

CEFAC

CENTRO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA CLÍNICA
MOTRICIDADE ORAL

AMAMENTAÇÃO E PREVENÇÃO
Um estudo fonoaudiológico

ALEXSANDRA BURIGO SCHNEIDER

ITAJAÍ

2001

CEFAC

CENTRO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA CLÍNICA

MOTRICIDADE ORAL

AMAMENTAÇÃO E PREVENÇÃO

Um estudo fonoaudiológico

**Monografia de conclusão do curso de
especialização em Motricidade Oral**

Orientadora: Mirian Goldenberg

ALEXSANDRA BURIGO SCHNEIDER

ITAJAÍ

2001

RESUMO

Neste trabalho de pesquisa, pretendeu-se verificar como que a amamentação previne alterações miofuncionais e hábitos parafuncionais.

Procurou-se alertar sobre o uso indiscriminado de bicos e mamadeiras como substitutos do aleitamento materno, com suas principais consequências.

Para tanto, foi realizada uma discussão teórica , além de uma pesquisa com análise de quarenta anamneses. Buscou-se dados referentes à amamentação e uso de bicos e mamadeiras, os quais foram comparados aos achados bibliográficos.

Foram encontrados dados importantes, tanto na área emocional como funcional, como os que indicam que mamadeiras oferecem poucos estímulos musculares e afetivos. Acarretando, então, numa necessidade de suprir esta falta de exercício e afeto com o uso de bicos ou dedos.

Alguns autores relatam a grande prevalência de respiradores bucais e/ou deglutição atípica em crianças que fizeram uso de mamadeira e bico, o que também foi encontrado na pesquisa. Na hora de fazer o uso destes meios a língua permanece em posição inadequada, favorecendo o aparecimento destas alterações.

Este estudo contribuirá para que os fonoaudiólogos possam oferecer uma boa orientação aos pais e promovam também o aleitamento materno com equipes médicas de enfermagem e gestantes.

ABSTRACT

On this researching work, the aim was to verify how the breastfeeding prevent miofunctional changing and parafunctional habits.

It sought to alert on the indiscriminate use of pacifiers and feeding bottles as substitutes from maternal milk, with its main consequences.

Therefore, it was realized a theoretical discussion, besides a research as analysis of forty anamneses datas concerning the breast feeding and the use pacifiers and feeding bottles were sought which were compared to the biographical datas found.

Important datas were found as much in the emotional area as in the functional, as those ones which indicates that the feeding bottles offer little muscular and affect stimulus. It brought then a need of supply this lack of exercise and affection with the use of pacifiers and feeding bottles, or fingers.

Some authors relate the great prevailing of mouth breathers and/or non-typical deglutination on children that started using feeding bottles and pacifiers, what was also found in the research. At the time one start using such means the tongue remain in a inconvenient position, favoring the rising of these alterations.

This study will contribute so that the phono-audiologists may offer a good orientation to the parents and also promote the maternal milk feeding with medical teams of nursery and pregnant.

Dedico este trabalho a vida e aos meus pais.

AGRADECIMENTO

Primeiramente, quero agradecer a Deus, fonte da verdadeira sabedoria e de todas as virtudes. Assim como, aos meus pais que deram apoio e incentivo. Ao meu noivo pelo esforço incessante e contínuo. Lembrando também das palavras encorajadoras e importantes da orientadora . Enfim, agradecer a todos que participaram deste trabalho.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
DISCUSSÃO TEÓRICA	
Crescimento crâniofacial	4
Sistema estomatognático	7
Funções estomatognáticas	8
Alterações miofuncionais	11
Hábitos parafuncionais	17
Amamentação	20
Amamentação artificial	23
Visão funcional e benefícios da amamentação	25
PESQUISA PRÁTICA	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	39
ANEXOS	46

1.INTRODUÇÃO

Esta pesquisa busca analisar a importância da amamentação como forma de prevenção das alterações miofuncionais como: deglutição atípica e respiração bucal além de conseqüentes hábitos parafuncionais que aparecem constantemente nas clínicas e consultórios fonoaudiológicos.

Pretende, ainda, salientar o papel da amamentação materna no trabalho de estimulação muscular para melhor desenvolvimento e crescimento estomatognático e das funções sucção, respiração e deglutição.

Segundo Köhler et al. (1995), a inter-relação entre Sucção , Deglutição e Respiração pode sofrer alterações se o aleitamento não for feito de modo natural (seio materno) e/ou se houver inadequações de vias aéreas, abrindo oportunidade para a instalação dos distúrbios miofuncionais da face.

Alertar a respeito do uso inadequado de chupetas e mamadeiras, entre outros, levando aos hábitos parafuncionais com várias conseqüências.

A criança que é alimentada através da mamadeira tem a tendência em introduzir o dedo na boca, como uma necessidade de exercitar a musculatura. A sua satisfação de fome é mais imediato, visto não ter a necessidade de fazer esforço ao sugar o bico da mamadeira, cujo orifício goteja mais rápido.

O aleitamento materno, é considerado uma questão de saúde pública e todos os sistemas sanitários do mundo reconhecem as vantagens da lactação.

Inúmeras ações vem sendo desenvolvidas para estimular cada vez mais o aleitamento materno.

Os benefícios em amamentar exclusivamente no seio até o sexto mês, deve-se ao fato de ocorrer um melhor desenvolvimento da musculatura orofacial e também dos ossos da face.

Além de satisfazer a fome do bebê e trazer o prazer oral, um dos pontos relevantes na amamentação é que o bebê começa a exercitar e fortalecer seus órgãos fonoarticulatórios (lábio, língua, bochechas, palato duro e mole e dentes) que serão importantes para o início da produção dos sons da fala.

A amamentação satisfaz muito mais que a mamadeira a necessidade de sucção do recém-nascido, sugando no seio materno a quantidade necessária. Neste momento ocorre a vantagem de manter um vínculo mãe x bebê, transmitindo carinho, segurança, amor e alimento.

O seio é o meio de contato entre a mãe e a criança. O relacionamento afetivo se faz através do contato boca com os mamilos e pelo aconchego produzido pelos braços maternos (Santos, 1981).

A incidência de alterações miofuncionais como, respiração bucal e deglutição atípica além dos hábitos parafuncionais, têm sido freqüente no campo de atuação fonoaudiológico.

Tendo em vista que, no meio social onde estamos inseridos, cada vez mais a ascensão das mulheres no mercado de trabalho e até mesmo com a invasão de produtos industrializados, a privação de uma amamentação natural tem sido uma saída para a agitação da vida diária.

As mães de um modo geral desconhecem seus direitos e a necessidade de amamentar seu filho, preocupando-se demasiadamente com a estética do corpo, e muitas vezes tem receio de amamentar em lugares públicos devido aos preconceitos da sociedade.

O aleitamento materno é a maneira mais adequada de fornecer alimento para o bebê, pois contém todas as substâncias necessárias para o seu crescimento e desenvolvimento, além de fatores de proteção imunológica, fortalecimento do vínculo familiar da melhor estimulação neurológica e psicológica da criança.

Sugar no seio materno é um exercício vital para o correto crescimento das estruturas ósseas e musculares da face do bebê, interferindo de forma positiva o posicionamento dos dentes na fala e respiração.

