

A CHUPETA

O que toda mãe (e pai) deveria saber antes de oferecer uma chupeta para o seu bebê.



A oferta da chupeta se difundiu amplamente na sociedade contemporânea. Trouxe consigo conveniência e comodidade, “simplificando” a tarefa dos adultos em acalmar o bebê. Muitos não sabem ao certo se devem ou não oferecê-la. Desinformação, falta de tempo, busca por facilidades imediatas, desconexão com os próprios instintos da espécie e tantos outros motivos popularizaram o seu uso e fizeram com que formas naturais e gentis de lidar com o choro e as demandas do bebê fossem deixadas de lado. Assim, a necessidade básica de sucção no peito não é plenamente suprida, muito menos as necessidades psico-afetivas do bebê, como um ser humano complexo em formação. O motivo do choro que está sendo silenciado fica sem resposta. A chupeta acaba sendo uma solução mágica e instantânea, que se arrasta pela infância afora e, disfarçada de outras formas, chega até a vida adulta. Por isso, não se iluda! A chupeta não é inocente como parece. Efeitos colaterais advindos do seu uso existem, e aumentam em quantidade e gravidade ao longo do desenvolvimento infantil. Acompanhe, sob uma perspectiva baseada em evidências, as potenciais consequências relacionadas ao uso da chupeta.

- Interfere negativamente sobre a amamentação. Estudos mostram que crianças que desmamam precocemente usam chupeta com maior frequência do que aquelas que são amamentadas por um período maior^{1,2}. A confusão de bicos (fig. 1 e 2) descrita na literatura acontece porque a musculatura é trabalhada de forma completamente diferente durante a sucção do peito e da chupeta³ (Quadro 1 - APÊNDICE). A sucção de um bico artificial leva à perda da tonicidade e alteração da postura muscular (dos lábios e língua, principalmente), fazendo com que o bebê não consiga manter corretamente a pega do peito. Além disso, existem evidências de que chupar chupeta diminui a produção de leite, pois o bebê solicita menos o peito, causa ferimentos na mãe devido à pega errada, o que acaba interferindo até mesmo no seu ganho de peso. Não oferecer bicos artificiais e chupetas a crianças amamentadas é um dos Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno recomendado pela Organização Mundial de Saúde, UNICEF e Ministério da Saúde⁴.



Fig. 1 - Pega correta. Com bebê abocanhando grande parte da aréola, a língua anteriorizada e levando o bico do peito até o limite entre o palato duro e o palato mole (ponto de sucção).



Fig. 2 – Pega incorreta. Reproduzindo o exercício realizado com a chupeta, o bebê suga apenas o bico do peito, mantendo a língua retruída com o dorso elevado dentro da boca e tendo dificuldade em manter o selamento hermético. Dessa forma, não consegue extrair o leite, não estimula a produção e machuca o peito da mãe, caracterizando a confusão de bicos.

- Prejudica a correta maturação funcional do sistema estomatognático (SE)*. Atrapalha na fala, mastigação, deglutição e respiração da criança³. Podem surgir deficiências de dicção, presença de sibilo/ceceo na fala, voz rouca e/ou anasalada. A mastigação perde sua característica normal bilateral e alternada, tendendo a vertical ou unilateral⁵, afetando diretamente as articulações têmporo-mandibulares e o desenvolvimento das estruturas envolvidas. Desenvolve-se potencialmente uma deglutição atípica, com interposição de língua e participação da musculatura peri-oral. O padrão respiratório se altera de nasal para bucal ou misto^{3, 5}. Assim, existe um consenso na literatura científica de que hábitos de sucção não-nutritivos são potencialmente nocivos para a saúde da criança e que, por isso, devem ser desestimulados⁶ ou removidos o mais cedo possível no intuito de minimizar os danos⁷.
- Altera a postura e tonicidade dos músculos da boca: o lábio superior fica encurtado, o lábio inferior fica flácido e evertido (virado para fora), ocorre a perda do selamento labial passivo (sem esforço), a pele do queixo pode ficar enrugada (refletindo o esforço do músculo mentalis para auxiliar no vedamento labial), as bochechas ficam hiper/hipotonificadas e caídas (de acordo com a forma que a criança adapta a sucção) e a língua perde a tonicidade, ficando numa posição baixa e retruída dentro da cavidade bucal (fig. 3), alterando toda a fisiologia do SE*.



Fig. 3 – Alterações da musculatura oro-facial decorrentes do uso de bicos artificiais.

