os reflexos de sucção e deglutição com a respiração nos primeiros dias de vida. O principal objetivo desta técnica é promover um método artificial de alimentação seguro para os recém-nascidos pré-termo de baixo peso, até que se tornem aptos o suficiente para realizarem a amamentação exclusiva no peito (Gutierrez et al., 2006).

No aleitamento através do copo, os movimentos que a língua e mandíbula realizam são semelhantes aos movimentos realizados durante um aleitamento materno bem-sucedido, sugerindo que esse método alternativo pode ser uma oportunidade para que o bebê desenvolva sua musculatura orofacial (Gutierrez et al., 2006).

Lima e Melo (2008) enfatizam que o aleitamento materno continua sendo o método de alimentação mais adequado para lactentes, porém o uso do copo ou colheres é indicável nos momentos de impossibilidade da amamentação, pois a musculatura ativa em

ambos os métodos (masseter, temporal e bucinador) é a mesma com o benefício de não provocar a confusão de bicos, nestes casos o leite materno deve ser ordenhado e fornecido em colheres ou copos e que até os seis meses de idade o leite materno deve ser o único alimento e líquido fornecido ao bebê. O recomendável é sempre o aleitamento exclusivo no peito por seis meses, continuado até dois anos ou mais, com o uso do copo sempre que necessário, ou seja, quando a mãe estiver impossibilitada de amamentar.

O uso do copo para fins de aleitamento é contra indicado no RN com dificuldade respiratória, problemas neurológicos que afetam a movimentação da boca, língua e bochechas e naqueles com coordenação sucção-respiração-deglutição inadequada, determinada pela presença de arritmias cardíacas, desnaturações da hemoglobina, alteração da cor da pele, náusea, tosse e aversão à alimentação. Ainda segundo esta autora, outro fator agravante com relação ao uso do copo seria o medo que pessoas sentem ao fazer uso do método podendo derramar o leite na boca do RN de maneira rápida podendo levar a acidentes como sufocação e aspiração (Pedras et al., 2008).

4.3 Sistema Estomatognático

O sistema estomatognático caracteriza-se por um conjunto de estruturas bucais que desenvolvem funções comuns, tendo como característica a participação da mandíbula e da maxila que são os componentes ósseos, arcadas dentárias, articulação temporomandibular e os tecidos moles (músculos, glândulas e o componente nervoso e vasvular). Como todo sistema, tem características que lhe são próprias, mas depende do funcionamento, ou está intimamente ligado à atuação de outros sistemas como o nervoso, o circulatório, o endócrino, e todos em geral, porque não constitui uma unidade separada do resto do organismo, mas se integra estritamente a ele. Tanto nos estados de saúde como nas de enfermidade, o sistema estomatognático pode influir sobre o funcionamento de outros sistemas como o digestivo, respiratório, metabólico-endócrino (Amantea et al., 2004).

As suas principais funções são: fonação, mastigação, respiração, deglutição e todas as funções envolvem atividades dos músculos da cabeça, do pescoço, dos dentes, ossos, nervos e da articulação temporo-mandibular (Jales et al., 2005; Nyqvist e Uwe, 2006; Sanches, 2005).

O sistema estomatognático relaciona-se a um conjunto de órgãos responsáveis pelo correto desempenho das funções neurovegetativas sendo que se ocorrer alguma modificação, principalmente sobre os dentes, poderá acarretar em uma alteração de todo o sistema (Metzger et al., 2009).

Todos os sistemas do corpo humano se desenvolvem e se modificam ao longo da vida dos indivíduos, essas modificações podem ser ocasionadas tanto por fatores internos, como o envelhecimento ou externos como o tipo de trabalho executado, o relacionamento com os outros indivíduos, os hábitos alimentares entre outros fatores (Jales et al. 2005). As estruturas orgânicas, dentro de um processo normal de desenvolvimento, se modificam freqüentemente e alguns fatores podem levar a estas modificações como os fatores hereditários, as condições sócio-econômica e os fatores ambientais (Rochelle et al., 2010).

Desde o nascimento do bebê a prevenção deve ser realizada por constituir a melhor maneira de evitar problemas que irão comprometer o funcionamento do sistema estomatognático (Hanna et al., 2007).

A respiração exclusivamente pelo nariz é estimulada quando a criança é amamentada, corretamente, no seio e durante um período de um ano. Sendo assim, os pais devem ser bem orientados com relação ao posicionamento correto do bebê e da mãe durante o ato de amamentação para que não aconteça a possibilidade da mama impedir a passagem do ar através da cavidade nasal (Sanches, 2000).

Com a utilização da mamadeira, a musculatura orofacial não é estimulada de completamente, fato que aumenta a possibilidade de ocorrer irregularidades no padrão de crescimento do sistema estomatognático, atrofia, deglutição atípica, mordidas cruzadas e outras anomalias. Além disso, com o uso da mamadeira o bebê não respira somente pelo nariz e, por isso, deixa de reforçar e conservar o ciclo da respiração nasal durante a amamentação e fora dela (Trawitzki et al., 2005).

Gonçalves (2001) ressalta que a importância dos estímulos adequados, especialmente a sucção e depois da fase da amamentação, a atenção com os alimentos também é importante. Com o objetivo de facilitar o dia-a-dia das mães atarefadas, a maioria dos alimentos para crianças são oferecidos quase prontos, em forma de pastas. Isto, porém, não é bom para o desenvolvimento do sistema estomatognático e para a maturação da dentição decídua.

4.3.1 Músculos da mastigação

Uma variedade de funções são executadas pela musculatura facial que incluem desde as demonstrações emotivas, expressões de alegria e tristeza que são executadas pelos músculos da mímica, até o desempenho de tarefas mais complicadas, como a sucção, fala, deglutição, mastigação e respiração (Jales et al., 2005).

A musculatura que compõe a face é encontrada externamente (ex: bochechas e lábios) e internamente (ex: língua) ao crânio. Precisa estar com suas forças em equilíbrio para que possa, através de seu funcionamento, estimular positivamente o crescimento dos ossos do rosto, principalmente maxila e mandíbula, os quais contêm os dentes superiores e inferiores, que devem ter uma correta adaptação oclusal, para que possam exercer suas funções corretamente (Gomes et al., 2006).

Quando a criança está em fase de crescimento e desenvolvimento, está suscetível às modificações desta musculatura, devido à plasticidade óssea presente neste momento, que resultará na constituição final da face. A fase oral constitui a primeira fase do desenvolvimento da criança, na qual a alimentação através da sucção e a satisfação de prazeres estão diretamente relacionadas com a boca. Portanto a criança começa a conhecer o mundo ao levar a mão, os dedos e objetos à boca (Serra-Negra et al., 1997).

Trawitzki et al. (2010) enfatiza a importância do desenvolvimento da musculatura oral sobre o crescimento da mandíbula. Os principais músculos que participam dos movimentos mandibulares são: masseter, temporal, pterigóideo medial (que atuam como levantadores da mandíbula) e os músculos: digátrico, milo-hióideo e gênio-hióideo (que atuam como abaixadores da mandíbula), o pterigóideo lateral atua como protrusor da mandíbula, além dos músculos infra-hióideos, os da mímica e os da língua. Os músculos levantadores e protrusor da mandíbula são chamados de músculos da mastigação e a função destes músculos no geral é proporcionar força a partir da qual se origina o movimento. A única força que um músculo pode proporcionar é uma tração, contração ou tensão.

Os principais músculos envolvidos na mastigação são: os músculos masseter, o músculo temporal e o músculo pterigóideo medial, que são os músculos elevadores da mandíbula sendo o músculo pterigóideo lateral o protrusor da mandíbula. O músculo masseter e o músculo temporal são pouco profundos e de fácil palpação enquanto que os outros dois são mais profundos. Todos eles recebem a inervação do nervo trigêmeo (Gomes et al., 2006).

Os músculos da mastigação atuam conjuntamente, e sua função básica é de mover a mandíbula em distintas direções. Todos eles conectam a mandíbula (porção que apresenta mobilidade) ao crânio. Agem em conjunto e tem como apoio as articulações temporomandibulares que pode ser conceituada como um conjunto formado por distintos órgãos e tecidos, os quais devem atuar harmonicamente e integrados, de tal forma que seu desempenho fisiológicos é definitivamente interdependentes participando da mastigação, deglutição, respiração, fonação e postura sendo inervados pela raiz motora do nervo trigêmeo, o nervo mandibular (Gomes et al., 2006).