A boca é um órgão com inúmeras funções, sem as quais tornaria-se praticamente impossível sobreviver. Falar, comer, iniciar a digestão dos alimentos através da mastigação e deglutir são as principais funções. Pela boca entra a nossa energia. Por ela sai nossos sentimentos, nossas emoções, aparecendo através de um simples sorriso.

A partir deste trabalho, busca-se o esclarecimento sobre a amamentação na prevenção das alterações miofuncionais e hábitos parafuncionais, como forma de evitar conseqüências futuras proporcionando melhores condições de vida para as crianças.

2.DISSCUSSÃO TEÓRICA

2.1 CRESCIMENTO CRÂNIOFACIAL

Crescimento refere-se a um aspecto quantitativo, um aumento do número de células e de volume em harmonia. Acontece em zonas distintas e diferentes graus (Bianchini, 1994).

A autora relata ainda que o crescimento e o desenvolvimento craniofacial são suscetíveis às variáveis: hereditariedade, nutrição, doenças, etnia, fatores sócio-econômicos e reações funcionais.

Marchesan (1993) descreve que o crescimento do crânio é lento e muda até a terceira década da vida. No recém nascido, o pescoço e a cabeça ocupam 50% do tamanho total do corpo, 25% no primeiro ano de vida e 18% na adolescência. O esqueleto facial após o primeiro ano de vida cresce consideravelmente mais em relação a crânio.

Junqueira (2000) acrescenta que o recém nascido tem a mandíbula pequena e retraída. Desta maneira, os movimentos que ele realiza, com a mandíbula e músculos da face, para extrair o leite materno favorece e são os grandes responsáveis pelo crescimento da mandíbula, proporcionando uma posição ideal para o surgimento dos dentes.



Perfil de crânio. **A** Bebê. **B**. Adulto (Junqueira, 2000)

Através de uma adaptação da disposição estrutural e o crescimento progressivo dos diferentes ossos craniofaciais, é que se dá um sistema de equivalência de região à região. A característica de simetria de todo o corpo é um exemplo simples do princípio de equilíbrio equivalente.

Contudo, revisou-se informações sobre fatores miofuncionais como hábitos orais negativos, respiração bucal, posição incorreta da língua na deglutição e outros comportamentos que se mostraram fatores que afetam a dentição e o crescimento facial.

Estes dados vão de encontro com Moyers (1991), argumentando o papel da função neuromuscular no crescimento do esqueleto craniofacial que está cada vez em maior evidência, sabendo-se que fatores como o crescimento dos músculos, sua migração e inserção, variação na função neuromuscular e funcionamento anormal influenciam marcadamente a forma de crescimento craniofacial.

A partir de radiografias cefalométricas padronizadas da cabeça é que o desenvolvimento do esqueleto craniofacial foi amplamente investigado.

Atualmente são discutidas várias teorias que introduzem os conceitos importantes sobre o controle de crescimento craniofacial.

- 1- A teoria de Sicher: acredita que o crescimento se dá na região das suturas.
- 2- Teoria de Scott: o crescimento inicia nas áreas cartilaginosa do côndilo, nas sincodroses e no septo nasal.
- 3- Teoria de Moss: caracterizado pelo domínio das Matrizes Funcionais.
- 4- Teoria de Hunt e Enlow: o crescimento dos terço médio é inferior da face, segue o princípio do “V” em expansão (Baptista & Tenório, 1994).
- 5- Teoria de Krogman: desenvolveu uma tabela de interpretações complementares entre “remodelação” e “matriz funcional” numa espécie de comparação tabular.

Guyton & Hall (1997) acreditam que é extremamente difícil dissociar a maturidade das estruturas anatômicas do sistema nervoso, da maturidade causada pelo treinamento.

2.2 SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Este sistema pode ser classificado em dois grandes grupos com estruturas estáticas ou passivas que são os arcos ostodentários, maxila e mandíbula.

Está constituído de forma funcional por: articulação temporomandibular, sistema neuromuscular, superfícies oclusais e periodonto.

O sistema estomatognático pode-se fazer influenciar sobre o funcionamento do sistema digestivo, respiratório, metabólico, endócrino e outros.

Lago (1986); Bianchini (1994); Marchesan (1993); Petrelli (1994) identificam o sistema estomatognático como sendo composto de várias estruturas como: ossos, maxilares, mandíbula, dentes, articulação temporomandibular, músculos dos lábios, língua e bochechas, espaços orgânicos, nervos e vasos sanguíneos, os quais devem agir em conjunto para um perfeito equilíbrio orofacial.

Conforme Guerreiro (1990), a sucção no seio materno exige esforço, caracterizando uma verdadeira ordenha, exercitando a neuromusculatura facial. Caso a amamentação seja artificial (mamadeira) ocorre falta de exercício e como resultado os ossos e músculo da face não se desenvolvem satisfatoriamente.

2.3- FUNÇÕES ESTOMATOGNÁTICAS

São consideradas funções estomatognáticas a mastigação, a sucção, a deglutição e a fala. Marchesan (1993) completa afirmando que a respiração também é uma função deste aparelho, mas não é exclusiva do sistema estomatognático.

Serão relatados alguns dados importantes, com o intuito de compreendermos a relação da amamentação com o desenvolvimento destas funções.

2.3.1- SUCÇÃO

Inicialmente é um ato reflexo que inicia-se a partir do quinto mês de vida intra-uterina e vai até o quarto mês de vida.

A boca do recém-nascido é altamente sensível ao tato, permitindo reconhecer objetos entre eles o mamilo materno.

O recém-nascido possui um retrognatismo da mandíbula para Tanigute (1998), fisiologicamente a criança que é amamentada no seio materno movimentam a mandíbula para frente e para trás. Deste modo ocorre a exercitação da mandíbula, musculatura orofacial, bochecha, lábios e da língua.

2.3.2- DEGLUTIÇÃO

A deglutição possui como principal função a propulsão do alimento da boca para o estômago. Servindo como meio de proteção das vias respiratórias e digestivas.

A deglutição infantil é caracterizada pela posição da língua entre as gengivas, contração da musculatura facial, guiada pela relação sensorial entre lábios e língua.

Com o desenvolvimento das estruturas estomatognáticas obteremos o amadurecimento da deglutição. Neste tipo de deglutição os dentes encontram-se em oclusão, a mandíbula é estabilizada pelas contrações dos músculos elevadores da mandíbula, a língua melhor se posiciona e os lábios se ocluem.

Para Braga & Machado (1994), a deglutição é dividida didaticamente em fase bucal, faríngea e esofágica.

Quando o bebê consegue um certo volume de leite sugado do seio materno, a língua começa então a deslocar-se da frente para trás, em movimentos ondulatórios. Ocorrendo, assim a elevação do palato mole e o bolo lácteo é dirigido à faringe.

Esta movimentação é muito importante para a exercitação da musculatura e par o correto crescimento da mandíbula (Gomes, 1994).

2.3.3- RESPIRAÇÃO

A respiração é considerada função vital.

Conforme Marchesan (1993), o nariz não é simplesmente um condutor passivo pelo qual o ar é captado e dirigido para os pulmões. Realiza, ainda, três funções: umidificação, aquecimento e proteção das vias aéreas superiores.