- Causa deformações esqueléticas na boca e na face: Os ossos da face crescem de forma desarmônica, com alterações e rotações dos planos de crescimento (fig. 4)³. As arcadas e os ossos nasais sofrem atresias (estreitamento) e desvios (desvio de septo) prejudicando tb as funções de deglutição, mastigação, fala e respiração (fig. 5 - 6) e se tornando um obstáculo mecânico à cura de uma série de patologias (especialmente, as “ites” = rinite, sinusite, amigdalite, bronquite, otite, adenóides hipertróficas, etc...). A mandíbula mantém a posição retruída do nascimento, isto é, o queixo não cresce, prejudicando a estética e a fisiologia (fig. 7).

Lip and Facial Contours

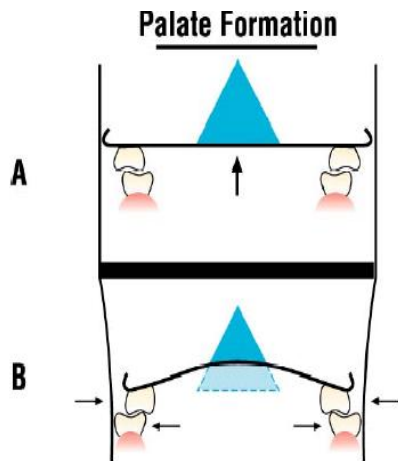


Infant exclusively breastfed



Infant who has sucked on a foreign object **excessively**

Fig. 4- Terço facial inferior da face aumentado devido alteração no padrão de crescimento.



Upward forces on palate and vacuum can alter oral development.

Fig. 5 – Elevação (atresia) do palato, uma das conseqüências da respiração bucal e do uso de bicos artificiais, provocando diminuição do espaço da cavidade nasal. Isto pode levar a formação de mordidas cruzadas e desvio de septo.



Fig. 6 – Palato estreito e profundo (atrésico) em forma de V.

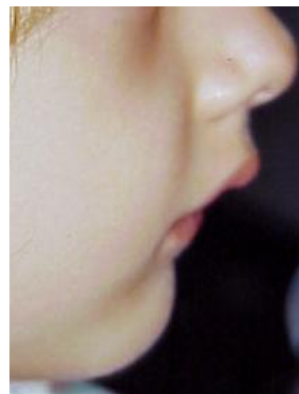


Fig. 7 – Mandíbula retro-posicionada (queixo pequeno).

- Provoca maloclusão dentária. Mordidas abertas, mordidas cruzadas (fig. 8), maloclusão de Classe II, overjet acentuado (fig. 9) e outras alterações nos dentes são associadas ao uso de bicos artificiais. Crianças com hábitos de sucção não-nutritiva apresentam 12 vezes mais chance de desenvolver problemas oclusais do que crianças sem hábito⁸. Mais de 70% das crianças que possuem hábitos de sucção não-nutritiva apresentam algum tipo de maloclusão⁹.



Fig. 8 – Mordida aberta anterior e cruzada posterior.



Fig. 9 – Maloclusão de classe II com overjet acentuado (dentes projetados).

- Não existem no mercado bicos anatomicamente comparáveis ao bico do peito: Em relação ao mamilo, os bicos de borracha apresentam diferenças significativas em sua textura, forma, no trabalho que realizam e nas consequências desse trabalho³. Já foi demonstrado em estudo realizado com diferentes marcas comerciais disponíveis no mercado que bicos artificiais são significativamente menos elásticos do que o bico do peito, e que o seu comprimento pouco se altera dentro da cavidade bucal, de forma que é a boca que se molda a ele, e não o oposto como ocorre no caso do bico do peito (fig. 9 – 11). O bico do peito tem a capacidade de distender-se dentro da boca (protractibilidade) até 3 vezes o seu comprimento inicial, enquanto o bico de borracha pouco se altera¹⁰.

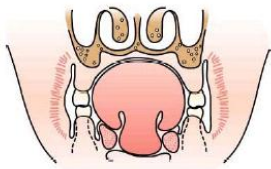


Fig. 9 – Posição da língua em repouso dentro da boca.



Fig. 10 – Posição da língua durante a amamentação (pouco se modifica, pois o bico do peito se adapta perfeitamente à boca).

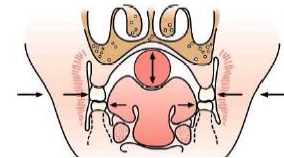


Fig. 11 – Interposição de bico artificial (língua em posição baixa, bucinadores contraídos). Nesta situação, é a boca que se molda ao bico de borracha.

