



**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
MATERNO-INFANTIL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
2008 - 2009**



MONOGRAFIA

*MON
RSS
2009*



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 INSTITUTO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO
 DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

U.F.R.J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE
 N. ADM. 736859
 N. SISTEMA 736859
 Cód. Barra

UFRJ
 Maternidade-Escola

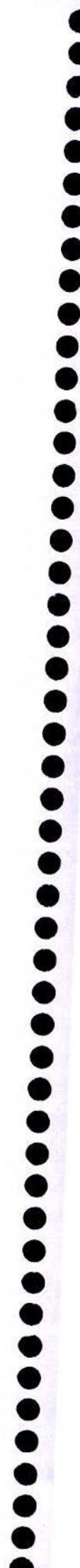


561803

assinado ok



RESERVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

RENATA SPENA DOS SANTOS

**A BOCA DO BEBÊ:
Porta de entrada para o novo mundo**



RENATA SPENA DOS SANTOS

A BOCA DO BEBÊ:

Porta de entrada para o novo mundo

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de pós-graduação: Atenção Integral à Saúde Materno Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno Infantil.

Orientador: Marcus Renato de Carvalho.

Co-orientador: Diana Dadoorian

Rio de Janeiro

2009



A BOCA DO BEBÊ:

Porta de entrada para o novo mundo

RENATA SPENA DOS SANTOS

MARCUS RENATO DE CARVALHO

DIANA DADOORIAN

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

Michele Soltosky Peres

Marcus Renato de Carvalho

Diana Dadoorian

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, 10 de junho de 2009.

AGRADECIMENTOS

- Aos meus amigos de classe por compartilhar saberes multidisciplinares;
- Aos professores que contribuíram com informações ao longo do Curso de Atenção Integral a Saúde Materno-Infantil;
- Ao professor Marcus Renato de Carvalho pela orientação deste trabalho;
- A professora Diana Dadoorian pela co-orientação;
- A minha amiga e doutora Michele Soltosky Peres pela grande contribuição para a minha formação;
- A minha amiga Paula Caldas por participar de mais uma trajetória em minha vida;
- Aos meus pais por investirem na minha formação acadêmica;
- A minha irmã por contribuir com minha pesquisa;

"A criança conhece o mundo pela boca e é reconhecida por ela"

(Paulo Bonaça)

RESUMO

Muito se tem estudado e dito a respeito do desenvolvimento adequado dos órgãos fonoarticulatórios dos bebês, tomando como ponto de partida a evolução e maturação dessas estruturas. No entanto, é escassa a abordagem com enfoque multidisciplinar da boca a fim de corresponder as exigências contemporâneas que visem a intervenção precoce. O presente estudo foi elaborado através de levantamentos bibliográficos e tem como objetivo sensibilizar os profissionais da saúde que atuam na clínica materno-infantil, para importância da boca do recém-nato e da valorização dos estímulos externos e espontâneos como a amamentação para o desenvolvimento adequado dos órgãos fonoarticulatórios, por meio da expansão de conhecimentos multiprofissionais das várias ciências. A valorização da boca e sua especificidade no desempenho necessário para sobrevivência plena no mundo extra-uterino, garantem aos profissionais que lida com o bebê, pais e seus familiares uma intervenção subjetiva e eficiente para combater a utilização indiscriminada e/ou inadequada do uso de bicos artificiais, viabilizar uma estruturação mental saudável, criar requisitos para desenvolvimento posterior da fala e evitar intervenções invasivas e traumáticas para o desenvolvimento oromiofuncional do recém-nascido.

ABSTRACT

Much has been studied and said regarding the adequate development of the speech organs of the babies, taking as starting point the evolution and maturation of these structures. However, the boarding with approach is scarce to multidiscipline of the mouth to correspond the contemporaries' requirements who aim at the precocious intervention. The present study it was elaborated through bibliographical surveys and it has as objective to sensitize the health professionals who act in the maternal-childish clinic, for importance of the mouth of the newborn and the valuation of spontaneous the external and stimulations as breast-feeding for the adequate development of the speech organs, by means of the expansion of multiprofessional knowledge of several sciences. The appreciation of the mouth and your specific function in the necessary performance for full survival in the extra-uterine world, warrant the professionals whom it deals with the baby, parents and family members, a subjective and efficient intervention to fight the indiscriminate and/or inadequate use of the artificial peaks, to make possible a healthful mental development, to create requirements for posterior speech development and to prevent invasive and traumatic interventions for the oral structures development of newborn.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - PORTA DE ENTRADA: O MUNDO ATRAVÉS DA BOCA	4
CAPÍTULO 2 - PORTA DE SAÍDA: RESPOSTA AO MEIO	7
CAPÍTULO 3 - O ENCAIXE PERFEITO: FISIOLOGIA E ANATOMIA DÃO CONTA DOS DESAFIOS IMPOSTOS	11
CAPÍTULO 4 - BICOS ARTIFICIAIS: SAÚDE E BEM ESTAR VENDIDOS COMO PRODUTOS	17
CAPÍTULO 5 - O ENCAIXE IMPERFEITO: EXCESSOS E INTERFERÊNCIAS DESNECESSÁRIAS	20
CAPÍTULO 6 - A BOCA E O MEIO EM QUE ELA VIVE: DIVERSIDADES HÁBITOS E TRADIÇÕES CULTURAIS FAZEM DA BOCA A INSERÇÃO AO MUNDO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXO 1	31

INTRODUÇÃO:

A motivação para a realização de um estudo bibliográfico referente à boca do bebê, nasceu da minha prática fonoaudiológica na adequação do sistema estomatognático por meio da estimulação a alimentação oral de forma segura e eficaz, na promoção do aleitamento materno com recém-nascidos termo e pré-termo e na terapia com crianças com desordens na articulação, deglutição e fala geradas pelo uso de chupetas e mamadeiras.

Inicialmente cabe ressaltar que as primeiras organizações e funções da área bucal surgem ainda no período gestacional. É no ambiente aquático que o feto desenvolve estímulos táteis em torno da boca, iniciados na oitava semana. A deglutição ocorre a partir da décima primeira semana, onde o bebê realiza a ingestão do líquido amniótico, constituído por um ato motor complexo, com ação de mais de trinta músculos. Por volta da décima terceira semana, o feto é capaz de coordenar o fechamento e a abertura da boca. Nesta mesma época começa o desenvolvimento das papilas gustativas que se desenvolvem até o final da gravidez. Na vigésima segunda semana o feto é capaz de sentir atração ou não as substâncias relacionadas à dieta materna que será determinada pelos hábitos alimentares e culturais ao qual irá pertencer.

Com o surgimento das ultra-sonografias e exames de imagem fetal foi possível registrar e fotografar a sucção digital ainda no útero por volta do quinto mês gestacional, hábito oral antes desconhecido neste período e tido como deletério após o nascimento. Hoje sabemos que chupar o polegar faz parte do desenvolvimento e evolução que permite ao feto experimentar sensações novas e testar os estímulos que serão ainda maiores na sua vida extra-uterina. A sucção é um fenômeno reflexo que não se reduz apenas à alimentação, embora autores como DOUGLAS (2009) afirmem que este é um fenômeno intrinsecamente vital, apenas de caráter alimentar.

Completado o período gestacional, por volta da trigésima sétima semanas, é dada a luz, após o feto decorrer um bom período imerso em meio aquático. Uma redução dos níveis de progesterona garantem as contrações do útero e finalmente o nascimento. Cabe pensar que assim que vem ao mundo o bebê abre a boca e chora. Essa é a primeira expressão da vida humana e tem a função

contemplará este trabalho será a oral, que destaca a boca como principal zona erógena e fonte de prazer. É importante resaltar que outros autores também serão abordados mais adiante.