Marchesan & Krakauer (1995) verificam algumas das causas que ocasionam a respiração bucal como: problemas orgânicos, hipotonia da musculatura elevadora da mandíbula e posturas viciosas.

2.3.4- MASTIGAÇÃO

A mastigação é uma função aprendida e depende de inúmeros fatores. Consegue ser aprendida com o aumento do espaço intra-oral, erupção dos primeiros dentes e maturação do sistema nervoso central.

Bianchini (1998) divide o processo mastigatório em fase de incisão, trituração e pulverização.

O bebê necessita sugar para desenvolver suas estruturas orais, ele posteriormente, necessitará mastigar para continuar este desenvolvimento e amadurecimento.

2.3.5- FALA

Função executada com órgãos de outro sistemas do organismo como o respiratório e o digestivo.

De acordo com Augustoni (1986), as funções reflexo-vegetativos, da respiração, sucção, mastigação e deglutição são considerados pré-lingüísticas, ou seja, as funções que preparam os mecanismos da linguagem articulada que utilizam a mesma neuro-musculatura.

Para finalizar as funções estomatognáticas Tanigute (1998), afirma que a face necessita de estímulos genéticos e estímulos externos para o seu desenvolvimento. Estes estímulos são oferecidos naturalmente pelas funções: respiração, sucção (amamentação), mastigação e deglutição

2.4- ALTERAÇÕES MIOFUNCIONAIS

De acordo com Cupello (1994), o distúrbio miofuncional é concedido quando a estrutura orgânica muscular, componentes ósseos e mucosas que compõem a face, estão de alguma forma debilitados. Resultando em um mau funcionamento da musculatura orofacial, para os quais influem nas funções estomatognáticas.

Os distúrbios miofuncionais são conhecidos pelos especialistas envolvidos com a face há muito tempo, mas somente a partir dos anos

sessenta, em função da teoria de Moss, é que maiores atenções começaram a ser dadas a essas anomalias de função e das potências deformidades, que podem causar na estrutura morfológica osteodentária da face (Köhler, 1995).

2.4.1- RESPIRADOR BUCAL

A respiração nasal é a respiração fisiológica do ser humano e para que esta ocorra necessita-se integridade anatômica e funcional das vias aéreas.

Conforme Proença (1994), no período neonatal, devido ao pouco crescimento mandibular, a língua apoia-se sobre a gengiva, ficando em contato com o lábio inferior, podendo interpor-se entre os lábios numa posição rebaixado. Ocasionalmente um espaço aéreo-faríngeo que permite a respiração nasal que deve ocorrer normalmente em todo recém-nascido.

Di Francesco (1999) afirma que a respiração bucal não deve ser considerada uma alternativa fisiológica e sim uma condição patológica.

A mesma autora acredita ainda que as causas da respiração bucal são:

- * Causas Obstrutivas: rinite, hipertrofia de cornetos, trauma nasal, desvio de septo, hipertrofia adenoamigdaliana, malformações nasais, poliposes nasal, tumores e hipertrofia de amígdalas e adenóide.
- * Causas não obstrutivas: hábito, malformações craniofaciais.

Segundo Garliner (1974), quando usado o bico artificial na amamentação do bebê a mandíbula fica aberta, os lábios franzidos, a língua

movimenta-se para frente com o objetivo de deter o fluxo de líquido. Isto pode propiciar a ocorrência de respiração bucal durante as pausas na mamada.

Marchesan & Krakauer (1995), apresentam várias características do chamado síndrome do respirador oral:

- *Alterações craniofaciais e dentárias

- *Alterações dos Órgãos Fonoarticulatórios

- *Alterações Corporais

- *Alterações das Funções Orais

- *Dificuldades de atenção e concentração, menor rendimento físico, sono alterado com sialorréia, agitação, entre outros.

Com relação às alterações corporais Krakauer (1997), alerta que toda alteração muscular faz com que a respiração seja rápida e curta, e os movimentos dos músculos do diafragma fiquem alterados.

Farah & Taneko (1997) relatam que do ponto de vista da patocinesilogia, essas alterações funcionais dos músculos favorecem o aumento da cifose torácica, a posição inspiratória do tórax e a rotação medial dos ombros.

Beuttenmuller & Câmera (1989) confirmam, através de seus estudos, que pela constância da respiração bucal o palato se levanta, tornando-se de formato ogival e a língua toma as mais diversas posições, assumindo uma postura anormal.

De acordo com Lopes Filho (1989), outras complicações decorrentes são as otites médias de repetição, comprometendo ainda mais o quadro geral.

A obstrução nasal na infância determina alterações sérias de crescimento da face, especialmente em sua dimensão vertical.

A deformidade facial é uma realidade no respirador bucal. Além disso, existem outras alterações importantes nestes pacientes, como a síndrome da apnéia noturna, a hipoventilação e cor pulmonar. As alterações da face, alterações da linguagem, alterações oclusais existem, e de maneira notória, no respirador bucal (Mocellin, 1994).

Os prejuízos da respiração bucal são notórios não apenas a nível facial, mas também em termos de qualidade de vida do indivíduo, em que observamos a imensa dificuldade destes pacientes em manter sua saúde física e mental.

Para Marchesan & Krakauer (1995), podem se desenvolver problemas associados ao respirador bucal como:

- Imprecisão articulatória;
- Ceceio anterior;
- Ceceio lateral;
- Deglutição atípica – devido a baixa tonicidade dos órgãos fonoarticulatórios;
- Mastigação atípica – por hipotonia dos músculos elevadores e por incoordenação da respiração com a mastigação/deglutição.

Bianchini (1994) alega que as alterações respiratórias modificam todo o comportamento do sistema estomatognático , interferindo até na postura da cabeça, à medida que o indivíduo procura um mecanismo compensador para

facilitar a respiração. Confirma ainda, a presença de hábitos viciosos, como sucção de dedo ou de chupeta associados à respiração bucal.

2.4.2- DEGLUTIÇÃO ATÍPICA

Após quarenta semanas de preparação para se defrontar com o mundo, o recém nascido depara-se com condições de respirar, chorar, sugar e deglutir através do movimento da língua.

A língua tem um papel importante na coordenação entre a sucção, deglutição e respiração.

Para Altmann (1990), deglutição atípica caracteriza-se por qualquer desvio do padrão normal do adulto de deglutição, podendo ser definido como o pressionamento da língua contra as superfícies lingual dos dentes incisivos e caninos ou a protrusão desta entre os dentes da arcada superior e inferior durante o repouso e o ato de deglutir.

Rodrigues (1999) prefere usar a denominação de “Pressões Atípicas da Língua”, uma vez que esta apresenta posição inadequada nas demais funções do sistema estomatognático e também no repouso.

Segundo Marchesan (1998), ocorrem algumas formas de deglutir:

- Com interposição lingual;
- Com presença de contração da musculatura periorbicular;
- Sem contração do masséter;

- Com contração do mentalis e interposição de lábio inferior;
- Com movimento de cabeça;
- Com ruídos;
- Com resíduos após deglutir.

Para esta autora a deglutição ainda pode estar adaptada, por um outro problema existente como, má oclusão ou respiração bucal.

Garliner (1974) relata que o uso da mamadeira (bico artificial) proporciona o surgimento da respiração bucal e de interposição lingual, pois esta se movimenta para frente com o objetivo de deter o fluxo de líquido.