- A chupeta não é menos nociva do que o dedo: Dados epidemiológicos mostram que apenas 10% das crianças chupam o dedo prolongadamente^{9, 11}, enquanto 60 a 82%^{8, 9, 11}, chupam chupeta e 4,1% associam os dois hábitos⁸. Ao contrário do que se costuma acreditar, os danos causados pela sucção prolongada de dedo ou de chupeta são bem semelhantes^{12, 13}. A sucção do dedo, contudo, se assemelharia mais ao peito (fig. 12) por ser intracorpórea, ter calor, odor e consistência mais parecidos com o do mamilo e pelo fato de ficar praticamente na mesma posição do bico do peito dentro da cavidade bucal (próximo ao ponto de sucção, no fundo da boca). A língua vem para a frente durante a sua sucção, como acontece com o mamilo na ordenha do peito materno e o padrão de respiração nasal é mantido¹⁴. Por tudo isso, a orientação de substituir o dedo pela chupeta não faz sentido. O bebê chupa o dedo desde a barriga¹⁵

(fig. 13) e, durante o seu desenvolvimento, especialmente nos períodos de desconforto e irritação provocados pela erupção dentária (que inicia a partir dos 4-6 meses até em torno dos 3 anos, quando a dentição decídua está completa), é normal que ele leve um ou mais dedos à boca. Nessa fase devemos proporcionar variedade de estímulos, como alimentos de consistência dura, mordedores, além de brincadeiras diversas, atenção, carinho, paciência e peito; a fim de que o hábito cesse espontaneamente. A persistência da sucção de dedo não é freqüente em crianças bem amamentadas^{5,16}. Mais de 80% das crianças que recebem aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida não apresentam hábitos^{11,17}.

Fig. 12 – Posição do dedo dentro da boca. Observe-se uma maior semelhança com a posição do bico do peito comparativamente em relação aos bicos artificiais.

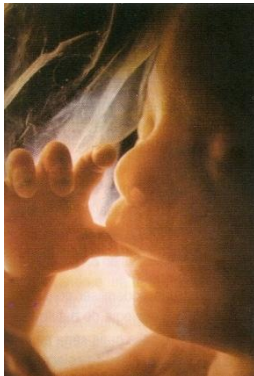
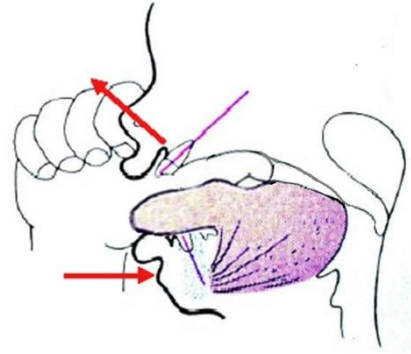
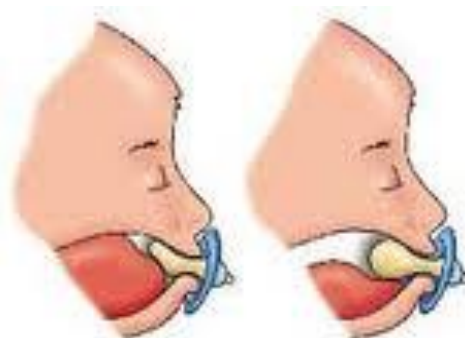


Fig. 13 – Bebê sugando o polegar dentro do útero materno.

- Os bicos ortodônticos prejudicam mais no aspecto funcional do que os convencionais : Não existem evidências que comprovem substancialmente a existência de vantagens reais nos bicos anatômicos ou ortodônticos¹⁸. Embora sejam potencialmente menos nocivos em relação às alterações dentárias, chupetas ortodônticas mantêm o dorso ainda mais elevado e a ponta da língua ainda mais baixa e mais posteriorizada do que o bico comum (Fig. 14 a 16)³. Produzem mais movimentos incorretos com a língua, a deglutição é deflagrada mais tardiamente e existe um maior esforço e pressão negativa formada durante a sucção¹⁹.



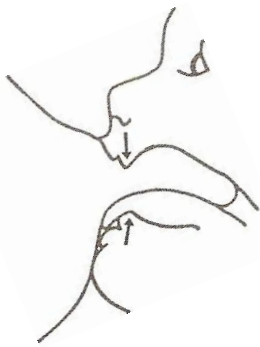


Fig. 14 – Posição do bico do peito dentro da cavidade oral durante a amamentação (situação fisiológica).