O músculo masseter possui enorme força e encontra-se localizado na porção lateral da mandíbula, inserindo no arco zigomático e nas bordas do ramo da mandíbula, porém algumas fibras se entrelaçam com as fibras do músculo temporal. É um músculo levantador da mandíbula e durante sua ação o feixe superficial traciona a mandíbula supero-anteriormente, enquanto as fibras profundas a movem para cima e um pouco para trás (Gomes et al., 2006).

O músculo masseter e os músculos pterigóides laterais desempenham e uma ação importante no crescimento da cartilagem condilar da mandíbula (Gomes et al., 2006).

O músculo temporal apresenta o formato de um leque e apresenta três partes: anterior, média, e posterior e sua fixação é na fossa temporal e no processo coronóide da mandíbula. Este músculo tem como função levantar a mandíbula quando se fecha a boca e esta ação é realizada principalmente pela parte anterior deste músculo, enquanto as fibras da porção posterior atuam da retrusão da mandíbula (Biasotto-Gonzalez et al., 2008).

O músculo pterigóideo medial apresenta forma retangular, como o masseter, mas de menor tamanho, origina-se na fossa pterigóidea e se insere no ramo da mandíbula, na interna do ângulo, tendo a função de levantar a mandíbula e está em posição paralela ao masseter sendo sinergista deste (Biasotto-Gonzalez et al., 2008).

As fibras do pterigóideo lateral estão em sentido horizontal e é um músculo que tem intensa atuação sobre as articulações temporomandibulares. Por esta característica, executa movimentos mandibulares que os outros não realizam e sua função principal é a de protrusão mandibular, isto quando há contratura simultânea de ambos pterigóideos laterais, pois quando há ação de um dos dois, o movimento é de lateralidade para o lado oposto (Biasotto-Gonzalez et al., 2008).

No que se refere ao músculo temporal, poucos estudos enfocam sua atividade, possivelmente por ser mais caracterizado como músculo de movimento do que de força,

sendo responsável, assim como o músculo masseter, pela elevação da mandíbula devido ao engajamento de suas fibras com as do masseter e pterigóideo medial. O músculo temporal possui tanto a função de elevação mandibular por suas fibras verticais quanto de retrusão por suas fibras oblíquas e horizontais para os momentos de necessidade de alimentação através de um método alternativo, como no aleitamento através do copinho no qual ocorre a participação dos músculos masseter e temporal de forma semelhante à participação dos mesmos músculos no aleitamento materno (Biasotto-Gonzalez et al., 2008).

O desenvolvimento da função mastigatória ocorre, aproximadamente, aos sete meses de idade, quando a criança possui um bom crescimento crânio-facial e maturação das funções neuromusculares. As funções bucais primitivas do bebê passam por transformações expressivas. Estas transformações se refletem no aumento do volume intra-oral, no crescimento para baixo e para frente da mandíbula, onde a língua obtém maior mobilidade e mais espaço, não ficando protruída (Trawitzki et al., 2010).

O adequado desenvolvimento e posicionamento da mandíbula para a erupção dos dentes são influenciados pelos movimentos mandibulares, portanto é de grande importância a participação do músculo masseter durante a alimentação do recém nascido, pois durante o aleitamento no peito ou através do uso do copinho sua função está ativada, o que infelizmente não ocorre quando a criança é alimentada através do uso de mamadeira. O fornecimento de nutriente por meio do uso de mamadeiras leva a uma redução da atividade do músculo masseter e um aumento da atuação dos bucinadores, o que ocasiona a uma redução dos movimentos mandibulares e também á retração da língua com a possibilidade de ocorrer uma hipofunção do masseter e hipertrofia dos bucinadores (Gutierrez et al., 2006).

4.4 Fisiologia da ordenha e da sucção na amamentação

A apreensão e compressão do mamilo, pelo avanço da mandíbula, são caracterizadas como ordenha, o que é diferente do processo de sucção. Os reflexos de amamentação, deglutição e respiração nasal irão gradativamente se tornarem coordenados a partir desse momento (Gomes et al., 2006).

A sucção ocorrerá no nível da boca e arredores e a ordenha envolverá todo o maxilar. O bebê abre e fecha a mandíbula em movimentos rítmicos, o que promoverá o

desenvolvimento dos músculos pterigóideos, masseteres e temporais (Carrascoza et al., 2006).

O bebê não chupa o peito da mãe, mas sim realiza um trabalho de ordenha, o que gera um grande esforço muscular para a criança e durante o aleitamento natural. Toda a musculatura da língua é trabalhada a fim de garantir uma boa extração, recepção e deglutição do leite. Aproximadamente vinte músculos atuam durante a ordenha do leite materno. Os músculos masseter, temporal, digástrico, supra e infra-hióides, pterigoideos laterais e mediais são os mais ativos, sendo os responsáveis pela movimentação da mandíbula (abaixamento, protrusão, elevação e retrusão) que estimula o crescimento facial de maneira adequada. Outros músculos, como o bucinador, também atuam nesse processo, porém de forma menos intensa (Gomes et al., 2006).

O recém nascido (RN) deve sugar de maneira harmônica, com ritmo, força e sustentação, o que inclui adequação nos seguintes aspectos: reflexo de busca e de sucção, vedamento labial, movimentação de língua e mandíbula, coordenação sucção-deglutição-respiração e ritmo de sucção, ou seja, eclosões de sucção alternadas com pausas. Esses movimentos permitem uma variação na pressão intra-oral, fundamentais na extração e na condução do leite (Neiva, 2003).

O que levará a pega apropriada durante o processo de sucção é o reflexo de busca, pois, quando os lábios ou as bochechas são estimulados, a criança movimenta sua face em direção ao estímulo, abrindo a boca e protruindo a da língua (Bortolo, 2008).

Os reflexos orais presentes no recém nascido são os seguintes: busca ou procura que é ativado quando alguém ou algo toca na bochecha e, principalmente, nos lábios, cuja função consiste em localizar o peito. É o reflexo de abertura de boca e consiste em um reflexo de defesa importante para o início da alimentação por via oral. A sucção, desencadeada pelo toque na ponta da língua e papila palatina, garante a alimentação do RN nessa fase inicial do desenvolvimento, sendo sua função a retirada do leite e a deglutição que ocorrerá mediante estímulo do leite na região posterior da língua, palato mole, faringe e epiglote (Furtado, 2007).

Durante a mamada, vários fatores podem ocasionar modificações no reflexo de sucção do bebê. Tais como: patologias clínicas; baixo peso ao nascer, principalmente em bebês prematuro; alterações metabólicas; síndromes e anomalias congênitas (fendas labiopalatais, aberturas submucosas, anquiloglossia e laringomalacia) e distúrbios neurológicas. Uma intubação quando utilizada por um longo período de tempo e o uso de

sondas orogastricas ou nasogástricas, empregadas durante o tratamento de bebês prematuros, podem interferir no desenvolvimento normal da coordenação da sucção, respiração e deglutição bem como causar problemas respiratórios, decorrentes do refluxo gastresofágico e aspiração (Sanches, 2000).

Transtornos de sucção também podem ocorrer em bebês a termo, saudáveis e sem patologias clínicas, ocasionando disfunções motor-orais. Estas são decorrentes da prematuridade neurológica do RN, dor facial (devido ao uso de fórceps durante o parto), características físicas individuais e fatores iatrogênicos, como o uso de bicos artificiais. Logo após o nascimento, alguns RN apresentam incoordenação dos reflexos orais, necessitando de alguns dias para desenvolver um modelo mais maduro. Podem ocorrer, ainda, modificações de caráter corporal no funcionamento oral tanto do bebê (palato profundo, mandíbula mais retraída ou freio lingual encurtado ou completamente aderido, anquiloglossia, ocorrendo, assim, maior dificuldade de pega) como da mãe (mamilos pouco elásticos, invertido, planos ou muito longos e volumosos). Nesses casos, torna-se necessário interferir para auxiliar os bebês a realizarem corretamente a pega e a extração do leite da mama de suas mães (Sanches, 2004).

A sucção pára entre nove e doze meses de idade. Porém, devido à necessidade psicológica, pode continuar por um tempo maior, por exemplo, nos períodos em que a criança está deprimida, preocupada, ansiosa. Não há concordância que determine a idade na qual a sucção é considerada normal (Forte et al., 2000).

Os movimentos de ordenha favorecem a correção do retrognatismo mandibular fisiológico, o apropriado selamento labial durante o período de repouso e também beneficia o correto posicionamento da língua na região palatina dos incisivos centrais, devido à forte atividade da musculatura lingual acarreta na obtenção de uma melhor tonicidade (Carrascoza et al., 2006).