Este achado vai de encontro com Lino (1990), alertando para o fato de que o emprego de mamadeiras inadequadas quando do aleitamento artificial, reduz o número de sucções do bebê, levando a um não treinamento correto da deglutição com a possibilidade de ocorrência de desvios da posição da língua e instalação da deglutição atípica.

Marchesan (1993) completa afirmando que a deglutição pode ser alterada devido:

- Amígdalas hipertróficas;
- Palato estreito;
- Hábito infantil persiste;
- Anatomia do indivíduo;
- Bochechas hipotônicas;
- Respiração bucal;
- Mordida aberta anterior;
- Interposição do lábio inferior;

- Há contração da musculatura perioral;
- Arcada pequena para língua;
- Está em fase de troca de dentes.

Os movimentos realizados durante a amamentação, estimulam o crescimento da mandíbula e a respiração nasal, posicionando adequadamente a língua na cavidade intra-oral (Lemos & Nicola, 1999).

A carência ou excesso de força, hipertrofia ou paralisia da língua acarretam defeitos não só estéticos como funcionais. (Beuttenmüller & Câmara, 1989).

2.7-HÁBITOS PARAFUNCIONAIS

O hábito nada mais é do que um reflexo, estímulo aprendido que traz um certo prazer e/ou satisfação.

Para Silva Filho et al. (1986), os hábitos bucais, normais ou deletérios, produzem efeitos sobre o crescimento dos maxilares e desenvolvimento da oclusão dentária. Os hábitos prolongados de sucção digital ou chupeta, provocam notáveis alterações da oclusão dentária.

Proença (1994) afirma que a criança que não é amamentada no seio, mas sim na mamadeira convencional, tem a tendência a introduzir o dedo na boca, como uma necessidade de exercitação da musculatura.

Douglas (1994) afirma que a sucção está perfeitamente desenvolvida na trigésima segunda semana de vida. No nascimento, o contato dos lábios com o mamilo provoca movimentos de sucção, que podem também ser iniciados, pelo contato dos lábios com a chupeta ou um dedo. Isto é um reflexo inato de alimentação, que visa a ingestão do leite materno.

Galvão (1986) explica que isto acontece porque a satisfação alimentar vem antes do prazer da sucção.

Existem vários hábitos de sucção como de polegar, lábios, bochechas, língua, chupeta, e hábitos de morder objetos, lábios e bochechas, alterando a musculatura dos órgãos fonoarticulatórios e arcadas dentárias (Gomes et al., 1994).

Conforme Ribeiro et al. (1999), há basicamente três teorias para tentar explicar o prolongamento desses hábitos de sucção não nutritivos:

- Satisfação insuficiente das necessidades de sucção infantil;
- Distúrbios emocionais;
- Sucção como comportamento aprendido.

Lutaif (1999) acredita que se as mães soubessem do poder e da força do seu contato com o bebê, e se fossem orientadas quanto a importância do leite materno e do momento do aleitamento para a sua relação com o seu bebê, talvez o uso da chupeta diminuísse.

Outro hábito parafuncional existente é o bruxismo que consiste num tipo de movimento periódico e estereotipado do sistema mastigatório envolvendo os apertos ou ranger dos dentes durante o sono.

Para Gusson (1999), existem duas formas de bruxismo: rangido dental e apertamento dental. A etiologia não está totalmente esclarecida. Sabe-se que é multifatorial, preponderando o fator psicológico.

A onicofagia (roer as unhas) é um hábito associado a tensão e ansiedade. Ocorre pela má mastigação, tendo assim uma alteração muscular, principalmente dos masséteres (Galvão, 1986).

O autor comenta ainda para que os efeitos prejudiciais venham a produzir-se, com respeito aos hábitos em geral, é necessário a associação de três fatores: duração, freqüência e intensidade.

Beuttenmüller & Câmara (1995) acreditam que em qualquer fase, um hábito mal formado pode criar um desvio que prejudique ou interrompa a evolução natural de determinada função.

Moresca & Feres (1994) consideram que as crianças, amamentadas no peito possuem menor probabilidade de adquirir hábitos anormais, e que a sucção de chupeta seria menos prejudicial do que a do dedo, pois os danos seriam limitados à região anterior. Os autores sugerem que o tratamento para a remoção do hábito deva ser dividido em três etapas: na dentição decídua, utilizando-se da conscientização dos pais e da crianças; na erupção dos incisivos permanentes com mecanismos de auto-ajuda; em casos de permanência do hábito utilização de dispositivos intra-orais.

2.8- AMAMENTAÇÃO

O leite materno é um alimento que possui de forma equilibrada todas as substâncias que o bebê necessita para seu crescimento e desenvolvimento, durante os seis primeiros meses de vida. Os componentes do leite materno variam ao longo da amamentação e estas modificações são necessárias para satisfazer as necessidades do bebê de acordo com a fase de vida em que o mesmo se encontra. O leite humano é benéfico durante mais de um ano, porém a partir do quinto-sexto mês é necessário complementá-lo com outros alimentos.

A lactação materna não só proporciona ao bebê o melhor alimento, como também contribui de maneira decisiva para o desenvolvimento físico e emocional do bebê. O leite materno é o mais completo alimento para o bebê, é econômico, não custa nada e sempre está limpo e pronto. Ele nunca é fraco e todas as mulheres podem produzi-lo em quantidade suficiente para alimentar o seu filho.

A amamentação deve ser iniciada logo após o nascimento, se possível ainda na sala de parto. Conforme Guyton & Hall (1997), o líquido que é secretado nos últimos dias ou semanas antes do parto é chamado de colostro. Contém essencialmente as mesmas concentrações de proteína e lactose.

As mamadas não devem ter horários rígidos. Sempre que o bebê chorar ele deve ser levado ao seio. Nos primeiros dias a criança mama a cada duas

horas. A partir do primeiro mês, se alimenta a cada três horas. O tempo de mamada muda de uma para outra, pois a fome do bebê também se altera durante o dia.

O intervalo entre as mamadas muda durante o dia, geralmente de madrugada e de manhã a criança se alimenta em intervalos maiores e permanece menos tempo ao seio. Durante a tarde e início da noite o bebê mama mais tempo e o intervalo é maior.

Para Achkan (1985), nos intervalos das mamadas não se deve dar nada ao bebê. O leite materno é suficiente para preencher todas as necessidades alimentares do bebê. O leite materno tem 90% de água e não há necessidade de água ou chás nos intervalos. Não se deve dar mamadeira para o bebê pois a sucção é feita em locais diferentes. Se a criança pega a mamadeira acaba deixando o peito.

A aleitamento natural é a única forma de alimento até o sexto mês. O intervalo para as mamadas deve ser por volta de três horas e a duração não deve ser superior a 20 minutos de sucção útil (Ramos & Soares, 1995).

Para Lemos & Nicola (1999), o leite materno é o alimento mais completo e indicado para o bebê, pois contém anticorpos da mãe que o protege contra possíveis infecções. Encontra-se na temperatura ambiente e é rico em cálcio, vitaminas e proteínas

. Friche (1995) coloca que a postura global do bebê durante a alimentação e a estimulação é de extrema importância. A cabeça deve estar sempre inclinada e bem apoiada, evitando-se que fique caída para trás. O bebê

deve ser carregado em posição de flexão, com os braços fletidos e na linha média.