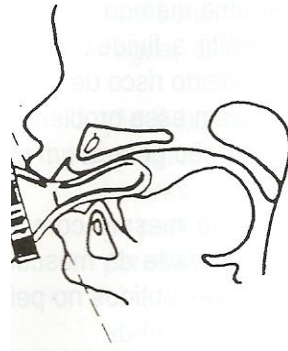


Fig. 15 – Situação intra-bucal com interposição de bico convencional, evidenciando a posição da língua.

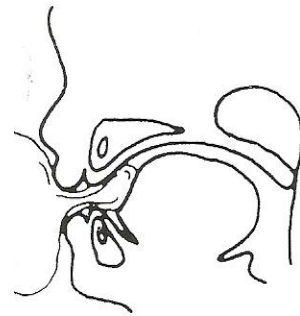
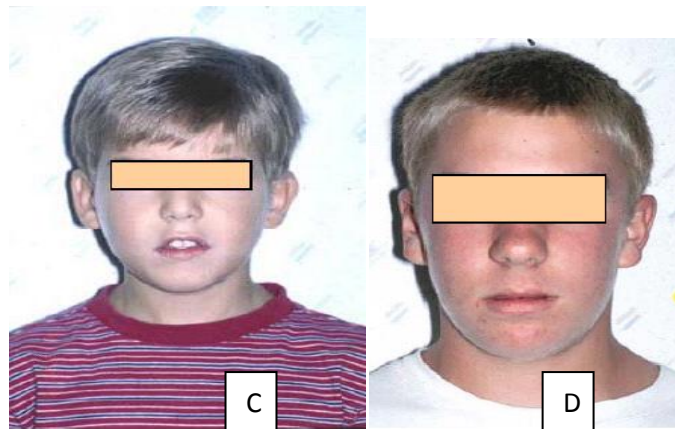


Fig. 16 – Situação intra-bucal com interposição de bico ortodôntico, demonstrando maior “entulhamento” da língua dentro da cavidade bucal.

- Representa uma das causas da Síndrome do Respirador Bucal: Quando a criança respira pela boca pode ter o seu desenvolvimento comprometido (fig. 17) pelas inúmeras consequências que isso acarreta ao organismo como um todo. O ar inspirado pela boca não sofre o processo de filtragem, aquecimento e umedecimento fisiológicos, deixando o sistema respiratório mais vulnerável a doenças em geral. A respiração bucal ainda acarreta uma gama de alterações físicas (patologias respiratórias [fig. 18], problemas nutricionais e de crescimento, alterações fonoaudiológicas, do sono [ronco, apnéia, pesadelos, terror noturno, enurese noturna/xixi na cama, bruxismo] maloclusão e problemas orto-ortopédicos, posturais (fig. 19), comportamentais e emocionais (problemas de aprendizado, distúrbios de ansiedade, impulsividade, fobias, agitação, cansaço e hiperatividade, baixa auto-estima)^{3,20}.



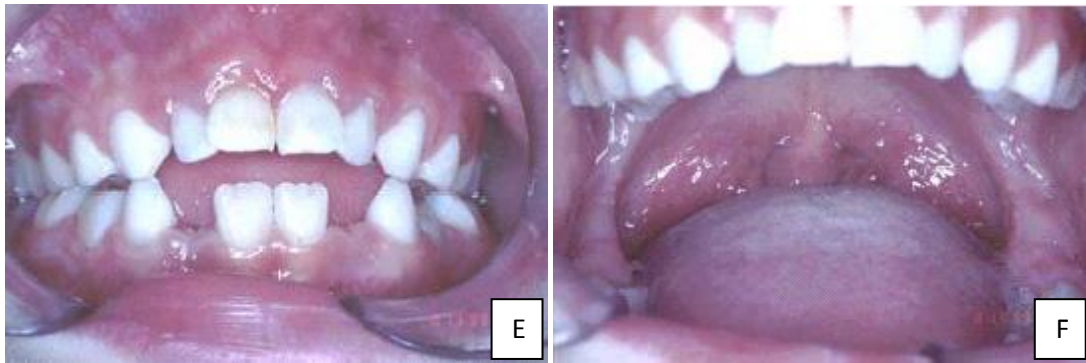


Fig. 17 – Observe o padrão de crescimento e desenvolvimento oro-facial de criança respiradora bucal a partir dos 4 meses até os 14 anos de idade: (A) aos 4 meses; (B) aos 4 anos e meio (C) aos 7 anos; (D) aos 14 anos de idade – tendência de crescimento vertical. (E) Malocclusão presente (mordida aberta anterior com língua anteriorizada e ponta baixa e (F) comprometimento da oro-faringe (amígdalas hipertrofiadas).