O trabalho será dividido em seis capítulos, sempre na perspectiva do bebê.

No capítulo primeiro, será exposta a iniciação do bebê na entrada do novo mundo: aéreo e terrestre.

No segundo evidenciarei as respostas do bebê ao meio externo, como a comunicação na forma de choro e balbucio, o regurgitar, o soluçar e o babar.

No terceiro, descreverei através da anatomia e fisiologia o mecanismo eficiente durante a amamentação e seus benefícios no desenvolvimento estomatognático.

No quarto, destacarei a produção de objetos inúteis e precários para a sociedade de consumo, e a publicidade dos fabricantes de chupetas e mamadeiras.

No quinto serão abordados os prejuízos causados pela interferência indevida dos bicos artificiais.

E finalmente no sexto e último serão reunidas informações antropológicas que relacionam a boca a hábitos alimentares.

CAPÍTULO 1 – PORTA DE ENTRADA: O MUNDO ATRAVÉS DA BOCA.

As mudanças do meio aquoso para o aéreo e social fazem da boca o passaporte para a sobrevivência e adaptação do recém-nascido nesse terreno desconhecido.

Assim que nasce os pulmões ainda estão cheios de líquido amniótico, nesse instante, o recém-nascido corre o risco de morrer afogado. Os músculos que precisam contrair para respirar entram em espasmo. Os pulmões despertam para a vida e finalmente o bebê inspira pela primeira vez.

Este fazer primeiro e emergencial, de abrir a boca, é a garantia imediata de vida desse ser que acaba de chegar. Mas não é só esse o combustível necessário para sua permanência, conforme o tempo passa mais exigências são feitas pelo organismo, sejam elas vitais ou não. É necessário alimentar-se, nutrir-se. Para isso o leite materno é a opção mais específica, que detém as necessidades diárias para plenitude da sua alimentação e para a construção do seu psiquismo fortalecido durante a amamentação que se dá de forma recíproca e depende do binômio mãe-bebê. Com relação a essa dualidade WINNICOTT (1971) define bem esta passagem ao dizer que a mãe cria ao bebê a ilusão de que o aparecimento do seio foi motivado em resposta às suas sensações, estando estas diretamente relacionadas às suas necessidades. Ou seja, o bebê tem a ilusão de que tudo o que lhe acontece faz parte da sua realidade interna (eu). Isto ocorre, pois sua mãe (suficientemente boa), lhe provê tudo o que necessita. Ele sente fome, e o alimento vem; ele pensa, e o peito aparece. Desta forma, o bebê vivencia um sentimento de onipotência frente às suas experiências: tudo que lhe acontece condiz às suas necessidades e desejos que estão neste momento presentes unicamente na boca. A mãe falha gradativamente, contribuindo para que o bebê perceba a existência de uma realidade externa (existência de eu e do não-eu).

Nos bebês os impulsos trafegam na velocidade exorbitante de 320 quilômetros por hora com receptores sensoriais espalhados pela pele inteira, mas algumas áreas são mais sensíveis, a boca é uma delas, nessa fase da vida a cavidade oral possui mais receptores táteis do que a mão, com a capacidade de cerca de nove milhões de receptores apenas na língua. É por isso que os bebês levam a boca todos os objetos que conseguem pegar, fazendo desta a principal via de exploração ao mundo.

A sucção dos dedos, polegares, punhos e dos próprios lábios pelos bebês trazem calma e tranquilidade por remeter a lembrança da presença da mãe quando são amamentados e na satisfação dos instintos da zona erógena oral ligados a evolução sexual muito bem descrito por Freud. Para ele o prazer está ligado à ingestão de alimentos e à excitação da mucosa dos lábios. O objetivo sexual consiste na incorporação do objeto, ou seja, essa é a forma do bebê relacionar-se com o mundo. Denominada de fase oral, sendo a primeira da evolução sexual.

Sexual é tudo aquilo que desperta prazer e que é investido de libido. É o prazer de uma satisfação á necessidade fisiológica, que se apresenta no bebê através do sugar podendo se perpetuar por toda a vida. A criança que chupa o dedo busca o prazer que já foi experienciado e que agora esta sendo relembrado por ela.

Para o bebê a estimulação vinda do leite é a origem da sensação prazerosa. GARCIA-ROZA (1988), completa dizendo que o objeto de instinto é o leite enquanto o de libido é o seio materno.

Além do leite materno, o bebê procura também se alimentar da relação afetiva com a mãe. Ele procura satisfazer suas necessidades emocionais ao entrar em contato com a pele dela, ouvir sua voz, seus batimentos cardíacos, sentir seu olhar e ser acariciado. Mamar remete ao bebê a vida no ambiente aquático, é o que chamamos de sentimento oceânico. Essas experiências trazem aos poucos significados psicicos carregados de sentimentos e emoções.

O ambiente é co-responsável pelo desenvolvimento infantil. Inicialmente, o bebê é totalmente dependente do meio. De acordo com WINNICOTT (1999), "o ambiente tal como conhecemos, não precisa ser mencionado, porque o indivíduo não tem meios de percebê-lo". Ele necessita que o meio lhe forneça tudo o que lhe é necessário à existência: comida, carinho, cuidados. Quando o ambiente satisfaz a tudo que o bebê precisa, após essa dependência total, ele, passa a experienciar uma fase de dependência relativa, em resposta à adaptação à falha gradual do meio. No entanto, a criança não vivencia integralmente a experiência absoluta, uma vez que o indivíduo normal sempre vai necessitar do meio para prover suas necessidades.

Por este processo de satisfação e frustração, a criança chegará a constituir os objetos externos e vencer a simbiose inicial. Desta forma, o ambiente passa a ter fundamental importância na construção da criança: a partir das experiências providas por ele, o bebê experimenta sensações de igual magnitude na exploração do mundo que o cerca.

O mundo que é novo para o bebê, já existe e possui antes de sua vinda pensamento e linguagem, que são referidos no seu ambiente pela junção do histórico materno e paterno embasados pelas experiências psicológicas, sociais, culturais, religiosas e políticas.

Os profissionais de saúde que lidam com o bebê devem ter em mente a noção do estágio oral do desenvolvimento das habilidades oromiofuncionais e principalmente da formação psico-afetiva do futuro desse ser. Entrar no mundo novo através dos estímulos orais permite o aprendizado de conhecimentos importantes para o desenvolvimento e faz da boca uma passagem com mão dupla para o crescimento individual de cada bebê que vem ao mundo.

CAPÍTULO 2 – PORTA DE SAÍDA: RESPOSTA AO MEIO.

Os bebês, desde o nascimento, discriminam vozes, dando preferência à voz aguda da mãe. Sabemos que ela fala com seu filho em tom muito mais agudo demonstrando carinho, delicadeza e afeto. Essa voz materna é quem vai servir de apoio dando sentido aos sons emitidos. Ela vai contextualizar e verbalizar o balbucio e o choro do seu filho.

O choro é a expressão maior neste primeiro momento de vida. Ele é quem vai dar pistas para mãe das necessidades e angustias sentidas. Por sua vez a maneira como elas serão interpretadas e traduzidas dependerá da sua inscrição ao longo da sua formação até a maternagem. A mãe que ela será dependerá dos cuidados e dos significados que lhe foram dados enquanto filha e das suas influencias sócio-histórico culturais.