Para Murahovschi (1982), a melhor posição para amamentar é aquela em que você sentir conforto. Pode amamentar deitado, em pé, andando, sentada.

O autor comenta ainda que a amamentação é plenamente reconhecida por nossa Legislação Trabalhista, que permite um prolongamento de quinze dias na licença à gestante. O abono de uma hora na jornada de trabalho, além de recomendar a criação de creches junto às empresas, no sentido de ampliar e estimular a amamentação.

Junqueira (2000) acredita que a maneira correta de oferecer o seio é segurando a aréola ligeiramente achatada, entre os dedos indicador e médio da mão livre. Isso ajuda a garantir uma boa porção da aréola e ainda, que a mama não bloqueie as narinas da criança , impedindo sua respiração nasal .



Maneira correta de se oferecer o seio durante o aleitamento materno. (Junqueira, 2000)

2.8.1-AMAMENTAÇÃO ARTIFICIAL

Durante a amamentação artificial Gomes; Proença; Limongi (1994), afirmam que a criança coloca todo o bico da mamadeira na boca, ocupando todo o espaço bucal impedindo a sucção anterior e projetando a língua, o trabalho realizado pela criança para retirar o leite da mamadeira é apenas o trabalho posterior de pressionamento do bico .

Quando o furo do bico ainda é aumentado para líquidos ralos, grande quantidade é derramada na boca da criança, fazendo com que ela adquira má postura de língua na deglutição, protuindo-a para não deixar escoar o líquido, uma vez que, a cavidade bucal fica repleta de líquido e os lábios podem estar hipofuncionante devido à falta de trabalho anterior.

As autoras completam que como existe uma grande quantidade de líquido no espaço oral, não sobra lugar para a sua atuação adequada na sucção e deglutição. Nestes casos, não há exercitação adequada da musculatura anterior, levando à alteração de tono, mobilidade, propriocepção e manutenção de posturas incorretas.

Moresca & Feres (1994) acrescentam que durante o aleitamento materno, a língua e o lábio inferior se encontram em contato constante. Porém, quando a criança é alimentada na mamadeira com bico convencional, este cobre o dorso da língua, evitando que se aproxime do palato.

Algumas desvantagens da amamentação artificial, além destas descritas são:

- Risco de contaminação do leite;
- Preparo inadequado das mamadeiras;
- Digestão mais lenta e difícil;
- Fatores de ordem psicológica;
- O aleitamento artificial não fornece, como o leite humano, anticorpos, para defesa contra infecção.

Infelizmente, existem fatores que podem impossibilitar o aleitamento materno. Nestes casos, deve-se ter cuidado na escolha do bico da mamadeira. Sua forma deve possibilitar que o bebê, faça o mesmo esforço que realiza ao sugar o peito da mãe. Usando um bico inadequado, a sucção deixa de ser vigorosa e o bebê deixa de exercitar sua musculatura.

Segundo Junqueira (2000), o tipo de bico para mamadeira que permite à criança fazer durante a mamada movimentos semelhantes ao do seio materno é o ortodôntico. Este bico é anatômico, moldando-se de forma muito parecida ao mamilo da mãe. Lembrando ainda que, mamadeira com furo aumentado faz com que ocorra um número menor de sucção, deixando de existir a estimulação adequada dos músculos e ossos.

2.8.2- VISÃO FUNCIONAL E BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO

Quando na ordenha do bico do seio pelos orbiculares dos lábios, começamos o primeiro estímulo biomecânico.

Os nervos que comandam esta unidade são: Hipoglosso, Espinhal, Trigêmio, Facial, Glossofaríngeo e Pneumogástrico. Na ordenha são acionados cerca de cem músculos: Músculos da Língua, Supra e Infra-hióides, Musculatura Mímica, Mastigadora, Laringe, Faringe e da Porção Posterior da Coluna.

Para Gomes et al. (1994), a amamentação natural consiste de duas fases: a primeira é a de apreensão do mamilo e a segunda, a de pressão do mesmo para extração do leite.

Marins & Marchon (1983) acrescentam que nesta atividade de ordenha a mandíbula e a língua vão para a frente, produzindo os primeiros movimentos biomecânicos em direção sagital, não só inicia os mais importantes exercícios e treinamentos das estruturas da articulação temporomandibular como de toda musculatura mastigatória.

Conforme Carvalho (1997), o principal meio de prevenção à Síndrome do Respirador Bucal seria amamentação, pois esta além de suprir as necessidades nutritivas e emocionais da criança faz com que esta desenvolva de maneira adequada as estruturas faciais e orais. Durante a amamentação a criança estabelece o padrão correto de respiração, mantém corretamente as

estruturas orais facilitando a evolução do sugar para o mastigar. Ela não executa o simples movimento de “ordenha”, que são estímulos neurofuncionais para o correto desenvolvimento da musculatura perioral para estabelecer um bom vedamento labial, além de estímulos para o correto posicionamento mandibular corrigindo o retrognatismo natural após o nascimento.

O leite materno condiciona a orientação metabólica e o comportamento alimentar no futuro, garantindo proteção contra infecção e antialérgica com adaptação as necessidades diárias da criança, além de possibilitar um crescimento facial e do sistema sensório-motor oral mais adequado (Ramos & Soares, 1995).

A proteção propiciada pelo leite materno contra a otite média mostrou-se eficaz, não só durante o período do aleitamento mas também a longo prazo, até os três anos de idade.

Para Oliveira et al. (1999), no que se refere aos dentes o aleitamento materno se constitui como fator preventivo, diminuindo as incidências de cárie nos dentes decíduos e permanentes. A cárie de mamadeira afeta as crianças de um a três anos de idade e sempre tem como causa o uso freqüente e prolongado de mamadeiras contendo líquidos açucarados.

Garliner (1974) faz uma comparação entre o mamilo e o bico artificial, revelando três significantes diferenças: o comprimento do bico, a velocidade do fluxo e a área em relevo circundando o bico. Estes fatores são altamente importantes pois ocasionarão o equilíbrio muscular facial normal ou anormal.