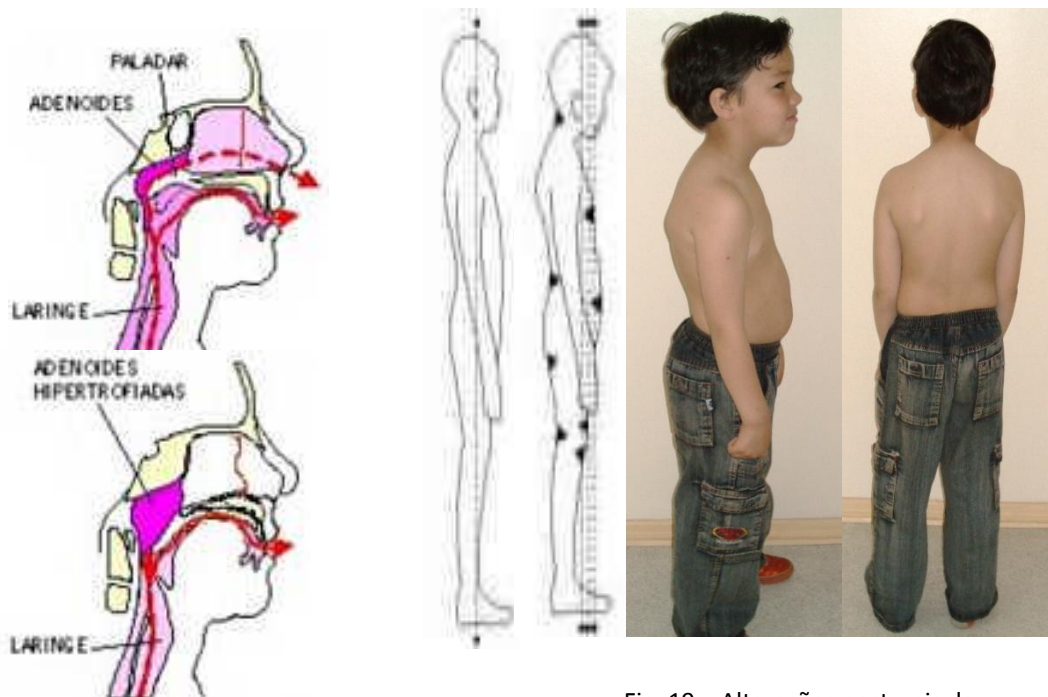


Fig. 18 – Hipertrofia de adenóides no paciente respirador bucal.

Fig. 19 – Alterações posturais da criança que respira pela boca (lordose, cifose, escoliose...).

- **Cria-se um hábito de difícil remoção:** A sucção não-nutritiva não é um sintoma único e isolado, mas, ao contrário, pode ser um entre vários sintomas relacionados a conflitos de instabilidade emocional com raízes em situações anteriores²¹, como, por exemplo, a não satisfação plena da necessidade básica do bebê de mamar no peito^{3, 5, 16}. A remoção repentina ou abrupta da chupeta pode gerar efeitos psicológicos complexos e difíceis de mensurar e pode levar à substituição por hábitos de sucção de dedo, lábio, língua, onicofagia (roer unhas) ou outros. Esses hábitos podem ser substituídos

ao longo da vida por comer, fumar ou outros transtornos compulsivos, segundo a teoria psicanalítica (freudiana)^{3,7}.

- Seus efeitos podem ser observados desde cedo: A idéia de que se a chupeta fosse removida até uma certa idade (1, 2, 3 anos, variando entre diferentes autores) não traria prejuízos à criança se propagou advinda de uma prática clínica centrada no dente (visão odontocêntrica), onde era possível observar a autocorreção de alguns tipos de maloclusão como a mordida aberta anterior a partir da descontinuidade do hábito. A evolução do conhecimento, entretanto, vem demonstrando que seus efeitos sobre ossos e músculos (bem como suas repercussões funcionais) são muito difíceis de reverter sem intervenção profissional multidisciplinar . Além do mais, o primeiro ano de vida do bebê é um período crítico para o seu desenvolvimento, de metabolismo ósseo acelerado e aprendizado/maturação de funções vitais, o que torna a presença de estímulos patológicos ainda mais agressiva. Na imagem abaixo, observamos um bebê de 4 meses que ainda não tem dentes, mas já sofre as conseqüências do hábito de sucção: perda do selamento dos lábios, postura de língua baixa, estreitamento da base do nariz, etc... Tudo isso vai afetar de alguma forma o seu padrão de crescimento e desenvolvimento.