Segundo WINNICOTT (1971) existem quatro tipos básicos de choro do bebê: de satisfação, dor, raiva e pesar. O autor coloca que a maioria das pessoas admite que quando um bebê chora é porque deve estar, de certo modo, aflito. Mas, temos de reconhecer que o choro contém uma certa dose de prazer, e que é importante para a criança utilizar-se dele para se acalmar, saber que tem seus recursos próprios para lidar com suas dificuldades e quando isto funciona causa satisfação para o bebê.

O choro de dor é o meio de dizer que o bebê está em apuros e necessita de sua mãe com urgência. É um som frequentemente mais intenso, aflito que podem vir com algumas sinalizações: se tem cólica, estica as pernas; se dor de ouvido, leva uma das mãos até ele. O grito de dor não é agradável. Um tipo de choro é o da fome, mas este é logo esquecido se for oferecida a alimentação.

Outro choro de dor é quando uma criança está suja e chora, Esse nem sempre é por desconforto, a não ser que a mãe demore muito e sua pele fique assada, por ter vivido essa situação anteriormente já sabe a perturbação que virá a ter por isso chora. Para PIAGET (1974) a criança constrói suas ações e idéias quando se relaciona experiências ambientais.

Por mais que as mães se esforcem, dificilmente não decepcionarão o seu bebê, então ele chora de raiva. Chora por acreditar que pode reaver a mãe. Winnicott coloca que é saudável para o bebê conhecer a extensão completa de sua raiva.

O choro do pesar ou o choro da tristeza difere do choro de raiva que é uma reação mais ou menos direta à frustração, enquanto o da tristeza implica em acontecimentos bastante complexos na mente do bebê. As lágrimas fazem parte mais do choro de tristeza do que do choro de raiva. Elas são saudáveis, física e psicologicamente, porque significam que o bebê pode chorar de tristeza. Acontece quando a criança já conquistou seu lugar no mundo, sente-se responsável pelo que se sucede e pelos fatores externos de sua vida. Somente mais tarde, começa a distinguir entre aquilo por que “é” responsável e por aquilo que se “sente” responsável.

Winnicott coloca a importância do choro e a necessidade que o bebê tem de chorar. Pede para não tentarmos impedir seu choro, apenas conter o bebê, mostrar que estamos próximos, lidar sem ansiedade com a situação, tentar definir o porquê do choro e não, simplesmente, tentar acabar com ele.

O balbucio é outra expressão emitida pela boca do bebê. Nessa fase, os sons se caracterizam pela repetição de uma mesma sílaba várias vezes seguidas: ba-bá; má-má, bu-bu. O balbucio não é uma verdadeira forma de linguagem, não possuem ainda função representativa, ou seja, uma relação objetiva entre os sons, conceitos e objetos. Ele, geralmente, compõe-se de sons labiais.

O jogo vocal, repetitivo, que mais parece uma brincadeira que a criança faz com os sons, trata-se apenas da repetição de sílabas pelo prazer de falar, sem nenhuma preocupação de dirigir-se a alguém, nem mesmo de pronunciar para testar o canal. Por sua vez ao escutar essas vocalizações a mãe inicia uma conversa com o bebê aproveitando a produção vocal da criança e dando significado referentes ao seu entendimento. Ou seja, ao escutar “mama”, por exemplo, a mãe pode achar que o seu filho está lhe chamando (mamãe). Isso se dá repetidas vezes até a constituição da sua linguagem.

A linguagem por sua vez, é responsável pelo desenvolvimento global e na inserção do indivíduo no mundo. É por meio dela que ele desenvolve o aprendizado, se constitui como sujeito social e cultural e constrói a sua história (MENEZES, 2003). VIGOTSKY (1991) acrescenta dizendo que o desenvolvimento do pensamento, é determinado pela linguagem, pelos instrumentos lingüísticos do pensamento e pelas experiências sócio-culturais da criança.

Um som também freqüentemente emitido pelo bebê é o soluço, que normalmente aparece pela imaturidade do sistema nervoso que não controla

adequadamente o músculo do diafragma (músculo envolvido na respiração, que separa o tórax do abdome).

Qualquer coisa que irrite o diafragma faz com que esse músculo entre em espasmo repetitivo (contração súbita e involuntária) ocorrendo o soluço, que nada mais é do que um ruído decorre do fechamento inesperado da glote na inspiração fazendo com que as pregas vocais vibrem. Essa irritação pode ser ocasionada pela ingestão excessiva de alimento (distensão abdominal), a alimentação rápida ou incorreta, onde o bebê pode engolir ar, e mudanças bruscas de temperatura (PROENÇA, 1994).

Em relação a líquidos que saem da boca do recém-nascidos, a regurgitação ocorre freqüentemente e nada mais é do que um fluxo fisiológico provocado pela ainda imatura comunicação entre o esôfago e o estômago. Devido ao fato do esfíncter esofágico inferior ainda não estar totalmente fechado, como acontece com as crianças mais crescidas e adultos, parte do leite que toma volta a subir pelo esôfago e sai pela boca.

Isto é mais frequente se o bebê é muito comilão, e comeu mais do que entra no seu estômago. Por isso, depois de comer ele deve ser colocado em postura ereta para que elimine o ar a mais que engoliu (arroto), de maneira que não ocupe lugar no estômago. Pode acontecer que regurgite ao mudá-lo bruscamente de posição, por esse motivo devemos evitar movê-lo muito após uma mamada.

Este reflexo passa para o controle volitivo entre sete e onze meses quando a movimentação funcional da musculatura orofaríngea são iniciadas com introdução de alimentos semi-sólidos, sendo que, aos dois ou três anos, a deglutição está mais próxima do padrão adulto.

MONTAGU (1986) traz outra abordagem com relação à regurgitação quando menciona que:

“bebês humanos, que são transportados e alimentados quando desejam, raramente ou nunca regurgitam ou arrotam. Quando, porém, são alimentados em intervalos de duas em duas horas, episódios de arroto e regurgitação são freqüentes”

Sendo assim o autor sugere que as mamadas constantes vão além do propósito nutricional, e sua finalidade é trazer mãe e criança em contato físico tão contínuo quanto possível.

Já a saliva permanente na cavidade oral do bebê tem propriedades para além da iniciação do processo digestivo. Estudos recentes informam que existem nela substâncias inibidoras de cárie e de protease dos leucócitos que estão associada à transmissão reduzida do vírus da Imunodeficiência Humana Tipo 1(HIV) através do Leite Materno.

Os bebês babam muito, porque eles não possuem dentes que amparem a saliva e ainda não têm coordenação para deglutir a quantidade de saliva produzida, que aumenta a partir dos três meses, muito antes da dentição. Essa salivagem excessiva é causada pelo próprio desenvolvimento neurológico e bucal do bebê.

No entanto nesta fase inicial a saliva desempenha bem o seu papel de lubrificar objetos, formas e texturas que vão a boca do bebê na exploração do mundo.

CAPÍTULO 3 – O ENCAIXE PERFEITO: FISIOLOGIA E ANATOMIA DÃO CONTA DOS DESAFIOS IMPOSTOS

Devido o desenvolvimento de funções amplas e complexas a boca apresenta estruturas anatômicas e funcionais elaboradas que lhe são próprias, responsáveis pela integração e ligação de outros sistemas ao meio extra corpóreo.

Ao conjunto dessas estruturas bucais, denominamos sistema estomatognático. Que de acordo com DOUGLAS (2009) divide-se em dois aspectos funcionais:

- Funções sensitivas → estomatognóstica, referente a sensação bucal, determinada pela elevada quantidade de receptores e estomatostesia, representada pela sensação global da boca;
- Funções motoras → estomatopônicas, executadas com participação da mandíbula;

As funções sensitivas estão relacionadas às informações dadas ao sistema nervoso referentes a propriocepção, visceroccepção, exterocepção e interocepção. Além de promover respostas reflexas adaptativas, compensadoras, protetoras, ou até mesmo motoras de caráter tônico ou rítmico.