Há uma grande participação do músculo masseter durante a ordenha. Visto que ele é um dos músculos fundamentais envolvidos na movimentação mandibular. Por ser um músculo de força e resistente à tração atua mais especificamente na elevação e protrusão mandibular (Bisotto-Gonzalez et al., 2008).

A sucção é um ato reflexo, porém o mesmo não ocorre com relação á ordenha, ou seja, a extração do leite do peito o que exigirá do bebê aprender a retirar o leite, adaptando suas condições orais anatômicas para o encaixe na mama de sua mãe (pega). Esse ajuste nem sempre é fácil, e podem ocorrer algumas dificuldades no transcorrer do processo. O

bebê realiza uma abertura extensa da boca, abocanhando a aréola e o mamilo durante a pega correta, formando um vedamento completo entre as estruturas bucais e a mama. O lábio superior e a língua são os principais responsáveis por um vedamento adequado. A finalidade da formação desse lacre é para que ocorra a formação do vácuo intra-oral, que acontecerá por meio de movimentos mandibulares associados aos movimentos labiais, as bochechas e os coxins de gordura (Sanches, 2004).

Os coxins de gordura ou sucking pads são definidos como bolsões de lipídios encontrados entre a pele e a musculatura das bochechas, que tem como intuito auxiliar na sustentação das estruturas orais para o acoplamento exato ao peito. A mandíbula se apóia sobre os seios lactíferos onde o leite fica contido, e o bebê abocanha o mamilo próximo da aréola, enquanto a porção posterior da língua se eleva e realiza um mecanismo oclusivo contra o palato mole comprimindo o mamilo, formando assim, a pressão intra-oral negativa que ocorrerá juntamente com o vedamento anterior. Essa pressão conserva o bico do peito e a aréola dentro da boca do bebê, apesar de sua natureza retrátil. O mamilo e parte da aréola são deslocados para a parte interna da boca, sendo que o mamilo toca o local de transição entre o palato duro e o palato mole, promovendo a extração do leite e a ingestão (Sanches, 2004).

Enquanto a vedação continuar intacta, o bebê obterá facilmente o leite por meio de um movimento peristáltico característico da língua, o qual achata o mamilo macio e aplanado contra o palato. O bebê deve achatar o tecido areolar porque é nesta área que se encontram o ducto lactífero e essa compressão ajudará a iniciar o fluxo de leite através de diversos poros do mamilo. O movimento peristáltico achatando a língua contra o palato duro desloca o leite em direção á garganta quando então o bebê engole e se alimenta. Este hábito benéfico de deglutir estabelece um padrão para a deglutição normal e correta na vida adulta (Brizola, 2001).

Os movimentos de ordenha favorecem o posicionamento da língua na região palatina dos incisivos centrais, devido à aquisição de tonicidade, resultado da intensa atuação dos músculos da língua. O que evita a passagem de ar pela boca e favorece a instalação e conservação da respiração nasal, que irá aquecer, umidificar e filtrar o ar antes que ele atinja aos pulmões e é considerada fundamental para o crescimento da maxila. A entrada de ar pelo nariz exerce pressão sobre o palato, fazendo com que ele abaixe e sofra expansão. Esse acontecimento permite que os ossos da face acompanhem o crescimento corporal, gerando espaço para a apropriada erupção dos dentes (Carrascoza et al., 2006).

Durante a ordenha a mandíbula desempenha uma série de ciclos de movimentos, começando com o abaixamento para a abertura da boca com a participação dos músculos abaixadores da mandíbula, supra e infra-hióideos, miloióideo, genoióideo e digástrico. Posteriormente, ocorre a protrusão (anteriorização) mandibular, que tem por finalidade alcançar os seios lactíferos através da atuação dos músculos pterigóideos mediais, masseter e pterigóideos laterais. Prosseguindo, a mandíbula realiza uma elevação para causar o fechamento da boca e a compressão dos seios lactíferos através da atuação musculatura oral e, em seguida, o movimento de posteriorização para a saída efetiva do leite. Esses movimentos mandibulares favorecem o desenvolvimento da articulação têmporo-mandibular (Sanches, 2004).

Devido ao pequeno crescimento mandibular no período neonatal, caracterizado por uma retração mandibular fisiológica, a língua se apóia sobre o lábio inferior, numa posição rebaixada e anteriorizada, gerando um espaço aéreo-faríngeo que acarreta na realização efetiva da respiração nasal em todo RN. Neste período a língua apresenta um volume grande em relação à estrutura óssea que a sustenta, tal fato está associada à função de alimentação, facilitando-a uma vez que o contato com o lábio inferior permite uma posição adequada para a amamentação e neste período a porção posterior da língua localiza-se próxima a epiglote. Tais diferenças anatômicas ocorrem devido ao fato do sistema oral do RN ainda não apresentar o mesmo grau de amadurecimento como no adulto para realizar de forma coordenada a sucção, deglutição e respiração (Sanches, 2004).

No aleitamento materno, os músculos temporais, pterigóideos, masseteres, língua, lábios, e bucinadores atuam de maneira positiva, e no aleitamento por mamadeira com bico convencional, os músculos estarão atuando de forma deficitária, e o mentalis e bucinadores em hiperfunção o que ocorre em muitas que crianças que apresenta má-oclusão (Gomes et al., 2006).

4.5 Benefícios da amamentação no desenvolvimento motor-oral

A amamentação é fundamental para o desenvolvimento e crescimento do aparelho mastigatório da criança, uma vez que os recém nascidos apresentam um retrognatismo fisiológico mandibular em relação à maxila, o que ajuda para uma boa pega na hora da amamentação. Na amamentação artificial a musculatura oral praticamente não atua e conseqüentemente, não existe estímulo de crescimento e desenvolvimento mandibular,

com isso, a criança manterá o retrognatismo fisiológico, além do que a musculatura responsável pela futura mastigação não será tonificada. Para que se estabeleça uma correta oclusão dos dentes decíduos, é indispensável que este retrognatismo tenha sido anulado através de um desenvolvimento mais marcante da mandíbula, sendo a amamentação materna primordial para este desenvolvimento, pois promove o crescimento muscular (Gomes et al., 2006).

A amamentação natural durante os seis primeiros meses de vida promove o crescimento e desenvolvimento adequado para da criança, propicia uma nutrição de alta qualidade para a criança, além de poder atuar prevenindo a mortalidade do infantil. Atua também protegendo contra incidência e gravidade de diversas patologias que afetam o recém-nascido como diarreias, pneumonias, otite média, diversas infecções neonatais e outras infecções (Delgado, 2005). Além de uma maior proteção contra infecções, a amamentação exclusiva é importante sob o ponto de vista nutricional devido à vantagem de promover proteção contra a obesidade (Balaban et al., 2004).

A partir do sexto mês o leite materno não supre mais as necessidades nutricionais da criança embora ele ainda atue como importante fonte de nutrientes, protetor imunológico, e contra a morbi-mortalidade (Spyrides et al., 2005).

As funções alcançadas através da amamentação originam estímulos neurais propícios ao crescimento muscular e ósseo que podem evitar más oclusões decorrentes de um insuficiente desenvolvimento (Leite-Cavalcanti, 2007).

O desenvolvimento motor-oral reflete no desenvolvimento craniofacial, no crescimento ósseo e na dentição. A forma da arcada dentária é influenciada por forças atuantes nos dentes através dos músculos da língua, lábios e bochechas além do fato que o movimento dos dentes sofre influências dos tecidos moles, o que poderá acarretar em má oclusão se ocorrer algum desequilíbrio, pois os tecidos moles podem afetar o desenvolvimento do tecido ósseo (Neiva, 2003).

Segundo Castro et al. (2002), é importante que seja realizada uma observação do formato da arcada dentária após o nascimento, uma vez que podem acontecer diversas modificações relacionadas com o desenvolvimento do rosto. Quando desempenhadas de forma adequada, as funções do sistema estomatognático, contribuem para o equilíbrio morfológico facial, sendo que o fator genético possui grande influência no padrão de crescimento e desenvolvimento dos arcos dentários, porém este pode ser também

significativamente influenciado por outros fatores como fatores ambientais, qualidade nutricional e saúde do indivíduo, funções bucais, O desenvolvimento facial ocorre em resposta às necessidades funcionais, o que demonstra que os tecidos moles crescem e os ossos e cartilagens responde a este estímulo.