- “Chupetar” peito não existe! O termo “chupetar” deveria se referir exclusivamente à chupeta, onde o bebê realiza uma sucção não-nutritiva simplória. Dizer que o bebê está fazendo o peito de chupeta (“chupetando”), quando na verdade ele está mamando constitui um erro semântico; já que mamar constitui um ato complexo que envolve, não apenas extrair o leite, mas também sugar, estar em contato íntimo com a mãe, e sentir todas as sensações orgânicas e psico-afetivas envolvidas, com suas respectivas repercussões. Como poderia o bebê fazer o peito de chupeta se este tipo de artifício não é natural para ele e não lhe proporciona toda essa riqueza de estímulos? Bicos artificiais, muito pelo contrário, representam um estímulo de sucção patológica. O que sua memória instintiva, seu impulso pela sobrevivência reclama e pede é o peito da mãe, fisiológico, e não a chupeta. Tanto é que a maioria das crianças só aceita a chupeta após muita insistência dos adultos. Argumenta-se que alguns bebês teriam uma necessidade maior de sucção e que, após satisfazerem sua fome, ficariam no peito apenas “chupetando”, sugando, mesmo sem leite. O que acontece é que existem fases do desenvolvimento (saltos e picos de crescimento²²) onde a

demanda aumenta repentinamente e o peito necessita receber mais estímulo para ajustar a produção. Todo bebê esperto sabe muito bem que mamar faz a produção de leite aumentar. Além disso, ele está ao mesmo tempo satisfazendo sua necessidade neural de sucção^{3, 5}. Você já deve ter ouvido aquela famosa frase: “a natureza é sábia!”, não é mesmo? Pois é.

- A chupeta como prevenção para a Síndrome da Morte Súbita Infantil: Nos últimos anos a chupeta tem sido recomendada para reduzir o risco da Síndrome da Morte Súbita no Infantil (SMSI)²³. Diante desta recomendação, é importante assinalar a existência de muitas evidências, como por exemplo um estudo caso-controle com 333 lactentes com diagnóstico de SMSI e 998 crianças híginas, o qual apontou que a amamentação reduz o risco de morte súbita em 50% em todas as idades²⁴. Como a chupeta favorece o desmame, deve-se reconsiderar o incentivo do seu uso para esse fim, pois benefícios maiores podem ser obtidos com a amamentação⁶.
- Considerações sobre a toxicidade e segurança da chupeta: Durante o processamento da borracha natural e a criação da sintética, várias substâncias são adicionadas ao látex com o intuito de conferir maior elasticidade²⁵. Em contato com a saliva, esses produtos se volatilizam, trazendo riscos à saúde; além da possibilidade de existirem crianças alérgicas ao látex²⁶. Como qualquer outro objeto levado à boca, a chupeta pode servir de veículo para infecções diversas (otite, candidíase, cáries, etc)²⁷. Outros riscos potenciais são o de acidentes, obstrução das vias aéreas e estrangulamento por cordas amarradas na chupeta.
- A chupeta e o refluxo gastro-esofágico: O uso da chupeta foi aventado como método capaz de reduzir o refluxo gastro-esofágico. No entanto, revisão sistemática não encontrou evidência de que ela melhore o tempo total e/ou diminua o número de episódios de refluxo²⁸.
- A necessidade de sucção do bebê deve ser suprida no peito: Crianças que nunca mamaram no peito ou que tiveram aleitamento misto antes dos três meses de idade têm aproximadamente sete vezes mais chance de desenvolver hábitos de sucção não-nutritivos do que crianças amamentadas por mais tempo⁸. Desde a vida intra-uterina o bebê apresenta um impulso neural de sucção¹⁵. Ele começa satisfazendo esse impulso com o próprio dedo e ao mesmo tempo vai desenvolvendo a função da sucção, crítica para sua sobrevivência após o nascimento durante a amamentação. Se o bebê for amamentado e não houver interferências negativas, o próprio desenvolvimento e amadurecimento neuro-funcional se encarregará de fazer com que a necessidade neural de sucção se esgote espontaneamente em torno do final da fase oral. Portanto, nada substitui o ato de mamar no peito, pelo aporte nutricional e imunológico do leite materno, pela troca de afetividade entre mãe e filho e pelo mecanismo de sucção exclusiva que este propicia para um perfeito desenvolvimento²⁹. A amamentação é primária na prevenção em saúde e no funcionamento pleno das potencialidades vitais da criança, refletindo diretamente sobre a sua qualidade de vida. A amamentação deve ser realizada de forma exclusiva até os 6 meses e continuada até os 2 anos de idade ou mais^{30, 31}! A decisão de introduzir ou não chupeta é da família. Mas cabe aos