As estruturas anatômicas que protagonizam o funcionamento oral do bebê incluem cavidade oral, lábios, língua, bochechas, mandíbula, palato duro e mole, osso hióide, cartilagem tireóide, epiglote, musculaturas facial e perioral e músculos constritores da faringe, além de outros 40 músculos que envolvem a movimentação de todo o sistema oral. Os pares dos nervos cranianos responsáveis pela inervação dessa musculatura são: I - olfativo; V - trigêmeo; VII - facial; IX - glossofaríngeo; X - vago; e XII – hipoglosso.

Os bebês apresentam características oromiofuncionais diferenciadas que lhes garantem a alimentação e o desenvolvimento oral durante a amamentação agindo de forma fisiológica durante o período mais importante de suas vidas. Nele a sensibilidade tátil dos lábios é maior que a das polpas digitais. O que lhe permite identificar formas familiares, como o mamilo da mãe por exemplo.

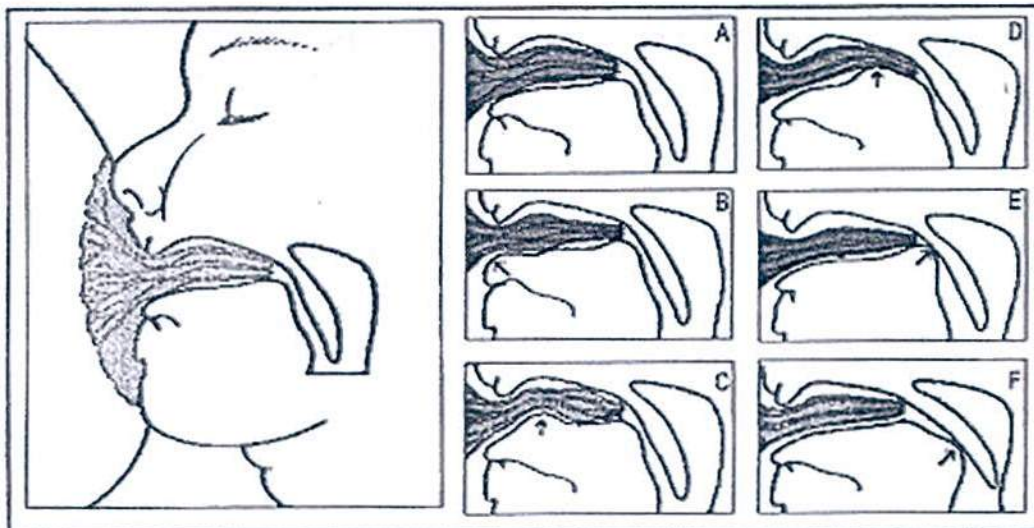
Segundo EUCLYDES (2005), as estruturas estomatognáticas representam particularidades reflexas e anatômicas que favorecem os processos de sucção e deglutição devido o tamanho reduzido das estruturas.

O recém nascido é um pseudo retrognata, ou seja, sua mandíbula é muito pequena e retraída. São os movimentos de ordenha durante a amamentação que permitiram seu crescimento e anteriorização mandibular, além de estimular todo o sistema muscular (masseteres, temporais e pterigóideos) que prepararam a boca para a função mastigatória.

A presença do maxilar inferior reduzido também permite o preenchimento de toda a cavidade oral pela língua, que em repouso, permanece protusa, com a ponta sobre a gengiva e o lábio inferior, para garantir o espaço aéreo na rota nasofaríngea, pela liberação da região posterior da boca e pela proximidade do palato mole e da epiglote.

Sua laringe está mais elevada, Isto permite que o neonato degluta lateralmente ao vestibulo laríngeo e, portanto, concomitantemente à respiração protegendo as vias aéreas inferiores durante a deglutição e evitando engasgos.

O espaço restrito só permite a movimentação de extensão e retração da língua, para frente e para trás. Não possui, ainda, a estabilidade de mandíbula necessária à eficiente movimentação da região anterior da boca para a sucção, mas conta com almofadas de gordura nas bochechas (sucking pads) em suas bochechas que o auxiliam nesta tarefa. São elas que garantem a estabilidade das paredes laterais da cavidade oral.



Fonte: EUCLYDES, 2005. Mecanismo De Sucção.

Os reflexos orais característicos do bebê favorecem a procura de alimento e são garantia da sua sobrevivência. Dentre eles, observamos o reflexo de busca,

desencadeado por um estímulo na comissura da boca, e que auxilia o bebê na localização da mama.

O reflexo de sucção se dá a partir do toque nos lábios ou ponta da língua, isso se deve a um sistema chamado de fronte lingual, formado pela parte anterior da língua e lábios, rico em mecanorreceptores que vão detectar e reconhecer o mundo externo, sendo o ponto inicial da sucção. 6

Com a maturação do sistema nervoso central e as experiências do bebê, o padrão de sucção gradativamente torna-se voluntário. Sendo iniciado na 15ª semana de gestação possui maior eficiência por volta da 34ª a 36ª semanas, se apresentando pleno no recém nascido a termo saudável.

Segundo XAVIER (1998), quando o bebê é estimulado pela mama, abre a boca com a língua protusa apoiada no lábio inferior, abocanhando o mamilo. A presença de rugosidades no palato facilitam a pega e o encaixe. Os músculos da face se contraem e os lábios se fecham, ocluindo a passagem do ar, e desencadeiam movimentos ondulatórios da língua, levando à pressão negativa na cavidade oral, possibilitando a ordenha. Esta, além de contribuir para o vedamento, através de movimentos (antero-posterior, de canulamento e peristálticos), comprime o mamilo contra o palato duro, favorecendo a condução do leite à faringe. A mandíbula estabiliza os movimentos da língua, auxilia na pressão intra-oral e realiza movimentos verticais e horizontais, comprimindo a aréola e os seios lactíferos na extração do leite.

DOUGLAS (2009) divide o mecanismo de sucção em três partes. Segundo ele a pressão negativa ocorre apenas na fase inicial da sucção, com objetivo de captar o leite materno. Posteriormente ocorreria uma segunda etapa, que inverteria a pressão para positiva, visando o escoamento do leite para porção posterior da cavidade oral, para enfim concluir com a deglutição.

A sucção propicia o desenvolvimento normal do processo alveolar e das estruturas adjacentes. Na criança amamentada, ocorrerá o desenvolvimento adequado das estruturas e funções às quais ela se relaciona.

CARVALHO (2005) define bem os anseios e necessidades iniciais do bebê relacionados ao reflexo de sucção no trecho em que diz:

“As funções orais são solicitações neurais. O bebê nasce e coloca em marcha os mecanismos que garantem que ele sobreviva. Ele suga, deglute, respira neurologicamente. Não sabe respirar pela boca. Todo ele é sugar.

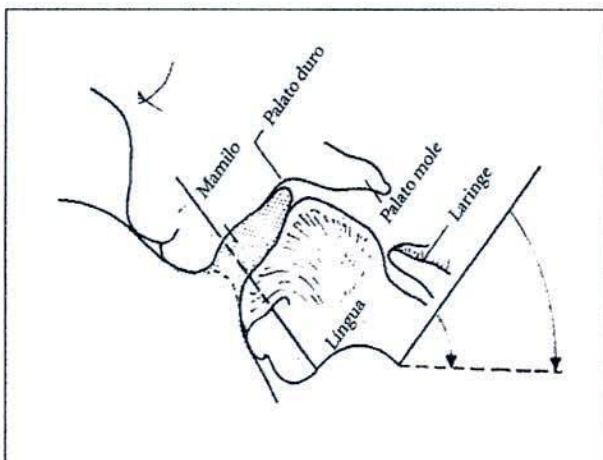
Ainda no útero da mãe, suga o polegar, desde os primeiros momentos após o parto ele suga as mãos, satisfazendo o único amadurecimento que tem. Quer respirar para viver e se alimentar, sugando, para continuar vivo”.