O aleitamento materno atua estimulando a tonicidade muscular e o desenvolvimento da articulação temporomandibular durante o período em que os dentes ainda não erupcionaram. Essa articulação fica prejudicada se houver um menor esforço muscular para extrair alimento, como na amamentação artificial, causando uma anulação da excitação da articulação temporomandibular e da musculatura mastigatória do recém-nascido (Antunes et al., 2008).

Entre os neonatos, o ramo mandibular é curto verticalmente, e a eminência mentoniana está incompleta. A estimulação durante a amamentação e, posteriormente, durante as mastigações levarão ao crescimento mandibular adequado, estabelecendo uma relação harmônica com a maxila (Neiva et al., 2003).

A mastigação é uma habilidade condicionada, que necessita de treino, proporciona estímulo à erupção dentária e é imprescindível para o desenvolvimento das estruturas orais, além disso, o padrão mastigatório adequado deve ser bilateral (Neiva e Leone, 2007).

À medida que os dentes vão erupcionando a mastigação vai promovendo contatos entre os mesmos, estimulando os tecidos periodontais, musculares e articulares, promovendo uma oclusão fisiológica. (Gonçalves et al., 2007).

A deglutição é outra função muito importante para o desenvolvimento da oclusão, quando ela está alterada pode levar a uma mordida aberta anterior. Na deglutição normal os dentes devem-se encontrar em oclusão, a ponta da língua deve se colocar acima e atrás dos incisivos no palato e deve haver um fechamento passivo dos lábios (Nejar et al., 2004).

A pressão exercida pela musculatura facial, durante o exercício de suas funções básicas, atua sobre os dentes e outras estruturas. Demonstrando que existe uma estreita relação entre o desenvolvimento da dentição e a atividade muscular. Quando essas forças musculares são adequadas promovem uma ação modeladora, entretanto, em condições inadequadas, podem conduzir a alterações anatômico-funcionais indesejáveis (Neiva et al., 2003).

Durante o ato de amamentar, a criança realiza um exercício físico contínuo que propicia o desenvolvimento ósseo e muscular oral, resultando no desenvolvimento facial

harmônico, direcionando o crescimento de estruturas importantes, como seio maxilar para respiração e fonação, desenvolvimento do tônus muscular, crescimento ântero-posterior dos ramos mandibulares, anulando o retrognatismo mandibular. Além disso, ele impede alterações no sistema estomatognático, tais como: prognatismo mandibular, musculatura labial superior hipotônica, musculatura labial inferior hipertônica, atresia de palato, interposição de língua e atresia do arco superior e evita más oclusões, como mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e aumento de sobressaliência (Fein, 2009).

Uma respiração adequada propiciada pela amamentação acarreta em uma relação benéfica entre as estruturas duras e moles do aparelho estomatognático e proporciona uma apropriada postura da língua e vedamento dos lábios. Em acréscimo, associada ao mecanismo de sucção, desenvolve os mecanismos de articulação dos sons das palavras, reduzindo a probabilidade do desenvolvimento de maus hábitos bucais e também de patologias fonoaudiológicas. A respiração nasal pode atuar prevenindo patologias como pneumonia, alterações respiratórias, amigdalite entre outras alterações (Antunes et al., 2008).

Lamounier (2003) reforça os benefícios da amamentação natural no desenvolvimento labial, da língua, mandíbula, bochechas e dos músculos da face, o que é essencial para que a criança possa gradativamente adquirindo habilidade de comunicar e mastigar e corretamente.

A comunicação é fundamental para os seres humanos. A fala é o modo mais comum de interação entre as pessoas, mas para que ela ocorra os músculos envolvidos devem estar desenvolvidos adequadamente. A amamentação materna consegue preparar esses músculos para a fala e por meio da sucção, ocorrerá um desenvolvimento muscular indispensável para uma boa articulação (Lamounier, 2003).

4.6 Disfunções orais decorrentes do uso do aleitamento artificial

O equilíbrio muscular é fundamental quando a criança está em processo de crescimento e desenvolvimento, pois neste período, ela está sujeita à ação de modelagem desta musculatura, devido à plasticidade óssea existente neste momento, o que resultará na formação final da face. A primeira fase de desenvolvimento da criança é denominada fase oral, na qual a alimentação através da sucção e a satisfação de prazeres giram em torno da

boca. Portanto levar a mão, os dedos e objetos à boca nada mais são do que uma forma natural de reconhecimento do seu mundo, porém quando esse fato se torna repetitivo podem levar a formações de hábitos (Sanseverino, 2006).

Os hábitos são caracterizados como a instalação adquirida pela habitual repetição dos mesmos atos. É um ou mais comportamentos que, quando continuamente realizados, tornam-se inconscientes e passam a fazer parte da personalidade da pessoa (Sanseverino, 2006; Mendes et al., 2008).

A realização do ato, inicialmente é consciente, até que se automatiza e torna-se inconsciente. Como efeitos, os hábitos bucais deletérios são capazes de provocar desequilíbrios na musculatura facial, gerando más oclusões dentárias. Contudo, o grau de deformidades na oclusão dependerá, dentre outros fatores, da duração, frequência e intensidade do hábito (Venâncio, 2003).

Segundo Silva (2006), se os hábitos orais, com o decorrer do tempo, resultarem em modificações do formato normal das arcadas e dos dentes ou promoverem alterações nas funções normais de respirar, deglutir, mastigar e falar, passam a serem chamados de hábitos orais nocivos ou deletérios, os quais podem ser simplesmente evitados desde que se tenha o conhecimento de como e por que fazê-lo.

As más oclusões são originárias de hábitos musculares orofaciais nocivos, atribuídos a funções alteradas, tais como: sucção não nutritiva prolongada, costume alimentar inadequado, alimentação pastosa, alterações nasofaríngea e na função respiratória, postura anormal da língua, entre outras (Peres, 2002).

Quando o hábito persistir após os três anos de idade ou tiver uma alta frequência durante o dia e noite, será considerado mais prejudicial e capaz de causar más oclusões severas (Soares, 1996).

Existem dois tipos de sucção: a sucção não-nutritiva e a sucção nutritiva. Quando não há entrada de líquido na região intra-oral, a sucção não nutritiva ocorre e pode ser utilizada para satisfazer alguma necessidade de sucção da criança. Por sua vez, sucção nutritiva associa-se ao processo normal para se obter alimento através do seio ou mamadeiras. Existem muitas variações nos hábitos de sucção não nutritiva observada em diferentes culturas e geralmente as chupetas ou outros dispositivos de sucção são dadas às crianças para acalmá-las (Medeiros et al., 2009).

Bebês amamentados naturalmente realizam movimento de rolar ou peristáltico da língua. Contudo, a ação da língua em bebês que usam mamadeira é semelhante ao movimento de apertar, pois o fluxo de leite é bem maior que na amamentação natural. Do ponto de vista nutricional, a criança se satisfaz em um curto espaço de tempo e com pouco esforço. Quando a criança é alimentada por uma mamadeira com um furo grande no bico, ela é forçada a manter a língua contra o orifício para cessar a saída abundante de leite. Esta atividade motora anormal da língua é citada como interposição lingual ou deglutição atípica (Brizola, 2001; Rocha, 2009).

Quanto mais cedo uma criança começa a receber aleitamento artificial mais rapidamente ela adquire hábitos bucais nocivos, quando comparada àquela que recebeu aleitamento natural por mais tempo. Crianças que tiveram um período mais longo de aleitamento natural exclusivo demonstraram uma menor possibilidade de adquirir algum hábito de sucção deletério (Silva, 2006).

O aleitamento materno, além de alimentar o bebê, tem a função de atender a necessidade que a criança tem de realizar a sucção. A insatisfação das necessidades psicoemocionais, devido a um período curto de amamentação natural, leva a criança a preenchê-las utilizando o dedo ou chupetas. Distúrbios emocionais ou qualquer estímulo que desequilibre a sensação de segurança da criança também pode levar a manifestação destes hábitos. Sua persistência pode ser também, consequência do simples aprendizado, sem que existam na criança problemas emocionais (Venâncio, 2003). Existe uma intensa tendência a valorização do aleitamento natural, porque quando ele é comparado a outros métodos, verifica-se que o aleitamento natural propicia melhor crescimento orofacial e proporciona total satisfação das necessidades da criança (Silva, 2006).

O aleitamento materno exclusivo por um período menor que o recomendado acarreta o desmame precoce. Bem como, o uso de mamadeira e chupeta leva o lactente a rejeitar o seio materno (Santos et al., 2005; Chaves et al., 2007; Carneiro et al., 2009).