profissionais oferecerem aos pais subsídios para que tomem uma decisão consciente e informada a esse respeito.

*Sistema Estomatognático (SE) = caracteriza-se pela existência de um conjunto de estruturas que desenvolvem funções comuns, tendo como manifestação conspícua e básica a participação da mandíbula. Como todo sistema, tem características que lhe são próprias, embora esteja intimamente ligado à função de outros sistemas – o nervoso e o somato-esquelético, em particular, e todos em geral³².

APÊNDICE:

O quadro 1 compara a atividade e os desvios funcionais dos músculos envolvidos na amamentação e no aleitamento artificial com bicos comuns e ortodônticos (CARVALHO, 2010).

Quadro 1: Atividade e desvios funcionais dos músculos envolvidos na amamentação e no aleitamento artificial com bicos comuns e ortodônticos.

Músculo	Amamentação	Bico Comum	Bico Ortodôntico
Masseter	+++ (normal)	+ (muito hipotônica)	++ (hipotônico)
Pterigóideo lateral	+++++ (normal)	- (muito hipotônica)	- (muito hipotônico)
Pterigóideo medial	++++ (normal)	+ (hipotônica)	++ (hipotônico)
Temporal fibras verticais	++++ (normal)	+ (hipotônica)	++ (hipotônico)
Temporal fibras horizontais	++++ (normal)	- (hipotônica)	- (hipotônico)
Língua ântero-posterior	+++++ (anteriorizada)	+++ (posteriorizada)	+ (muito posteriorizada)
Língua transversal (concha)	+++++ (normal)	+++ (hipotônica)	+ (muito hipotônica)
Língua vertical (elevação dorsal)	+ (dorso baixo)	+++ (dorso elevado)	+++++ (dorso muito elevado)
Lábio superior	+++++ (normal)	+ (hipofuncional)	+ (hipofuncional)
Lábio inferior	++ (normal)	+ (hipotônica)	+ (hipotônico)
Mentalis	++ (normal)	+ (hipertônica)	+ (hipertônico)
Bucinador	+ (normal)	+++++ (hipertônica)	+++++ (hipertônico)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VICTORA, CG; et al. Pacifier use and short breastfeeding duration. Cause, consequence or coincidence. *Pediatr*, 99, 445-53, 1994.
2. O'CONNOR NR, et al. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Apr;163(4):378-82; 2009
3. CARVALHO, G.D. SOS Respirador Bucal – Uma visão funcional e clínica da amamentação. Ed. Lovise, 2ª. Ed., São Paulo, 2010.
4. "Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno - o papel especial dos serviços materno-infantis". Uma declaração conjunta OMS/UNICEF, Genebra, 1989.
5. PLANAS, P. Reabilitação neuroclusal. Medsi. 2ª. ed. Rio de Janeiro, 1997.
6. ROCHA, M.A.M.; CASTILHO, S.D. Chupeta – Revisão histórica e visão multidisciplinar: prós e contras. *J Pediatr*, v. 85, n. 6, p. 480- 489, 2009.
7. BONI, RCB; DEGAN, VV. Mamadeira e Chupeta – Esclareça todas as suas dúvidas.
8. SOUZA, D.F.R.K. et al. Relação clínica entre hábitos de sucção, má oclusão, aleitamento e grau de informação prévia das mães. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*, v. 11, n. 6, 2006.
9. SILVA FILHO, O.G. et al. Hábitos de sucção e má oclusão: epidemiologia na dentadura decídua. *Rev Clin Ortodon Dental Press*, v. 2, n. 5, p. 57-74, 2003.
10. NOVAK, A.J. et al. Imaging evaluation of artificial nipples during bottle feeding. *Arch Ped Adol Med*, v. 148, p. 40-43, 1994.
11. SERRA NEGRA, J.M.C.; et al. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. *Rev Odontol Univ São Paulo*, v. 11, n. 2, p. 79-86, 1997.
12. CHRISTENSEN, J., FIELDS, H. Hábitos bucais. In: PINKHAM, JR. *Odontopediatria da Infância à Adolescência*. 2ª. Ed. São Paulo: Artes Médicas, p. 400-7, 1996.
13. CUNHA, SR. et al. Hábitos bucais. In: CORRÊA, MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. 1ª. Ed. São Paulo: Santos, p. 561-75, 1998.
14. CARVALHO, G.D. Enfoque Odontológico. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. *Amamentação – Bases Científicas*. 2ª. ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.
15. TENÓRIO, M.D.H. et al. Sucção Digital: observação em ultra-sonografia e em recém-nascidos. *Radiol Bras*, v. 38, n. 6, 2005.
16. MASSLER, M. Oral Habits: development and management. *J Ped*, v. 7 , n. 2, p. 109-19, 1983.
17. COMMERCERFORD, M. Suckling habits in the breast-feeding versus non breast-feeding child. *J Res Orofacial Muscle Imbal*, v. 88, p. 18-19, 1977.
18. BISHARA, S.E. et al. Influence of feeding and non-nutritive sucking methods on development of dental arches: longitudinal study on the first 18 months of life. *Ped Dent*, v. 9, n. 1, p. 13-21, 1987.
19. TURGEON O'BRIEN, H. et al. Nutritive and nonnutritive sucking habits: a review. *J Dent Child*, v. 63, p. 321-327, 1996.
20. COELHO-FERRAZ, M.J.P. et al. Respirador bucal – uma visão multidisciplinar. Lovise, São Paulo, 2005.
21. RAMOS-JORGE, ML, et al. Como eliminar os hábitos de sucção não-nutritiva? *JBP*, a. 3, v. 3, n. 11, p. 49-54, 2000.
22. MORTENSEN, ACK. Fases de crescimento e desenvolvimento que modificam o sono do bebê e da criança. (<http://guiadobebe.uol.com.br/fases-de-crescimento-e-desenvolvimento-que-modificam-o-sono-do-bebe-e-da-crianca/>). Acessado em 01/09/2012.
23. HAUCK FR, OMOJOKUN OO, SIADATY MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*;116:e716-23; 2005.
24. VENNEMANN MM et al; GeSID Study Group. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*;123:e406-10; 2009.
25. The history of the feeding bottle. Baby-bottle museum. [Online]. Acesso 19/01/09. Disponível em:<http://www.babybottle-museum.co.uk/articles.htm>
26. ADAIR SM. Pacifier use in children: a review of recent literature. *Pediatr Dent*;25:449-58; 2003.