PROENÇA (1990) ressalta que a exercitação da sucção contribui para o crescimento ósseo mandibular, favorecendo o desenvolvimento de todas as estruturas duras e moles do sistema sensório-motor-oral, o que influenciará na articulação dos sons da fala.

A deglutição é desencadeada pelo estímulo do leite na região posterior da língua que se deprime por contração, favorecendo a impulsão do leite na abertura promovida pelo esfíncter linguopalatino. Assim como a sucção também surge na vida intra-uterina, isso se deve ao amadurecimento precoce da boca em relação às extremidades. A partir da 11ª semana gestacional, o bebê passa a realizar a deglutição do líquido amniótico. Constitui-se um ato motor complexo, com a ação de mais de 30 músculos.

Ao nascer o recém-nato deve estar apto a cumprir as exigências da coordenação entre as funções de sucção, deglutição e respiração, onde a cavidade oral é separada do trato respiratório devido à presença de leite na orofaringe. E ser capaz de defender as vias aéreas com reflexos como tosse e espirro.

Assim como o bebê, o seio materno também possui requisitos ideais e complexos para a amamentação na garantia do encaixe ideal dessa díade. O mamilo não possui uma forma fixa, ocupando todo o espaço livre na cavidade oral adaptando-se as estruturas internas (língua, rodetes gengivais e palato duro). O bico do peito é elástico, sendo seu comprimento determinado pela boca do bebê, como vemos na figura a seguir:



Fonte: DOUGLAS, 2006. Untra-sonografia lateral de criança no peito materno.

A extração do leite se inicia na ordenha, que são movimentos exclusivos da mandíbula. Esses movimentos serão didaticamente divididos em quatro etapas para melhor explicar o processo, mas ocorrem concomitantemente, assim como sugere CARVALHO (2005).

- Abertura

O primeiro movimento é o de abertura e abaixamento mandibular.

- Protrusão Mandibular

Tem como objetivo alcançar os seios lactíferos que estão sob a aréola. Sendo este o principal responsável pelo crescimento mandibular, devido uma série de músculos que tracionam a mandíbula para frente, estimulando as articulações temporomandibulares.

- Fechamento Mandibular

Logo após a protusão, o osso mandibular se eleva. Essa elevação servirá para comprimir os seios lactíferos.

Para que a compressão aconteça efetivamente, o rodete inferior eleva-se contra o superior, a língua também justapõe mais firmemente em relação ao bico do peito. Com isso os seios lactíferos comprimidos ejetam o leite através dos canalículos e poros mamilares para o interior da boca.

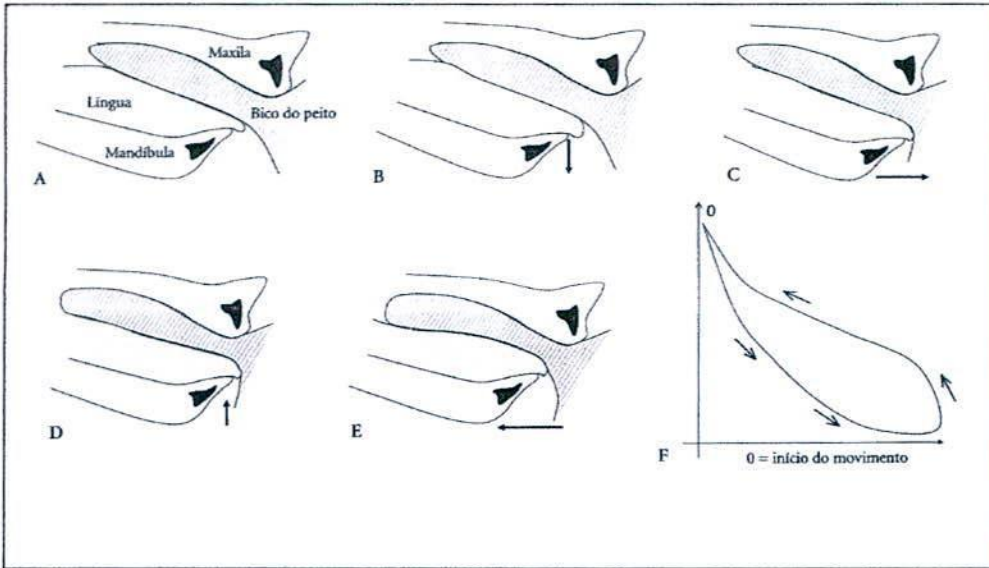
A compressão é tão grande que o comprimento vertical do bico do peito entre os rebordos gengivais reduz aproximadamente pela metade.

- Retrusão Mandibular

A retrusão mandibular são movimento retrusivo (para trás) concomitante a compressão dos seios lactíferos. Isto ocorre porque somente a compressão não seria suficiente para extração do leite, por isso inicia-se o retorno da mandíbula, onde os rebordos e a língua trarão o leite para os ductos e conseqüentemente para a cavidade oral.

Nesta etapa a língua permanece na região anterior durante todo o movimento. Quando o leite começa a cair sobre ela na região do palato mole são iniciados movimentos peristálticos rítmicos que vão da ponta da língua em direção a orofaringe, comprimindo todo o mamilo contra o palato duro, da aréola até o bico, finalizando assim a extração do leite.

O esquema a seguir possibilita uma melhor visualização dos movimentos mandibulares:



(A) posição inicial, (B) abertura, (C) protusão, (D) fechamento, (E) retrusão, (F) visão lateral do movimento descrito pela mandíbula. Fonte: DOUGLAS, 2006.

A amamentação é um ato com competência para atender as exigências musculares que darão conta da excelência do desenvolvimento oral. Bebês amamentados no período adequado (exclusivo até o sexto mês) possuem um melhor desempenho na coordenação sucção, deglutição, respiração. Além de possuírem um crescimento saudável da dentição, e menores chances de apresentarem alterações estruturais e funcionais da boca, garantidos pela eficiência do mecanismo humano.

CAPÍTULO 4 – BICOS ARTIFICIAIS: SAÚDE E BEM ESTAR VENDIDOS COMO PRODUTOS

Achados arqueológicos, exemplificados no anexo 1, confirmam que desde a era pré-cristã a amamentação tendia a ser encarada como um problema para o qual se fazia necessária à busca de soluções artificiais alternativas. No século XVI o ato de amamentar era visto pela sociedade como algo primitivo. Para os europeus era algo “indigno para uma dama”, cabendo essa função as índias e as chamadas amas de leite, que eram em sua maioria mulheres escravas.

Embora a substituição da amamentação por utensílios não fosse uma novidade, como observado no anexo 1, os bicos artificiais obtiveram uma maior difusão por volta do século XX, determinados pelas inovações tecnológicas e da mudança do contexto social da mulher pós Segunda Guerra Mundial. Esses fatores foram determinantes na mudança do tratamento e no cuidado com bebê.

Ao inserir-se no mercado de trabalho a mulher passa a se distanciar cada vez mais do seu bebê. Não existiam leis trabalhistas, como existem hoje, que garantem a permanência da mãe com o bebê durante a amamentação. Além disso, naquela época a importância da amamentação não era difusa, pois os grandes avanços tecnológicos somados as estratégias de marketing das empresas de alimentos infantis e conseqüentemente de bicos artificiais, iam de encontro ao novo estilo de vida e eram vendidos como produtos melhores do que os oferecidos pela mãe. Dizia-se até no melhoramento do leite materno.