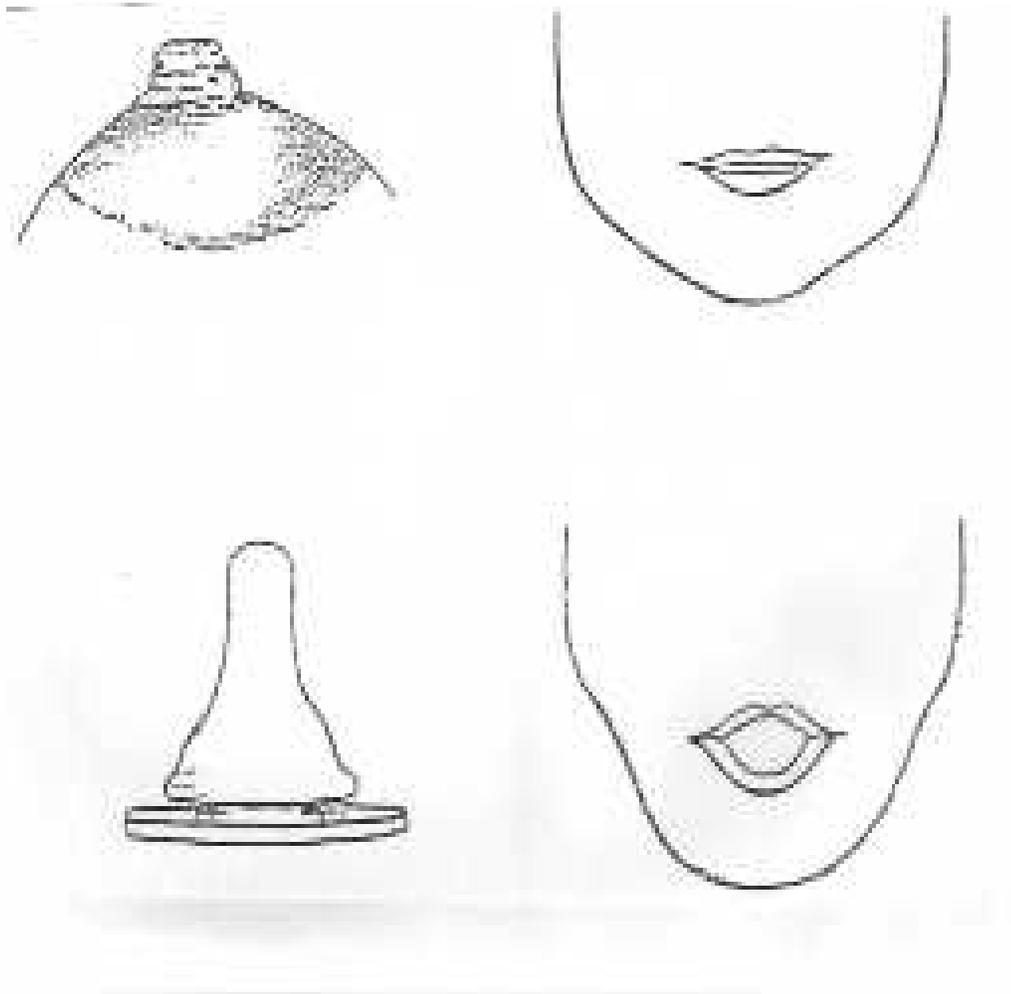


Figura comparativa da amamentação no seio e na mamadeira. (Garliner, 1974)

Segundo Varela (1986), há um problema com os bicos artificiais, pois quando o bebê mama no peito suga com força e ao mesmo tempo com a língua, comprimindo a auréola da frente para trás. No entanto, se usa a mamadeira, não precisa de tanta força para sugar e apenas empurrando o bico contra o palato obtém leite abundante. Mas o inconveniente vem depois, o bebê acostumado com o movimento da língua no bico da mamadeira, acaba recusando o peito, que lhe daria um pouco mais de trabalho.

Cabe lembrar que, os movimentos realizados durante a amamentação natural, estimulam o crescimento da mandíbula e a respiração nasal, posicionando adequadamente a língua na cavidade intra-oral (Lemos & Nicola, 1999).

Moresca & Feres (1994) relatam que com o desmame precoce a criança automaticamente suprirá a necessidade de mamar no seio, pela sucção de chupeta, provocam notáveis alterações da oclusão dentária.

O desmame deve processar-se gradualmente, de modo que a criança não sinta que está a ser privada de algo em que já estava habituada. Ocorre normalmente por volta dos seis meses com o aparecimento dos dentes.

A amamentação é um ato de amor. A amamentação proporciona de forma ímpar uma estreita relação afetiva entre a mãe e o filho. A lactação estabelece um contato íntimo, físico e emocional.

Esta intimidade corporal e emocional leva um crescente instinto maternal `a medida que o bebê cresce a lactação se torna cada vez mais gratificante para a mulher. Esta relação influi positivamente no desenvolvimento da criança.

3.PESQUISA PRÁTICA

A população que constituiu o objeto desta pesquisa foram as mães e pacientes de fonoaudiologia sem problemas orgânicos ou neurológicos, atendidos no interior de Santa Catarina pela prefeitura.

A pesquisa perpez um total de quarenta mães, que acompanharam seus filhos de três a dez anos, aos atendimentos no período entre 1998 e 2000.

O instrumento de pesquisa utilizado foi a análise de anamneses e avaliações dos pacientes assistidos neste período, seguindo um roteiro de perguntas.

Tabela – Crianças que foram amamentadas.

Mamaram no seio	Número	Número
	Absoluto	Relativo
Sim	36	70%
Não	12	30%
Total	40	100%

Com relação aos resultados, percebeu-se que apenas doze (30%) das quarenta crianças não mamaram no seio. Porém, estas que foram amamentas foi por um período inferior aos seis meses, na sua maioria até dois meses.

Apenas cinco crianças (12.5%) não fizeram uso da mamadeira e as demais trinta e cinco (87.5%) usufruíram por um período superior aos três anos.

Tabela – Crianças que fizeram uso de bico.

Usaram bico	Número	
	Absoluto	Relativo
Sim	30	75%
Não	10	25%
Total	40	100%

Foram encontrados na análise um número importante de crianças com hábitos de sucção de dedo e chupeta. O bico é usado por trinta (75%) das quarenta crianças pesquisadas, em um período acima de quatro anos, outras seis persistem com o uso. A sucção de dedo não foi tão alarmante, encontrado em apenas seis crianças (15%) e duas continuam com o hábito.

As crianças desta pesquisa, em sua maioria, usaram mamadeira por mais de três anos. Encontra-se assim, a estreita relação entre o tempo de uso da mamadeira e a instalação dos hábitos parafuncionais.

No que refere-se à presença de onicofagia entre as quarenta crianças analisadas foram encontrados sete casos (17.5%) com uso deste hábito.

Pesquisou-se também o bruxismo nestas crianças, deparando-se com quinze casos (37.5%), dentro dos quarenta pesquisados.

Tabela – Distribuição de mães que receberam orientação sobre os benefícios fonoaudiológicos na amamentação.

Receberam orientação	Número	Número
	Absoluto	Relativo
Sim	5	12.5%
Não	35	87.5%
Total	40	100%

Apenas cinco mães conheciam os benefícios do aleitamento materno nos aspectos fonoaudiológicos, 12.5%. Quanto à orientação recebida pelas mães sobre a amamentação, observou-se que vinte e seis (65%), foram incentivadas a amamentar em postos de saúde ou consultórios médicos. As demais (25%), foram orientadas por familiares ou já tinham algum conhecimento de outras gestações.

Tabela - Distribuição de crianças com alterações miofuncionais.

Apresentam alterações miofuncionais	Número	Número
	Absoluto	Relativo
Sim	36	65%
Não	14	35%
Total	40	100%

Analisou-se ainda, a incidência de alterações miofuncionais nestas quarenta crianças, encontrando trinta e seis ocorrências (65%).

3.1 COMPARAÇÃO

RESULTADOS DA PESQUISA COM A TEORIA

Com relação aos achados na pesquisa percebe-se o número pequeno de crianças que foram amamentadas no seio, apenas doze das quarenta analisadas, em sua maioria menos de seis meses. O uso de mamadeiras foi predominante, trinta e cinco crianças usaram, por um período acima de três anos

A sucção no seio materno estimula a neuromusculatura facial. Caso a amamentação seja artificial, ocorre pouca exercitação e como resultado os ossos e músculos da face não se desenvolvem satisfatoriamente (Guerreiro, 1990).