Sanches (2004) relata que a sucção do bico de borracha não demanda os movimentos de protrusão e retração da mandíbula, que são fundamentais para o adequado crescimento mandibular, a mamadeira propicia o trabalho apenas dos músculos bucinadores e do orbicular da boca, deixando de estimular outros músculos, tais como pterigóideo lateral, pterigóideo medial, masseter, temporal, digástrico, genio-hióideo e milo-hióideo.

O crescimento craniofacial pode ser influenciado pelo intenso trabalho exercido pelo músculo dos orbiculares, originando arcadas estreitas e falta de espaço para dentes e língua, além de possibilitar o surgimento de alterações de mordida e má oclusão, anomalias na mastigação, deglutição, articulação dos sons da fala, distúrbios respiratórios. Os masseteres e temporais apresentam atividade diminuída quando a mamadeira é utilizada e os bucinadores apresentam ações mais intensas. O lactente alimentado por mamadeira desempenha uma forma de sucção por pressão negativa, ao contrário da amamentação no qual ocorre a ordenha por pressão positiva em maior escala e, apenas, alguma pressão negativa. Por esse motivo, o lactente que tem a mamadeira utilizada para sua alimentação pode desenvolver uma sucção que favorece o aumento da atividade dos bucinadores, determinando uma pressão sobre os maxilares e resultando em modificações ortodônticas e palatinas, com possíveis conseqüências respiratórias (Neiva et al., 2003)

Crianças que são amamentadas com mamadeira tem a tendência de chupar o dedo. Devido a uma necessidade de exercício da musculatura, não satisfeita pela ausência de amamentação natural (Silva, 2006).

Carneiro et al. (2009) alerta sobre a ausência de empenho na obtenção do leite que ocorre ao usar a mamadeira e ao facilitar a sucção pelo aumento dos bicos, que geralmente são aumentados pelos responsáveis pela criança. Esses fatores poderão levar a má formação das arcadas dentárias, movimentos incorretos de lábios e de toda a musculatura facial, flacidez da musculatura oral e facilidade de acontecer episódios de engasgos.

Silva (2006) afirma que neste momento, é que o sugar do dedo pode se tornar um hábito, que no início serve como tranquilizante de uma necessidade sensorial ou motora. Entretanto, se esse hábito se tornar prolongado poderá ocasionar danos, como à possibilidade de ocorrer um padrão anteriorizado da língua entre gengivas ou dentes. Alterando assim a arcada dentária e distorcendo a produção de sons linguodentais e alveolares.

Vários estudos apontam a existência de uma relação direta entre o uso de mamadeira e a instalação de hábitos orais inadequados. De modo que nas crianças alimentadas com mamadeira, a constância de hábitos de sucção indesejáveis é maior, sendo que após o desmame, há uma maior disposição para o estabelecimento da sucção de dedos ou da chupeta (Neiva et al., 2003). Crianças que usam mamadeira podem apresentar respiração oral ou mista (Carrascoza et al., 2006).

A hipotonia da língua faz com que ela descansa sobre o arco inferior, permitindo que o ar penetre pela boca, afetando negativamente a respiração nasal. Que pode ocasionar o crescimento inadequado da mandíbula e a hipertrofia do músculo bucinador, o que irá agravar a desproporção de crescimento maxila/mandíbula, além de causar mordida cruzada, apinhamento dental, diminuição intensa da maxila, atresia do palato, anomalia de septo e comprometimento da estética (Carrascoza et al., 2006).

4.7 Iniciativas para a promoção do aleitamento materno

Iniciativa Hospital Amigo da Criança

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi concebida em 1990, em um encontro realizado em Florença, Itália, com a participação do Brasil e promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF). O objetivo desse encontro era sugerir estratégias visando à mobilização de profissionais para evitar e prevenir o desmame precoce, proteger, amparar, e promover o aleitamento materno (Sekyia e Luz, 2010).

Por ser uma campanha de caráter mundial, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança destaca a importância dos estabelecimentos de saúde, hospitais e maternidades, na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. O ponto fundamental da estratégia consiste em capacitar os profissionais de saúde e o próprio estabelecimento de saúde para oferecerem informações corretas sobre a amamentação bem como seguirem práticas e rotinas que beneficiem o aleitamento (Lamounier, 1998).

Vannuchi et al. (2004) relata que os Dez Passos para o aumento da ocorrência do Aleitamento Materno, foi preparada por um grupo de especialistas de saúde e nutrição de diversos países (Quadro 2). Basicamente, os Dez Passos baseiam-se em ações que visam orientar a todas as gestantes sobre os benefícios e o correto manejo do aleitamento materno e enfatizar as desvantagens em vários aspectos do uso de substitutos do leite materno, além de fornecer informações sobre a lactação, formas de estimular a produção do leite materno, dificuldades e soluções para os problemas na amamentação.

Quadro 2 - Dez passos para o sucesso do aleitamento materno.

1 - Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.
2 - Treinar toda à equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3 - Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4 - Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6 - Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.
7 - Praticar o alojamento conjunto- permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8 - Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9 - Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10 - Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório.

Fonte: Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO, 1988

Conforme relato de Lunardi e Bolhosa (2004) os estabelecimentos de saúde, para se tornarem Hospitais Amigos da Criança (HAC), devem ser submetidos a avaliações, tendo como base o cumprimento de cada um dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e os trabalhadores que neles atuam necessitam estar voltados para prevenir possíveis causas do desmame precoce, como o ingurgitamento mamário e as fissuras.

No Brasil, o processo de avaliação dos Hospitais Amigos da Criança é coordenado pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que é realizado em duas etapas e, se aprovado, o hospital, quando vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) recebe pagamento sobre assistência ao parto e atendimento no pré-natal (Lamounier, 1998).

Para um estabelecimento de saúde ganhar a placa comemorativa de Hospital Amigo da Criança é imperativo que obtenha no mínimo 80% de aprovação dos critérios globais estabelecidos para cada um dos Dez Passos (Almeida et al., 2004).

Algumas maternidades e hospitais acreditam ser difícil alcançar esses objetivos em função de suas realidades (Lamounier, 1998).

Segundo dados do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno a adoção dos Dez Passos e o trabalho de promoção ao aleitamento materno demonstrou resultados satisfatórios com relação ao aumento dos números de amamentação no Brasil (Caldeira et al., 2008).

Para que ocorram as mudanças nas rotinas hospitalares e os Dez Passos sejam implantados, é preciso que os mesmos sejam apoiados e divulgados pela direção dos hospitais. Compete aos pediatras e demais profissionais de saúde acreditar nos Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno e se empenhar para que os mesmos sejam executados. A existência de bicos, chupetas e mamadeiras no berçário podem expressar a pouca convicção dos pediatras em promover o aleitamento materno e assim contribuir para o desmame (Caldeira, et al., 2008).

A realização dos Dez Passos pode implicar em algumas dificuldades que podem variar de local para local. Porém, os resultados demonstram que o empenho é significativo, devido ao aumento do índice de aleitamento materno exclusivo e uma maior humanização do atendimento materno infantil (Almeida et al., 2008).

A estratégia tem sensibilizado e mobilizado os profissionais de saúde na área hospitalar no sentido de uma verdadeira mudança de postura em prol do aleitamento materno. Entretanto existe a necessidade de contar com o apoio efetivo das unidades básicas de saúde para alcançar os objetivos do Hospital Amigo da Criança (Lunardi e Bulhosa, 2004).

Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

Analisando o potencial de promoção do aleitamento materno pelas unidades básicas de saúde e baseando-se na ação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde criou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. O objetivo da Unidade Básica Amiga da Amamentação é a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio das ações das equipes de cuidado primário incentivando a população para adotarem os dos "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação" atuando de forma semelhante à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Almeida et al., 2008).

O Programa de Saúde da Família (PSF) entre seus fundamentos destacam-se por priorizar as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, de forma integral e contínua, e procura propiciar uma interação entre a equipe de profissionais e uma atuação multidisciplinar ao contrário do modelo tradicional, centralizado na doença e no hospital (Noronha, et al., 2009).

A atenção à criança é uma prioridade para o PSF e, uma das ações relacionadas à saúde da criança é o incentivo ao aleitamento materno. Importante estratégia para a redução da morbi-mortalidade infantil, por seu efeito protetor contra doenças infecciosas, especialmente diarreias e infecções respiratórias (Caldeira et al., 2008).

As equipes de Saúde da Família possuem uma condição privilegiada, podendo desenvolver atividades educativas desde o período pré-natal, buscando interagir mais efetivamente os diversos profissionais de saúde com as mulheres, possibilitando assim conhecer suas experiências anteriores que possam favorecer ou não o processo do aleitamento materno. Também é possível atuar efetivamente nos episódios comuns no início da amamentação, como traumatismos mamilares, ingurgitamento mamário e mastite, responsáveis muitas vezes pelo abandono da amamentação (Santana et al., 2010).