As mamadeiras da era tecnológica eram utilizadas para “substituir” o seio materno e delegar a terceiros a função de nutrir o bebê quando a mãe estivesse trabalhando. E a chupeta, por sua vez, serviria para acalmar e pacificar o bebê quando estiver chorando. Segundo CARVALHO (2005) esta necessidade é ainda maior em bebês que usam mamadeira. Em função do curto tempo de sucção durante a mamada o bebê chupa a chupeta para compensar esta falha neurológica.

No que diz respeito à alimentação infantil, a medicalização resultou, em um dado momento histórico, na institucionalização do uso do leite em pó, uma vez que sua distribuição fazia parte dos programas governamentais de suplementação alimentar. Traduzidos como uma melhora na assistência médica que passou a prescrever não só informações de saúde, mas também comportamentos, estabelecendo regras de conduta, renegando conhecimentos acumulados e medicalizando o nascimento, o cuidado com a família e, por fim, o corpo social,

sempre com o aval do Estado. Tanto nos centros de saúde quanto nas maternidades, o uso da fórmula infantil passou a ocorrer de forma indiscriminada.

O que antes não se sabia é que a propagação desse tipo de alimentação artificial iria acarretar um alto índice de morbidade e mortalidade infantil por desnutrição, diarreia e infecção, principalmente nos países mais pobres. Mais tarde especialistas começaram a alertar que as mamadeiras seriam o principal motivo dessa catástrofe por serem focos de contaminação. O líquido (leite artificial, suco, chá, etc) pode ser preparado de maneira não higiênica ou pela não eficiência de conservação e limpeza da própria mamadeira, podendo ser contaminadas por bactérias, além dos bebês que usam mamadeira, serem mais suscetíveis à contaminação devido à ausência de defesas naturais oferecidas pelo leite materno.

Com isso houve a necessidade de ações e reações globais a nível mundial do resgate da prática da amamentação. No Brasil, a preocupação em retomar essa prática ressurgiu na década de 1980, devido à alta mortalidade infantil, à desnutrição e às baixas taxas de aleitamento materno exclusivo e complementar. Iniciou-se a discussão sobre as rotinas hospitalares e a importância do apoio dos profissionais de saúde para o sucesso da amamentação. Em 1981, foi dado o primeiro passo com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, com o apoio de vários segmentos da sociedade civil organizada.

Desde então, o incentivo ao aleitamento materno e pesquisas referentes ao assunto, passaram a ser uma prioridade das políticas públicas de saúde, sempre incluída entre os elementos a serem trabalhados para a redução da mortalidade infantil. Visto que nos últimos anos, a partir da Revolução Industrial, o desmame precoce levou a morte de milhares de bebês por diarreia, infecções respiratórias e desnutrição.

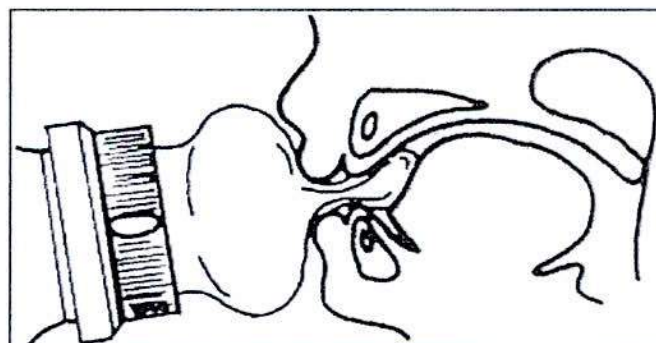
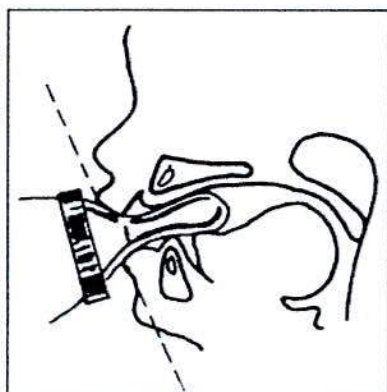
Por todos esses fatores históricos e sociais, reafirmar a amamentação e banir o uso indiscriminado de mamadeiras e chupetas é tão difícil. Esses utensílios são um costume, um hábito. Está totalmente arraigado em nossa cultura e amplamente difundido. Para a maioria das mães, eles são indispensáveis na tarefa de cuidar e faz parte da lista de prioridades sendo pensado antes mesmo da vinda do bebê quando organizado o enxoval.

Assim como evoluem os conhecimentos e campanha para valorização da prática do aleitamento a indústria de produtos infantis modificam o discurso e omitem

elevado, dificultando a passagem de ar na orofaringe e o toque entre os incisivos superiores e inferiores ocasionando na mordida aberta. Além disso, esta falta de tonicidade pode gerar dificuldades na execução dos fonemas e fala inteligível.

Nos bicos plásticos, o movimento labial também é desorganizado. O lábio inferior que na amamentação abocanha a aréola de forma suave, passa a ser o principal responsável pelo selamento periférico, necessitando do acompanhamento do músculo mental, que antes era inerte. Já o lábio superior torna-se passivo na sucção artificial, diferente da amamentação em que é protagonista do vedamento. Esse estímulo incorreto gera flacidez labial inferior e encurtamento labial superior.

Os bicos ao longo dos anos foram se modificando, os fabricantes passaram a fazer uso de outros materiais mais elásticos, como o silicone. Mudaram sua forma, uns mais achatados, outros mais longos, mas nenhum deles conseguiu ser fiel ao seio materno. Chegaram a lançar no mercado a nomenclatura ortodôntico, que remete ao consumidor uma idéia de equilíbrio ósseo e muscular oral. Estes por sua vez, são mais curtos em relação aos bicos comuns e inclinados para o palato, o que dificulta ainda mais a captação do leite com o aumento de pressão negativa e conseqüentemente de esforço em relação aos demais bicos. Além disso, em todos os bicos há uma inadequação da postura lingual. Visualizados na figura a seguir:



Fonte: DOUGLAS, 2006.

Durante a mamada no seio materno o bico chega a distender-se mais que o dobro do tamanho original, preenchendo, ajustando e modelando-se por toda a cavidade oral. Enquanto que o mais elástico dos bicos artificiais chega no máximo à metade do seu tamanho original. O bico da mãe é anatômico, elástico e se adapta à boca do bebê, diferente do artificial que é rígido e não anatômico exigindo que a criança adapte a ele. Soma-se a isso, o fato de muitas vezes, o orifício da

mamadeira ser aumentado, fazendo com que o líquido saia sem a necessidade de esforço, invalidando o trabalho muscular realizado durante este tipo de sucção (deglutição passiva), e algumas vezes, acompanhada de engasgos e regurgitamento.

Na sucção artificial o leite é extraído por movimentos de pistão (sobe e desce) e não pelos movimentos corretos de ordenha, que estimulam a protusão e o crescimento mandibular. A falta de capacitação mandibular para frente faz com que a mandíbula continue retroposicionada. Ou seja, neste caso a mandíbula ficará hipodesenvolvida acarretando transtornos futuros ao bebê, como alterações posturais, globais, facilidade em problemas oclusais, articulares, desarmonia facial e dicção alterada.

Sendo a maxila o principal osso que forma a cavidade nasal, sua compressão e estreitamento no desarranjo, provocado por esses objetos agressivos, impede seu crescimento transversal provocando a elevação do palato, que avança para cima comprimindo e desviando o septo a ponto que este cresça de forma não linear e dificulte a passagem de ar pelo nariz.