O uso de bico e sucção de dedo também foi preocupante. Trinta das quarenta crianças pesquisadas usaram o bico por um período superior aos quatro anos.

O dedo pode alterar todas as estruturas orais, pois durante a sucção exerce pressão contra o palato, projeta a arcada dentária superior para frente e a inferior para trás (Junqueira, 2000).

Moresca & Feres (1994) afirmam que a mamadeira oferece o volume de leite suficiente para atingir a plenitude alimentar, mas a necessidade de

fazer sucção persiste, e se acentua gradativamente. Pela oferta contínua e o exagero na sucção poderá instalar-se o hábito indesejável.

As crianças desta pesquisa, em sua maioria, usaram mamadeira por mais de três anos. Encontra-se assim, a estreita relação entre tempo de uso da mamadeira e a instalação dos hábitos parafuncionais.

Os autores completam em seus estudos sobre a etiologia dos hábitos orais, que a causa mais freqüente de sucção de dedo são os movimentos labiais insuficiente, isto é, uma inadequada exercitação na fase da sucção no ato alimentar.

McDonald & Avery (1986) acreditam também que o aleitamento materno e os aspectos psico-afetivos podem ser considerados como fatores etiológicos de grande influência no desencadeamento de hábitos orais.

Foram encontrados também sete casos com onicofagia e quinze com bruxismo nas quarenta crianças analisadas.

Tanto a onicofagia como o bruxismo apresentam importantes fatores emocionais. Para Galvão (1986), os indivíduos nervosos são mais propensos a ranger os dentes . Enquanto que a onicofagia está associada à ansiedade e tensão, podendo ocorrer pela má mastigação.

Entende-se este fato, lembrando um dos benefícios da amamentação que é o fortalecimento do vínculo familiar, oferecendo melhores estímulos neurológicos e emocionais à criança.

Percebe-se que em sua maioria as mães foram orientadas sobre a amamentação, mas não a respeito dos benefícios fonoaudiológicos.

O Ministério da Saúde preconiza ao longo de décadas o desenvolvimento de programas materno infantis e inclui como atividades serviços de pré-natal e puerpério. Atualmente alguns hospitais são indicados como Amigos da Criança, pois promovem a amamentação. Mas, a divulgação quanto à prevenção dos hábitos orais, problemas de fala, respiração e deglutição, continuam vagas.

Quanto a incidência de alterações miofuncionais foram encontradas trinta e seis casos das quarentas crianças pesquisadas.

Junqueira (2000) afirma que durante a amamentação, todas as estruturas orais – lábios, língua, bochechas, ossos e músculos da face – se desenvolvem e se fortalecem.

Desta maneira, entende-se que as crianças analisadas não estimularam adequadamente suas estruturas orais, pois foram pouco amamentadas ao seio e ainda, usaram mamadeira.

Para Marchesan (1994), os ossos são dinâmico e se desenvolvem por causa de estímulos internos, externos e musculares. Os músculos são os maiores responsáveis pelo crescimento. Uma vez que a forma e/ou função das estruturas estomatognáticas estão alteradas, encontramos paralelo aos distúrbios de fala.

Dentro desta ótica, pode-se acreditar que, os indivíduos com as alterações miofuncionais encontradas apresentam um fator importante para promover alterações ósseas, dentárias e de fala.

Nesta pesquisa encontrou-se resultados que foram de encontro com a teoria, explicando as causas de alguns problemas fonoaudiológicos, que agora podem ser melhor entendidos e também prevenidos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações preventivas estão se tornando alvo de importantes pesquisas, em diferentes áreas. Contudo, a fonoaudiologia não poderia deixar de participar, por este motivo foi escolhido o tema abordado.

Esta pesquisa teve como objetivo constatar se a amamentação realmente possui uma função preventiva dentro de nossa área. Buscou-se também, verificar se as mães apresentavam conhecimento de como prevenir os problemas fonoaudiológicos através da amamentação.

Alguns autores como Marquesan, Junqueira e Bianchini, tiveram uma participação relevante na discussão teórica. Também foi realizado uma pesquisa prática, a qual foi comparada aos achados teóricos.

Durante esta pesquisa, constatou-se realmente, a função preventiva da amamentação natural com relação às alterações miofuncionais e hábitos orais.

Com o decorrer dos anos a amamentação voltou a ser incentivada, percebeu-se que as mães conhecem os seus benefícios afetivos e nutricionais, mas não os fonoaudiológicos.

Observou-se a necessidade em divulgar as vantagens da amamentação sobre os aspectos fonoaudiológicos em equipes multidisciplinares e programas de saúde, esclarecendo como o aleitamento natural auxilia o desenvolvimento adequado do sistema estomatognático e o crescimento craniofacial. Para que desta maneira inicie-se a prevenção dos problemas de fala, deglutição mastigação e dentários.

Podendo ser feito através de palestras, informativos e programas de incentivo em hospitais e maternidades.

Percebeu-se que os hábitos parafuncionais estão ligados à fatores psico-afetivos e/ou falta de exercício muscular , devido ao uso prolongado e inadequado da mamadeira e do bico.

Em muitos casos os pais não possuem conhecimento sobre a real necessidade de seu filho sugar e acabam oferecendo o bico de maneira inadequada, como um simples pacificador em todos os momentos. Percebe-se assim como o fonoaudiólogo precisa estar atento nesta área e oferecendo suas orientações.

Existe forte relação entre hábitos orais e maloclusão , em sua maioria comprovada pela literatura.

Constatou-se a necessidade de ter mais programas de incentivo ao aleitamento materno, visando atingir uma população carente, orientando sobre todos os aspectos de seus benefícios. Caso isto não seja possível, quais os meios mais adequados a serem seguidos para evitar prejuízos futuros.

Analisando a pesquisa percebeu-se, como o bico e a mamadeira são importantes para caracterizar a criança, ocupando assim o seu lugar de bebê. Algo que vem de outras gerações, passando a ser parte de nossa cultura. Por isso, a divulgação da amamentação natural é uma tarefa a ser defendida, buscando mudar certos costumes.

Sabe-se que a amamentação previne porém, esta pesquisa levanta alguns dados que a fonoaudiologia precisa analisar. A tipologia facial, a

genética e os estímulos sociais, são fatores que influenciam no desenvolvimento do ser humano.

Podemos concluir com esta pesquisa que existem dados científicos para que o fonoaudiólogo possa avançar em outros campos e mostrar a prevenção em sua área, evitando problemas futuros.

Desta maneira, acreditar que uma ação isolada resolve todo o problema é utopia mas, se você realmente acredita, é o início de grandes realizações.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHKAN., A.E. – **Da gravidez à amamentação**. Florianópolis, Artgrafm, 1985. 36p.

ALTMANN, E.B.C. –Deglutição atípica. In: KUDO,A.M. et al – **Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria**. São Paulo, Sarvier, 1990. p.116-31.

AUGUSTONI,C.H. – **Deglutição atípica: manual prático de exercícios para sua reeducação**. Rio de Janeiro, Enelivros, 1986. 122p.