4.8 Saúde bucal numa perspectiva de prevenção precoce

A saúde é considerada não só uma condição individual, mas populacional, bem como a não tão somente ausência de doença, mas a mobilização dos indivíduos na busca da satisfação das suas necessidades, características da cidadania. A saúde é um estado de consciência e de condições de vida material e social que possibilitam o crescimento e a realização plena das potencialidades de cada indivíduo (Volpato e Figueiredo, 2005).

Os autores ressaltam que essa visão de saúde ainda não está presente na consciência da população e em grande parte dos profissionais de saúde, mesmo aqueles profissionais que atuam diariamente no serviço público encontram dificuldade para modificar suas ações e adotar uma postura de promotor de saúde utilizando, uma abordagem holística com relação ao paciente.

A Odontologia, tradicionalmente, privilegia os procedimentos curativos ou de limitação de dano que exigem muito dinheiro e pouco envolvimento do paciente com o

tratamento o que leva os pacientes a permanecerem numa condição passiva em relação aos problemas bucais que os afetam (Silva, 2007).

Sempre se constituíram numa dificuldade no Brasil a assistência odontológica as crianças menores de seis anos devido à prática estabilizada de priorizar os escolares de 6 a 14 anos e procurar realizar o controle da cárie através de ações curativas e preventivas. Sob o slogan "educar prevenindo e prevenir educando" e seguindo a uma tendência mundial de atenção odontológica voltada para o atendimento dessa faixa etária, deixando de lado outros problemas bucais de relevância e ou faixas etárias significativas (Volpato e Figueiredo, 2005).

A característica principal da dentição decídua que é a transitoriedade tem seu valor desdenhado e o tratamento negligenciado pela população (Rampin et al. 2009).

Volpato e Figueiredo (2005) demonstraram através de um estudo que grande parte da população menor de três anos, que não eram beneficiadas pela assistência odontológica tradicional, já apresentava necessidades curativas antes mesmo do primeiro exame de rotina, desta forma demonstrando que a prevalência de cárie em crianças de 0 a 30 meses era alta além, de observar uma característica muito significativa, pois essas informações são condizentes com os dados mundiais, ou seja, está ocorrendo um aumento da prevalência de cárie entre o primeiro e o segundo ano de vida. Os autores afirmam que o atendimento odontológico deveria começar antes da probabilidade da manifestação da doença, ou seja, no primeiro ano de vida.

Em 1985 surgiu uma nova iniciativa na Universidade Estadual de Londrina que é a "Odontologia para Bebês, contrariando um consenso dentro da Odontopediatria de que a época ideal para iniciar os exames e tratamentos dentários era por volta de dois a três anos de idade, a nova filosofia propunha o atendimento odontológico à criança antes de completar o primeiro ano de vida (podendo iniciar com a gestante), para realizar manobras preventivas no âmbito doméstico, como a limpeza da boca, o controle da amamentação noturna após os seis meses (Volpato e Figueiredo 2005).

As ações educativo-preventivas com as gestantes são extremamente importantes e devem ser incentivadas pelos profissionais de saúde, atuando em equipe, principalmente o cirurgião-dentista, que poderá qualificar a saúde bucal da gestante e do seu bebê (Volpato e Figueiredo, 2005).

Os pediatras são os primeiros profissionais de saúde que entram em contato com as crianças, e por isso passam a ter importância fundamental, não apenas na educação, mas

também no reconhecimento de situações que fujam à normalidade. Principalmente, no encaminhamento precoce para outros profissionais de saúde, fato que demonstra a importância de maior interação entre profissionais da Medicina e da Odontologia no atendimento a crianças de pouca idade (Ramos e Maia, 1999).

Tudo que se aprende nos primeiros anos de vida, tanto em relação à saúde geral quanto à saúde bucal, fornece base para uma boa saúde nas idades subsequentes. Especialmente se o exemplo se encontra dentro de casa. A prevenção primária é o ideal tanto pelo lado biológico como pelo aspecto econômico e, reforça a idéia de que o pediatra tem papel fundamental nas primeiras orientações sobre a saúde bucal (Ramos e Maia, 1999).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aleitamento materno é o mais favorável ao desenvolvimento das estruturas orofaciais, ao contrário do artificial que, demonstra ser o mais prejudicial para o desenvolvimento equilibrado da funcionalidade oral. Inúmeros estudos indicam os benefícios do leite materno para o bebê, considerando-o o alimento ideal, por suas vantagens nutricionais e curativas. Ele propicia um crescimento saudável, favorece a redução da mortalidade infantil e exerce papel importante no funcionamento imunológico contra infecções e outras doenças comuns na infância, sendo fator prioritário para a promoção e a proteção da saúde infantil. E, atua também, prevenindo alterações das funções de sucção, deglutição e respiração e conseqüentemente de patologias da comunicação, como por exemplo, a prevenção de distúrbios articulatorios, retardos de fala, otites crônicas, disfunção da mastigação, deglutição e respiração, instalação de hábitos orais inadequados (sucção de dedo, de língua, roer unha, etc...) e até alteração do crescimento facial e oclusão dentária.

A utilização do método alternativo, como o uso do copo, é recomendável como substituto do aleitamento materno nos momentos em que as mães se encontram impossibilitadas de amamentar. Uma vez que, a musculatura ativa em ambos os métodos é a mesma e devido a esse fato, vem sendo recomendado por meio de iniciativas como o Hospital Amigo da Criança e as Unidades Básicas Amigas da Criança.

Diversos autores discordam com relação ao conceito de aleitamento e amamentação e dos termos ordenha e sucção sendo muitas vezes utilizados como sinônimos. O conceito mais aceito é que o ato de mamar é realizado por dois processos conjuntos: sugar e ordenhar o leite sendo que a sucção é um ato reflexo e a ordenha não, ou seja, ela necessitaria que o bebê aprenda a realizar a extração do leite, adaptando suas condições orais anatômicas para o encaixe na mama de sua mãe (pega).

Verificou-se que os benefícios da amamentação ainda são pouco divulgados e que as mães verbalizam vastamente sobre o valor da prática da amamentação, ainda que nem todas saibam expor os benefícios que o leite materno traz para seus filhos e para si mesmas. Além de ser reduzido o número das mães que conhecem os benefícios da amamentação para o desenvolvimento da musculatura mastigatória e do crescimento crânio facial das crianças. Tal fato significa que ainda existe uma fragilidade no sistema de saúde no que se refere à universalização das informações sobre esse tema.

A falta de conhecimento das mães aponta para a necessidade de campanhas bem estruturadas e para a necessidade de uma maior interação entre o cirurgião-dentista e a equipe pediátrica.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Atenção a Saúde Bucal do Bebê

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde bucal deve-se iniciar desde a mais tenra idade, tendo a odontologia um papel primordial no estímulo na maturação craniofacial.

Há alguns anos os serviços vêm procurando reorientar sua prática a partir das informações sobre a realidade de cada território e da compreensão da determinação social da doença. Assim, o paciente individual dá lugar ao paciente coletivo. O saber, compartilhada com a população, passa a ser instrumento fundamental no enfrentamento dos problemas e a promoção de saúde, um claro objetivo. A equipe odontológica, embora tenha apresentado alguns avanços expressivos em sua composição, com a incorporação do pessoal técnico auxiliar, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB), esteve por muito tempo circunscrita aos atos individuais e subordinada ao modelo de prática curativa.

Tradicionalmente os serviços de saúde preocuparam-se apenas com a existência da doença instalada em indivíduos e tiveram como objetivo maior, a sua cura, desta forma, eles se organizaram partindo da determinação biológica das doenças.

OBJETIVO GERAL

Promover ações educativas direcionadas a equipe de saúde e a população em geral visando esclarecer sobre como realizar a prevenção de doenças bucais prevalentes na infância, promoção da saúde da criança na faixa etária de zero a três anos de idade e encaminhamento ao dentista para realização de diagnóstico precoce e tratamento em caso de suspeita de alguma alteração.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimular os pais a levarem seus filhos para realizarem avaliações odontológicas periódicas nas crianças na faixa etária de zero a três anos de idade;
- Verificar a prevalência de hábitos não nutritivos;
- Alimentar o sistema de informatização municipal;

- Avaliar o grau de percepção das mães ou responsáveis com relação à necessidade de higienização da cavidade bucal do bebê;
- Estimular a gestante a realizar visitas periódicas ao cirurgião dentista;
- Esclarecer aos profissionais de saúde sobre a importância da amamentação para a saúde bucal do bebê.