Outra complicação otorrinolaringológica além do desvio de septo é a otite média, conseqüente da diminuição da pressão interna da orelha média, causada pela obliteração da abertura nasal da tuba auditiva para igualar as pressões da orelha interna e externa e manter o equilíbrio da membrana timpânica.

Essa obliteração pode ser ocasionada por vários fatores, como excesso de secreção nasal, rinites, hipertrofia da adenóide, entre outros fatores. Além disso, é importante salientar que este desarranjo só ocorre porque a amamentação artificial inverte a pressão intra-oral para negativa.

A diminuição da pressão interna da orelha faz com que o leite e fluidos intercelulares das regiões adjacentes sejam atraídos para lá, acumulando-se na orelha média e ocasionando a otite média. Como conseqüências mais graves, a assiduidade dessas infecções durante a infância geram diminuição da audição que refletirão mais tarde no processo educacional, evidente na maioria das vezes durante a alfabetização.

Devemos considerar que o bebê está mais susceptível a infecções em detrimento da escassez de anticorpos fornecidos no leite materno. Existindo não só uma prevalência de otite média, mas também de diarreia, pneumonia, bronquite, gripe, infecções urinárias e infecção no trato intestinal.

Essas interferências acabam por afastar cada vez mais a boca do bebê da sua mãe que é sua principal via para o mundo psíquico e na formação da sua personalidade. As crianças que mamam no peito tendem a ser mais tranqüilas, e fáceis de socializar-se durante a infância. As experiências vivenciadas na primeira infância são extremamente importantes para determinar o caráter do indivíduo quando adulto.

CAPÍTULO 6 – A BOCA E O MEIO EM QUE ELA VIVE: DIVERSIDADES HÁBITOS E TRADIÇÕES CULTURAIS FAZEM DA BOCA A INSERÇÃO AO MUNDO.

O homem se distingue dos demais seres vivos do planeta pelo seu modo de vida cultural altamente especializado, caracterizado pela transmissão de informações de geração a geração via experiência, e pelo uso da linguagem e de outras representações simbólicas.

No entanto, a evolução cultural do homem não se deve somente a esse fator, mas também pelo fortalecimento das vinculações afetivas e das trocas interacionais estabelecidas, nos primórdios da evolução, percebidos na dependência infantil, no cuidado com o recém-nascido, no apego e nos cuidados parentais. É fortalecida então a união afetiva entre homem e mulher, com intensificação da sexualidade e tendência a ligações duradouras. Há alteração da organização social, da cooperação grupal e da divisão de trabalho. Aparece então a partilha de alimentos (JOHANSON, 1996).

O caráter social da alimentação está presente desde o nascimento. O leite materno é o primeiro alimento oferecido ao ser humano e sua ingestão envolve o contato com o corpo da mãe, mediado pelo seio, na saciação exigida pela boca do bebê. Por isso, desde o início da vida humana a alimentação está relacionada tanto a afeto e proteção, quanto seu preparo está ligado ao universo feminino (MINTZ, 2001).

O ato de comer pode ter representações meramente fisiológicas pelo simples fato de comermos quando estamos com fome, ou afetiva que engloba a relação com o outro, onde oferecemos e preparamos o alimento a quem gostamos, amamos e até mesmo a quem cultuamos. Comer tem um registro determinado pela geografia e pela escolha dos padrões culturais (costumes regionais, tradições familiares, crenças, hábitos e tabus) (WITT, 1971).

A amamentação aparece no cenário antropológico como prática alimentar determinante para o elo cultural e seus registros mostram como a criança vai interagir com o seu grupo. Vários estudos realizados com *Homo erectus*, antecessor do *Homo sapiens*, concluem que:

“... nesse meio, ao conviver intensamente com um grupo social estável, a criança tem, de sobra, oportunidades de interação, de estabelecimento de vínculos e de brincadeira exploratória. O contato com o bebê é intenso, a amamentação é contínua e o desmame tardio. Na coleta, o bebê é mantido junto ao corpo da mãe, que responde às suas

inquietações mais sutis; mantido em posição vertical, tem contato social e acesso ao mundo adulto facilitado. Está sempre presente no palco da ação significativa de seu grupo: coleta, alguns episódios de caça, lida com instrumentos e toda a intensa vida social do bando em torno destes eventos (KONNER, 1981; SORENSON, 1979; BRUNER, 1976)."

Essa relação descrita é praticada até hoje no cenário tribal e em populações pobres, onde mães utilizam panos para prender seus filhos junto a si no desempenho de todas suas tarefas.

Na pesquisa antropológica os registros referentes à boca do bebê estão intimamente ligados às práticas alimentares. Todos eles fazem referência à amamentação mesmo que o bebê não seja inicialmente instituído no grupo, como é o caso de alguns grupos na Indonésia, que só reconhecem a criança quando esta consegue andar e falar. A fala para eles é o registro da alma do indivíduo. Enquanto isso ele seria um ser vivo latente, sem alma, sendo necessário neste período o sangue da mãe (leite materno) para que seja estabelecida a sua formação (Oliveira, 1995).

Já na Índia, o bebê de sexo masculino tem a preferência pela amamentação em relação à menina se por algum motivo a mãe tiver que optar entre os dois, como é o caso de gêmeos, por exemplo. Dado o modelo de hierarquia machista dos indianos.

O primeiro alimento sólido do bebê indiano é recebido, por volta do sétimo mês de vida, na forma de ritual, onde estão presentes na cerimônia a família do pai e da mãe da criança, além do guru. Esse ritual indica a primeira independência do bebê. Ele agora poderá levar o próprio alimento à boca e por isso, será capaz de reconhecer o instrumento que dará o sinal da profissão que seguirá no futuro.

Outro hábito interessante é descrito por CASCUDO (1984) em seu livro, onde é consumido o milho, colido ainda verde, pela mãe e o bebê na quinzena que se segue ao nascimento da criança. Esse alimento serve como tônico que fortalece mãe e seu filho. Já que ainda não pode mastigar a mãe faz isso por ele e o oferece na própria boca que além de fazer a função de triturar o alimento permite a criação de anticorpos no organismo do bebê pelo contato direto com a boca da mãe.

Esses relatos servem para destacar a preocupação e a importância que outras culturas dão à boca do bebê. Em todas elas a prosperidade da boca está relacionada ao vínculo maternal e ao crescimento e reconhecimento do indivíduo no grupo. O ambiente é facilitador, ele se ajusta às necessidades dinâmicas emocionais

da criança em crescimento e desenvolvimento por meio da reciprocidade dos cuidados adaptados, este passa a constituir o que WINNICOTT (1971) chama de função especular, que é o favorecimento das experiências da criança, de tal forma que esta possa reencontrar-se por meio destas, tornando-as gradativamente como pessoais. Seria a integração pessoal do bebê por meio do olhar materno/ambiental que reconhece a sua singularidade pessoal, em todas as formas sociais.

Atualmente sabemos que a amamentação não está reduzida ao caráter biológico, instintivo e individual, ela é aprendida e passada de geração em geração, dando lugar a interpretações culturais que não reduzem o ser humano à condição de um mamífero qualquer. Ou seja, determinada biologicamente e condicionada socioculturalmente, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e de experiências de vida. Dependendo do momento histórico e da intencionalidade atribuída ao ato de amamentar, biologia e sociedade determinaram o curso histórico da amamentação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Com essa revisão baseada no estudo multidisciplinar referente à boca do bebê, contribuo para a permanência e atualização das informações aos profissionais que atuam na clínica materno-infantil numa proposta de valorização da amamentação, do vínculo mãe-bebê e principalmente no reconhecimento da atuação profissional baseada na subjetivação do indivíduo.