BAPTISTA,J.M. & TENÓRIO, M.B. – Desenvolvimento embrionário craniofacial e seu crescimento. In: PETRELLI,E. – **Ortodontia para fonoaudiologia**. São Paulo, Lovise, 1994. p.1-35.

BIANCHINI,E.M.G. – **A cefalometria nas alterações miofuncionais orais diagnóstico diagnóstico e tratamento fonoaudiológico**. São Paulo, Pró-fono, 1994.73p.

BEUTTENMULLER,G. & CÂMERA,V. –**Reequilíbrio da musculatura orofacial**. Rio de Janeiro, Enelivros, 1989. 104p.

CARVALHO,G.D. – Síndrome do respirador bucal. **Revista da Secretaria de Saúde, (4): 6-7, 1997.**

CUPELLO,R.C.M. – **1000 perguntas em fonoaudiologia.** Rio de Janeiro, Revinter, 1994. 263p.

DI FRANCESCO,R.C. – Respirador bucal: a visão do otorrinolaringologista. **J. Bras. Fono.,1 (1): 56-60,1999.**

DOUGLAS,C.R. – Fisiologia da sucção. In: _____ - **Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde.** São Paulo, Robe, 1994. p.887-94.

FARAH,E.A. & TANEKO,C. – Postura e mobilidade da coluna cervical e do tronco em portadores de alterações miofuncionais orais. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., 2 (51): 171-5, 1997.**

FRICHE,A.A.L. – A importância da intervenção fonoaudiológica em neonatos de alto risco. **Rev. Fono., 2 : 17-25, 1995.**

GALVÃO,A – **Ortodontia: noções fundamentais.** São Paulo, Santos, 1986. 222p.

GARLINER,D. – **Myofunctional therapy in dental practice** . 2.ed. Coral Gables, Inst. for Myof. Ther., 1974. 333p.

GOMES,I.C.D.; PROENÇA M.G.; LIMONGI,S.C.O.; Avaliação e terapia da motricidade oral. **Temas de fonoaudiologia**: 61-119, 1994.

GUERREIRO,M.E.C. – **A alegria de amamentar**. São Paulo, Maltese, 1990. 211p.

GUSSON,D.G.D. – Bruxismo em crianças. **J. Bras. Fono.**, **1 (1)** : 20-35. 1999.

GUYTON,A.C. & HALL,J.E. – **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997. 1014p.

JUNQUEIRA, P. – **Amamentação, hábitos orais e mastigação. Orientações, cuidados e dicas**. Rio de Janeiro, Revinter, 2000. 26p.

KRAKAUER, L.R.H. – **Relação entre respirador bucal e alterações posturais em crianças: uma análise descritiva**. São Paulo, 1997.

[Tese – Mestrado – Pontifícia Universidade de São Paulo]

KÖHLER,N.R.W.; KÖHLER,G.I.; KÖHLER,J,F,W. – Anomalias morfofuncionais da face: uma introdução à visão etiológica e terapêutica multidisciplinar. - **Tópicos em fonoaudiologia** , **2**: 93-127, 1995.

LAGO,J.C.F. – Dispraxias estomatológicas e suas influências nas assimetrias faciais. **Rev. Atual. Odontol. Bras., 4 (3): 63-71, 1986.**

LEMOS,C. & NICOLA,E. – Aleitamento materno (uma visão fonoaudiológica).
Jornal da Associação Catarinense de Fonoaudiologia 1 (1): 4,1999.

LINO,A.P. – **Ortodontia preventiva básica.** São Paulo, Artes Médicas, 1990.168p.

LUTAIF,A.P. - Chupeta: uso indiscriminado? **Revista CEFAC, 1 (1): 8-15,1999.**

MARCHESAN,I.Q. – **Motricidade oral: visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades.** São Paulo, Pancast, 1993. 70p.

MARCHESAN,I.Q. & KRAKAUER,L.H. – A importância do trabalho respiratório na terapia miofuncional. **Tópicos em Fonoaudiologia, 2: 155-60, 1995.**

MARCHESAN,I.Q. – Deglutição- diagnóstico e possibilidades terapêuticas. In: _____ - **Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. p. 51-8.

MARINS, H. & MARCHON, A. – Morfogênese craniofacial. Sua importância na formação da disgnâncias. **Rev. Odontol. Clin.**, **6 (10)** : 27-37, 1983.

MCDONALD, R.E. & AVERY,D.R. –**Odontopediatria**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1986. 206p.

MOCELLIN,M. – Respirador bucal. In: PETRELLI,E. – **Ortodontia para fonologia**. São Paulo, Lovise, 1994. p. 129-40.

MORESCA,C. A. & FERES,M. A. – Hábitos viciosos orais. In: PETRELLI,E. – **Ortodontia para fonologia**. São Paulo, Lovise, 1994. p. 163-76.

MOYERS,R.E. – **Ortodontia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991. 483p.

MURAHOVSKI,J. – **Cartilha da amamentação... doando amor**. São Paulo, Almed, 1982. 83p.

OLIVEIRA,J.F.; TAVARES,M.I.T. A.; MOREIRA,G.S.; ZDOROSNY,M.V.
Contribuição ao estudo do aleitamento materno – enfoque anticariogênico.
Rev. Odontol. Mod., **9 (17)**: 6-9, 1999.

PROENÇA, M.G. – Sistema sensório motor. In: KUDO, A. M. et al. – **Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria.** São Paulo, Lovise, 1994.p. 101-15.

RIBEIRO, L.D.S.V.; MELLO, S.M.M.S.; SANT'ANA, V.M.L. – O que os pais sabem sobre a chupeta de seus filhos? – Uma análise qualitativa da questão vista sob a ótica odontopediátrica. **J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial, 22:** 327-36, 1999.

RODRIGUES, J. – Deglutição atípica (pressões atípicas da língua) : Classificação. **J. Bras. Fono., 1 (1) :** 52-5, 1999.

SÁ FILHO, F.P.G. – **As bases fisiológicas da ortopedia maxilar.** São Paulo, Santos, 1994. 120p.

SANTOS, A. E. – **Estudo Farmacológico na gestação e na lactação.** Lages, Müller, 1981. 69p.

SILVA FILHO, O.G.; SAMPAIO, L.L.; FERITAS, J.A.S. – Avaliação de um método simplificado para estimar a maturação esquelética. **Ortodontia, 1 (25) :** 21-36, 1992.

TANIGUTE, C.C. – Desenvolvimento das funções estomatognáticas. In: MARCHESAN, I.Q. – **Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos**

clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan,
1998.p.1-6.

VARELA, C.B. – **A arte de amamentar seu filho.** Petrópolis, Vozes, 1986.
109p.

6.ANEXOS

ROTEIRO DE ANÁLISE DAS ANAMNESES E AVALIAÇÕES

- Mamou no seio ? Quanto tempo:
- Usou mamadeira? Quanto tempo:
- Usou bico? Quanto tempo:
- Sucção de dedo? Quanto tempo:
- Possui o hábito de roer unhas? Quanto tempo:
- Tem bruxismo? Quanto tempo:
- Apresenta alterações miofuncionais?
- Teve alguma orientação sobre amamentação na gestação (no aspecto fonolológico)?