27. COMINA E, et al.. Pacifiers: a microbial reservoir. Nurs Health Sci;8:216-23; 2006.
28. CARROL AE, et al. A systematic review of nonpharmacological and nonsurgical therapies for gastroesophageal reflux in infants. Arch Pediatrics Adol Med;156:109-13, 2002.
29. GAVA-SIMIONI, LR, et al. Amamentação e odontologia. J Bras Odontoped e Odontol do Bebê, v. 4, n. 18, 2001.
30. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. WHA55/ 2002/ REC/1, Annex 2.
31. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization. WHO/NHD/01.08; WHO/FCH/CAH/01.23;2001.
32. DOUGLAS, CR. Patofisiologia Oral. São Paulo, Pancast, 1998.



Edição desta imagem e redação de Luzinete Rocha Cruz Carvalho e Renato Carvalho.

Autoria: Andréia Stankiewicz, mãe de Luiza, 3 anos e Pedro, 1 ano; cirurgiã-dentista especialista em odontopediatria e ortopedia funcional dos maxilares, membro do Núcleo de Estudos em Ortopedia dos Maxilares e Respiração Bucal (NEOM-RB).

Revisão final: Antonio Fagnani Filho, cirurgião-dentista ortopedista funcional dos maxilares, ortodontista e homeopata, professor de pós-graduação, membro do Núcleo de Estudos em Ortopedia dos Maxilares e Respiração Bucal (NEOM-RB) e da Associação Brasileira Do Sono.

Contatos: <http://www.vivavita.com.br/index.php?pg=faleconosco>

ceoandrea@hotmail.com

fagnani@vivavita.com.br

Setembro/2012.