Nesse passeio bibliográfico natureza, cultura, história e ciência se fundem para que a amamentação possa ser perpetuada. Ela deve ser assimilada como algo que faz parte das condições de permanência humana nesse planeta. Isso gera novas possibilidades teórico metodológicas de abordagem na valorização da amamentação, do vínculo mãe-bebê, e no aprofundamento das intervenções interdisciplinares.

Embora caiba a mulher efetivamente a decisão de amamentar seu filho, se faz necessário à compreensão e esclarecimento dos problemas acarretados quando se nega esse padrão à espécie, que podem ir desde uma disfunção motora até a negação da sua cultura e da vida.

Na entrada ao novo mundo: mãe, pai, família, comunidade, sociedade, ciência e os vários profissionais que atuam nesta área são a porta que garantirá ao bebê um ambiente apto e pleno as suas necessidades.

Cabe aqui ressaltar, que na busca bibliográfica de cunho antropológico não foi possível aprofundar mais o tema pela escassez de registros nessa área que enfoquem exclusivamente o bebê. Eles são referentes apenas a hábitos alimentares. Merecendo, a partir dessa constatação, que me dedique futuramente a outra produção com descobertas que enriqueçam essa temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

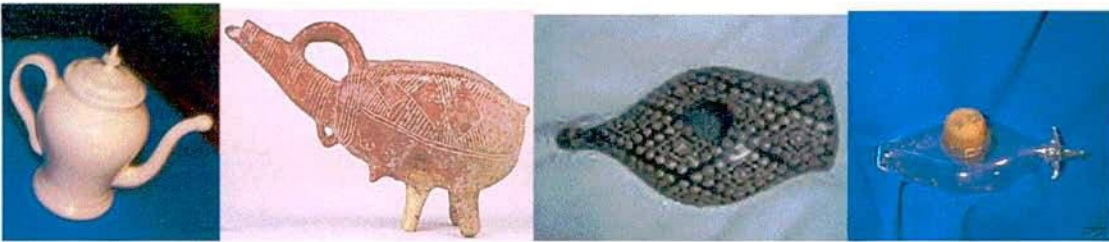
- ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- ALMEIDA, J. A. G. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- BARBOSA, I. C. e SCHNONBERGER, M. B. *Importância do alimento materno no desenvolvimento da motricidade oral*. In: MARCHEZAN, I. Q. ZORZI, J. L. FANAROFF, A. A. e KLAUS, M. H. *O surpreendente recém-nascido*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.
- BUSSAB, V. S. R. e Ribeiro, F. R. *Biologicamente cultural*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- CARVALHO, M. R., TAMEZ R. N. *Amamentação – Bases Científica*, 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CASCUDO, L. C. *História da alimentação no Brasil: cardápio indígena, dieta africana, ementa portuguesa*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1984.
- COHN, C. *Antropologia da Criança*. São Paulo: Mantiqueira, 2005.
- DEODATTO, V. *Amamentação – O melhor início para a vida*. Rio de Janeiro: LTDA, 2005.
- DOUGLAS, C. R. *Fisiologia Aplicada à Nutrição*, 2ªed. Guanabara: Rio de Janeiro, 2006.
- EUCLYDES, M. P. *Nutrição Científica: Base científica para uma alimentação saudável*. 3ª edição. Viçosa: 2005.
- FERNÁNDEZ, A. F. *Comida: uma história*. São Paulo: Mantiqueira, 2004.
- FREUD, S. (1905). *Três ensaios sobre uma teoria da sexualidade*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, vol. VII, 1996.
- JOHANSON, R. S. *Práticas alimentares na relação sócia*. Rio de Janeiro: Ática, 1996.
- GARCIA-ROZA L. A. (1988). *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- GOLSE, B. *O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo*, in: *O bebê, o corpo e a linguagem*. Aragão, R. (org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- GOMES, I. C. D. *Tópicos em fonoaudiologia III*. São Paulo, Lovise, 1996.
- JUNQUEIRA, Patrícia. – *Amamentação, Hábitos Oraís e Mastigação: orientação, cuidado e dicas*. Rio de Janeiro, Revinter: 1999.

- MARCHESAN, I.Q. - *Motricidade Oral - Visão Clínica do Trabalho Fonoaudiológico Integrado com Outras Especialidades*. São Paulo, Pancast, 1993.
- MINTZ S. W. *Comida e antropologia. Uma breve revisão*. Rev Brasil Ci Soc 2001; 16 (47): 31-41.
- MORENO, J.L. *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix, 1997.
- MONTAGU, A. *Tocar – O significado humano da pele*. São Paulo: Summus, 1988.
- MONTEIRO, R. *Normas brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas*. Revista Panamericana de Saúde Pública. vol.19. nº5. Washintong, 2006.
- MORESCA, C. A.; FERES, M. A. Hábitos viciosos bucais. In: PETRELLI, E. *Ortodontia para fonoaudiologia*. Curitiba : Lovise, 1992.
- OLIVEIRA, A. A. *A influência da cultura e da língua portuguesas na Indonésia*. São Paulo: Falarte, 1995.
- PIAGET, J. *Aprendizagem e conhecimento*, Rio de Janeiro: Freitas-bastos, 1974.
- PRAZELTON, TB et al. *O desenvolvimento do apêgo. Uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- PROENÇA, Maristela G. – Sistema sensório motor oral. In: KUDO, A.M. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. 2ªed. São Paulo: Sarvier, 1994.
- 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.
- MULLER, M. *The not friendly botte*, 1879. Disponível em: <<http://www.babybottle-museum.co.uk/murder.htm>>. Acesso em: 20 de abril de 2009.
- SILVA, A. C. *Philips agora produz chupetas e mamadeiras*, 2008. Disponível em: <<http://jbonline.terra.com.br/pextra/2008/09/14/e141014092.asp.htm>>. Acesso em: 08 jan. 2009.
- SOUZA, M. A; WERTZNER H. F. *Uma análise de crianças normais de 3 a 8 anos* In: LIMONGI S.C.O. (Org.). *Atualidades em Fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise; 1998.
- TEIXEIRA, C. *Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde*. In: TOMÉ, M.C.; FARRET, M.M.B.; JURRACH, E.M. Hábitos orais e maloclusão. In: MARCHESAN, I.Q.; ZORZI, J.L.; GOMES, I.C.D. (Org.). *Tópicos em fonoaudiologia*. p 97-110 São Paulo: Lovise: 1996.

- VAL D. C.; LIMONGI S. C. O; FABIANO F. C; SILVA K. C. L. *Sistem estomatognático e postura corporal na criança com alterações sensório-motoras*. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP). 2005;17(3):345-54.
- WINNICOTT, D. W. – *A criança e seu mundo*. 2ªed. Rio de Janeiro, Zahar, 1971.
- WINNICOTT, D.W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- WITT, A. Alguns conhecimentos sobre nutrição ligados à gestação e ao puerpério. *Revista Saúde Pública*: S.Paulo,1971.
- XAVIER, C. *Assistência à Alimentação de Bebês Hospitalizados*. In: BASSETTO, M. C. A., BRACK; WAJNSZTIJN, R. – *Neonatologia: Um Convite a Atuação Fonoaudiológica*. São Paulo, Lovise: 1998.

ANEXO 1- Modelos de mamadeiras (Fonte: www.babybottle-museum.co.uk/murder.htm).

A) Artefatos encontrados em escavações arqueológicas.



B) Modelo de mamadeira popularmente conhecida como “Mummies Darling” na Inglaterra Vitoriana, nos anos 1880 .