METODOLOGIA

Será realizado exame da cavidade bucal das crianças de seis meses a três anos de idade a nível ambulatorial e orientações as mães ou responsáveis sobre os cuidados necessários para a promoção da saúde bucal e prevenção de lesões e hábitos bucais deletérios no recém nascido durante a realização dos grupos operativos, além de preenchimento de questionário pelas mães a fim de verificar alguns itens como:

- Conhecimento sobre os benefícios da amamentação no desenvolvimento da saúde bucal e outras questões relevantes;
- Tipo de aleitamento;
- Uso de mamadeira;
- Uso de sucção da chupeta, dedo ou outro objeto que deva ser citado;
- Higienização dos rodets gengivais e língua;
- Hábito de experimentar os alimentos antes de alimentar a criança ou beijá-las na boca;
- Conhecimentos sobre a transmissão de bactérias e fungos para o recém nascido por meio de beijos ou uso compartilhado de objetos que possam causar doenças bucais.

Serão realizadas palestras aos profissionais de saúde versando sobre a temática a fim de esclarecer possíveis dúvidas e uma maior integração com a equipe do centro de saúde.

Os dados apurados deverão ser anotados na caderneta de vacinação do bebê e fornecerá dados sobre a saúde bucal do bebê, promovendo uma interação entre a odontologia, a pediatria e o restante da equipe de saúde.

PÚBLICO ALVO

Profissionais de saúde, agentes comunitários, gestantes, puérperas e responsáveis pelas crianças de zero a três anos de idade participante dos grupos operativos realizados nas unidades básicas do Programa Saúde da Família.

RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos didáticos, áudios-visuais (folhetos, painéis informativos, questionários e canetas).

Recursos humanos: Profissionais capacitados.

Infra-estrutura básica (sala com uma maca, mesa, cadeiras, lixeira, pia para lavar as mãos, luvas de uso ginecológico, máscaras).

Recursos de informática para tabulação e análise dos dados anotados nas cadernetas de vacinação.

CRONOGRAMA

Realização de visitas mensais pré-agendadas em cada unidade básica do Programa Saúde da Família durante um período de 12 meses, a fim de prestar orientações nos grupos operativos direcionados às gestantes, puérperas e aos profissionais de saúde e se necessário agendamento a uma consulta no consultório odontológico para as crianças da faixa etária de zero a três anos de idade.

DESENVOLVIMENTO

A odontologia avançou muito nos últimos anos, mas a saúde bucal precisa avançar ainda mais, pois está distante de ser considerada ideal. O importante é a superação dos obstáculos e a promoção do trabalho em equipe e multidisciplinar.

A mudança comportamental na comunidade está ligada às ações de promoção da saúde e conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida não apenas do Recém-nato, mas da sua família e da comunidade.

É necessário atuar de forma precoce no processo saúde-doença bucal das crianças, propiciando autonomia a mãe no cuidado de seu filho, favorecer uma maior interação da comunidade com a equipe de saúde e facilitar o tratamento precoce das doenças bucais mais presentes na infância.

Torna-se essencial a realização de ações que vão além do processo saúde-doença, com ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde oral da criança além de englobar as faixas etárias ainda não abrangidas pelo profissional devido à forma como os serviços odontológicos são desenvolvidos atualmente nos municípios.

É necessária a realização de ações que visem esclarecer a população sobre quais são fatores e de que forma gradativamente eles atuam podendo levar à instalação de hábitos

buciais insalubres, má oclusão, alterações na musculatura facial, modificações ósseas, alterações no sistema fonoarticulatório e patologias respiratórias diversas.

A American Dental Association (ADA) já em 1981 orientou que a higienização da boca tivesse início antes do irrompimento dos dentes, para tornar o campo mais limpo, assim como acostumar à criança à manipulação de sua boca. É muito importante que os responsáveis pelos bebês, principalmente às mães, tenham consciência que quanto mais cedo eles começarem a fazer a limpeza da boca da criança, menor chance ela terá de apresentar lesões de mucosa, má oclusão e cáries.

Os dados epidemiológicos demonstram que a atenção à criança é uma necessidade real e deve ser iniciada antes do nascimento dos primeiros dentes, já que interfere no processo saúde-doença da população, refletindo diretamente no perfil epidemiológico da região.

No pré-natal, as mães devem ser orientadas a cuidar da saúde bucal, pois são fontes de bactérias cariogênicas para as crianças, podendo ser ainda consideradas como responsáveis pela contaminação e infecção dos filhos. Tudo isto somado aos hábitos prejudiciais e um meio bucal favorável às lesões podem se transformar em uma "janela de infecção". Portanto, a prevenção é, e sempre será a palavra chave para a saúde de uma maneira geral.

Temas relacionados à transmissão da doença cárie, candidíase bucal (sapinho), herpes primária e outras patologias que podem ocorrer na infância não devem ser negligenciadas, é imperativo que o cirurgião dentista assuma sua função de esclarecer a população sobre tais patologias e as formas de evitá-las.

É claro que não serão somente os dentistas, que conseguirão mudar tal quadro, toda a equipe deve estar comprometida com a promoção da saúde do usuário, e incluir a saúde bucal no seu elenco de atividades.

Após a realização de exame da cavidade oral das crianças pelo cirurgião dentista as informações podem ser anotadas na caderneta de vacinação da criança como dados sobre o tipo de aleitamento, presença ou ausência de hábitos não nutritivos, a data em que foi realizado tal procedimento e outros itens que apresentarem relevância, assim nas próximas consultas com os pediatras, enfermeiras e outros profissionais estes poderão ter acesso a informações sobre a saúde bucal das crianças, presença de fatores de risco que podem propiciar o desenvolvimento de alguma patologia associada à cavidade oral.

Os pediatras, quando realizarem as consultas de puericultura, devem insistir muito na questão da limpeza dos dentes das crianças e poderão através da caderneta de vacinação adquirir informações importantes com relação à saúde oral da criança.

AVALIAÇÃO

Ao final do período estipulado, será realizado um levantamento do número de profissionais de saúde que participaram das ações educativas, levantamento das pessoas que participaram das ações e das crianças examinadas. Além de verificar as mães ou responsáveis que desconheciam a importância da amamentação no seio e da correta higienização da cavidade bucal da criança. Será realizado ainda, o levantamento de lesões de mucosa e outras alterações presentes na criança tais como presença de hábitos deletérios, doenças fúngicas, bacterianas dentre outras, a fim de avaliar a necessidade de programar ações mais frequentes neste segmento.

REFERÊNCIAS

- Almeida, GG et al. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2008; 13(2): 487-494.
- Alves, AML et al, Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. 2007; 12(1): 23-28.
- Amantea, DV et al . A importância da avaliação postural no paciente com disfunção da articulação temporomandibular. **Acta ortop. bras**. 2004; 12(3): 155-15
- Antunes, LDS et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2008; 13(1): 103-109.
- Balaban, G et al. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 2004; 4(3): 263-268.
- Bervian, J et al. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais: revisão de literatura. **RFO**. 2008; 13 (2): 76-81.
- Biasotto-Gonzalez et al. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**. 2008; 18(1): 79-86.
- Bortolo, LF. **Prevalência de oclusopatias em crianças de 6-7 anos e sua relação com o aleitamento materno e classe social**. [Dissertação] São Paulo:UNICAMP–Universidade Estadual de Campinas, 2008
- Brizola, DR. Amamentação Natural: Uma prevenção dos distúrbios do sistema estomatognático. **Rev.Cons.Reg.Odontol.Pernambuco**. 2001: 4(2): 79-84.
- Caldeira, AP et al. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Rev. Saúde Pública**. 2008; 42(6): 1027-1033.
- Carneiro, AS et al. Caracterização do desenvolvimento da alimentação em crianças de 6 aos 24 meses de idade do Município de Canoas / RS. **Rev. CEFAC [online]**. 2009; 11(2): 353-360.
- Carrascoza, KC et al. Conseqüências do uso da mamadeira para o desenvolvimento orofacial em crianças inicialmente amamentadas ao peito. **Jornal de Pediatria**. 2006; 82 (5): 395-397.
- Castro, IRRD et al. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. **Rev. Saúde Pública**. 2009; 43(6): 1021-1029.
- Chaves, RG et al. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**. 2007; 8 (3): 241-246.
- Delgado, SE; Halpern, R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. **Pró-Fono R. Atual. Cient. [online]**. 2005, 17(2): 141-152.

Dubeux, LS et al. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil.** 2004; 4(10): 193-202.

Fein, SB. Aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses. **J Pediatria.** 2009; 85(3): 181-182.

Forte, FDS et al. Aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritiva. **Rev. bras. ciênc. saúde.** 2000; 4(1): 43-48.

Furtado, ANM. A influência do período de aleitamento materno na instalação dos hábitos de sucção não nutritivos e na ocorrência de maloclusão na dentição decídua. **RGO.** 2007; 55 (4): 335-341.

Giugliani, ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria.** 2000; 76(3):238-252.

Giugliani, ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria.** 2004; 80(5): 147-154.

Gomes, CF et al. Avaliação eletromiográfica com eletrodos de captação de superfície dos músculos masseter, temporal e bucinador de lactentes em situação de aleitamento natural e artificial. **J. Pediatr.** 2006; 82(2): 103-109.

Gonçalves, PE et al. Amamantamiento versus hábitos bucales deletéreos: ¿Existe una relación causal?. **Acta odontol. Venez.** 2007; 45(2): 182-186.

Gutierrez, L et al. Caracterização do uso da técnica do copo em UTI neonatal de um hospital público. **Rev. bras. Crescimento desenvolv. hum. [online].** 2006; 16(1): 22-31.

Hanna, LMO et al. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. **RGO.** 2007 ; 55(3):271-274.

Jales, MA et al. Características do Sistema estomatognático em idosos: Diferenças entre Instituição Pública e Privada. **Rev CEFAC.** 2005; 7(2):178-187.

Lana et al., Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. **J. Pediatr.** 2004; vol.80(3) : 235-240 .

Lima,VP; Melo, ADM. Uso do copinho no alojamento canguru. **Rev. CEFAC.** 2008;10 (1):126-133.

Lamounier, JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **J. Pediatr.** 2003; 79 (4): 284-286.

Lamounier , JA.Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev Ass Med Brasil.** 1998; 44(4): 319-324.

Leite-Cavalcanti, A et al.Aleitamento Natural, Aleitamento Artificial, Hábitos de Sucção e Maloclusões em Pré-escolares Brasileiros. **Rev. salud pública.** 2007; 9(2): 194-204.

Lima, VP; Melo, ADM. Uso do copinho no alojamento canguru. **Rev. CEFAC**, 2008; 10(1): 126-133.

Lunardi,VL; Bulhosa, MS. A influência da iniciativa hospital amigo da criança na amamentação. **Rev. bras. enferm.** 2004; 57(6): 683-686.

Medeiros, APM et al. Correlação entre métodos de aleitamento, hábitos de sucção e comportamentos orofaciais. **Pró-Fono R. Atual. Cinet. [online]**. 2009; 21(4): 315-319.

Medetros EB, Rodrigues MJ. A importância da amamentação natural para o desenvolvimento do sistema estomatognático do bebê. **Rev Cons Reg Pernamb.** 2001; 4(2): 79-83.

Metzger ALT et al. Interferência do tipo de má oclusão nas medidas dos movimentos mandibulares: Um estudo realizado com o apoio do exército brasileiro. **Rev. CEFAC.** 2009; 11(1):78-85.

Nascimento MBR, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.** 2003; 58(1): 49-60.

Neiva, FCB et al. Desmame precoce: implicações para desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria.** 2003; 79(1): 7-12.

Neiva, FCB; Leone, CR. Evolução do ritmo de sucção e influência da estimulação em prematuros. **Pró-Fono R. Atual. Cient.** 2007; 19(3): 241-248.

Nejar, FF et al . Padrões de aleitamento materno e adequação energética. **Cad. Saúde Pública.** 2004; 20(1): 64-71.

Neto, MT. Aleitamento materno e infecção ou da importância do mesmo na sua prevenção. **Acta Pediatr Port.** 2006; 1(37):23-26.

Novak FR., Almeida AG, Silva GO, Borba LM. Colostro humano: fonte natural de probióticos? **Jornal de Pediatria.** 2001; 77(4): 265-70.

Noronha, MGRC et al.. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc. saúde coletiva.** 2009, 14(2): 497-506.

Nyqvist, KH; Ewald, U. Avaliação eletromiográfica dos músculos faciais durante o aleitamento natural e artificial de lactentes: identificação de diferenças entre aleitamento materno e aleitamento com uso de mamadeira ou copo. **J. Pediatr.** 2006; 82(2): 85-86.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Estratégia Global para feeding bebês e crianças pequena.** 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>. Acesso em 27 de setembro de 2010.

Pedras, CTPDA et al. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]**. 2008; 8(2): 163-169.

Pedroso, GC et al . Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do Sudeste do Brasil, Embu, SP. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2004; 4(1): 45-48.

Peres, KG et al. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. **Rev. Saúde Pública.** 2007;41(3):45-48.

Ramos, BC; Maia, LC. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Rev Odontol Univ São Paulo.** 1999, 13(3): 303-311.

Rampin, PT et al. Conhecimento dos médicos pediatras sobre saúde bucal no município de Ribeirão Preto. **Cad. Saúde Coletiva.** 2009, 17(4): 1017-1030.

Rochelle, IMF et al. Amamentação, hábitos bucais deletérios e oclusopatias em crianças de cinco anos de idade em São Pedro, SP. **Dental Press J. Orthod.** [online]. 2010; 15(2): 71-81.

Rocha, NB. **Estudo longitudinal sobre a prática do aleitamento materno:Fatores associados e causas de desmame precoce.** [Dissertação] Araçatuba:UNESP – Universidade Estadual Paulista, 2009.

Rosa, FSV et al. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **J. Pediatria.** 2004;80(2): 99-105.

Sanches, MTC. **Dificuldades iniciais na amamentação: enfoque fonoaudiológico.** [Dissertação] Universidade de São Paulo, 2000.

Sanches, MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **J. Pediatria** [online]. 2004; 80(5): 155-162.

Sanseverino, NT. O papel da saúde oral na saúde geral. **Rev. CEFAC,** 2006; 8(3): 1-4.

Santana, MCCPD et al. Breastfeeding in premature babies: speech-language and audiology performance based on education for health promotion concepts. **Ciênc. saúde coletiva.** 2010; 15(2): 411-417.

Santos Neto, ETD et al . Uso de chupeta como fator de risco para o tempo de amamentação: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2008; 8(4): 377-389.

Sekyia, S R; Luz, TR. Mudança organizacional: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Ciênc. saúde coletiva.** 2010; 15(1): 263-1273.

Serra-Negra, JMC et al. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. **Rev Odontol Univ São Paulo.** 1997; 11(2): 79-86.

Silva, APD; Souza, ND. Prevalência do aleitamento materno. **Rev. Nutr.** 2005; 18(3): 301-310.

Silva, EL. Hábitos bucais deletérios. **Rev. Para. Med.** [online]. 2006; 20(2): 47-50.

Silva, EL. Odontologia para bebês. **Rev. Para. Med.** 2007; 21(4): 53-57.

Soares, MEDM et al . Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J. Pediatria.** 2003; 79(4): 309-316.

Souza, DFRKD et al. Relação clínica entre hábitos de sucção, má oclusão, aleitamento e grau de informação prévia das mães. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial.** 2006; 11 (6): 81-90.

Spyrides, MHC et al. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** 2005; 5(2): 145-153.

Sudo, I. **Medicalização das mulheres: o caso da amamentação.** [Dissertação] Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.

Trawitzki, LVV et al . Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** 2005; 71(6): 747-751.

Trawitzki, LVV et al . Mastigação e atividade eletromiográfica em crianças com mordida cruzada posterior. **Rev. CEFAC [online].** 2010; 11: 334-340.

Vannuchi, MTO et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Rev. Saúde Pública.** 2004; 38(3): 422-428.

Venâncio, SI. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. **J. Pediatria.** 2003; 79(1): 1-2.

Vieira, GO et al . Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **J. Pediatria.** 2004; 80(5): 479-80.

Volpato, LER; Figueiredo, AFD. Estudo da clientela do Programa de Atendimento Odontológico Precoce em um serviço público do Município de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2005; 5(1): 45-52.

World Health Organization. **Estratégia Global sobre alimentação infantil e jovem.** 2001. Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>. Acesso em 30 de maio de 2010.

World Health Organization. **Indicators for assessing breastfeeding practices.** 2007. Disponível:<http://www.who.int/nutrition/publications/iycf>. Acesso em 28 de maio de 2010.

Zavaschi MLS. Aspectos psicológicos do aleitamento materno. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.** 1991; 13(2): 77-82.