

Malocclusão e prematuridade ao nascimento

Malocclusion and prematurity at birth

Sérgio Spezzia

Cirurgião Dentista, Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: sergio.spezzia@unifesp.br | ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5622-5581>

Journal of Oral Investigations, Passo Fundo, vol. 9, n. 1, p. 67-81, Janeiro-Junho, 2020 - ISSN 2238-510X

[Recebido: Junho 26, 2018; Aceito: Maio 09, 2020]

DOI: <https://doi.org/10.18256/2238-510X.2020.v9i1.2805>

Endereço correspondente / Correspondence address

Sérgio Spezzia
Rua Silva Bueno, 1001
São Paulo – SP, Brasil.
CEP: 04208-050

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*
Editor-chefe: Aloísio Oro Spazzin

Como citar este artigo / How to cite item: [clique aqui/click here!](#)

Resumo

Recém-nascidos nascidos prematuramente correspondem aos nascimentos com menos de 37 semanas de gestação. Existem algumas características intrínsecas aos prematuros que atuam no Sistema Estomatognático, desencadeando a má oclusão. O objetivo deste artigo foi averiguar as influências que a prematuridade ao nascimento pode gerar em âmbito odontológico, mais especificamente, desencadeando a má oclusão. Realizou-se busca nas bases de dados: Google Acadêmico e PubMed. No Google Acadêmico empregou-se a expressão de busca: nascimento prematuro *and* má oclusão *and* odontologia *and* 2014 *and* 2015 *and* 2016 *and* 2017 *and* 2018. No PubMed empregou-se a expressão de busca: *malocclusion and dentistry and born preterm*. Concluiu-se que para que não conviva-se com má oclusão são necessários métodos de abordagem preventiva nos nascidos prematuros para possibilitar crescimento e desenvolvimento adequados do sistema estomatognático. O incentivo ao aleitamento materno está relacionado a influência da amamentação no peito, uma vez que caso ela não ocorra pode gerar alterações no sistema estomatognático.

Palavras-chave: Má Oclusão; Sistema Estomatognático; Recém-nascido Prematuro; Respiração artificial; Intubação.

Abstract

Newborns birth prematurely correspond to births with less than 37 weeks of gestation. There are some characteristics intrinsic to the premature ones that act in the Stomatognathic System, triggering the malocclusion. The objective of this article was to investigate the influences that prematurity at birth can generate in a dental environment, more specifically, triggering malocclusion. We searched the databases: Google Scholar and PubMed. In Google Scholar we used the search term: premature birth and malocclusion and dentistry and 2014 and 2015 and 2016 and 2017 and 2018. In PubMed we used the search expression: *malocclusion and dentistry and born preterm*. It was concluded that, in order to avoid malocclusion, methods of preventive approach in preterm births are necessary to enable adequate growth and development of the stomatognathic system. The encouragement of breastfeeding is related to the influence of breastfeeding, since if it does not occur it can lead to changes in the stomatognathic system.

Keywords: Malloclusion; Stomatognathic System; Infant, Premature; Respiration, Artificial; Intubation.

Introdução

De acordo com a World Health Organization (WHO), (2012) (1), nascem cerca de 15 milhões de prematuros a cada ano. O conceito de prematuridade, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), (1961) (2), engloba os nascimentos que ocorrem com menos de 37 semanas de gestação. Os recém-nascidos (RNs) com idade gestacional entre 34 e 36 semanas são denominados de prematuros tardios e os nascidos entre 22 a 31 semanas e seis dias de gravidez são designados prematuros extremos (3-9).

Os prematuros podem ter seu crescimento modificado por influência de alguns fatores, tais como: idade gestacional, peso ao nascer, ingestão calórica dos alimentos, doenças presentes, hereditariedade e por fatores de cunho ambiental (9).

O nascimento prematuro provocará tanto em curto, como em longo prazo, consequências que agirão, influenciando, possivelmente o crescimento e o desenvolvimento das crianças (9). Várias complicações médicas no período neonatal em RN prematuros podem afetar o desenvolvimento das estruturas bucais (10,11).

Os prematuros possuem condições mínimas para a vida extra-uterina, além disso ocorrem complicações em quase todos os órgãos, tais como: alterações no sistema respiratório, cardiovascular, renal, gastro-intestinal, sistema estomatognático (SE), metabólicas, hematológicas, imunológicas e cerebrais (10).

O nascimento prematuro por si só, acarreta alterações em tecidos e órgãos ao longo do corpo; ossos da face e a dentição podem ser acometidos também (12-14).

Devido algumas repercussões manifestaram-se a nível bucal, convém adotar métodos preventivos nos nascidos prematuros, visando obter crescimento e desenvolvimento do SE de forma adequada (15).

O estudo de Stein, (1936) apud Seow, (1997), (12), foi o precursor na análise das complicações bucais nos nascidos prematuramente, ele tinha conteúdo inerente de pesquisa voltado para as possíveis alterações em âmbito bucal, possivelmente desencadeadas pela prematuridade ao nascimento.

O SE engloba estruturas orais estáticas e dinâmicas, incluindo as partes duras pertinentes aos arcos dentários e as partes ativas representadas pelos músculos, os quais são responsáveis pelas funções de mastigação, sucção, deglutição, respiração, fonação e expressão facial. Todas essas estruturas citadas, mostram-se interligadas e na hipótese de ocorrer algum distúrbio, teremos algum nível estabelecido de desorganização ou desequilíbrio (16).

Sabe-se que a oclusão dentária é constituída pela articulação temporomandibular (ATM), maxilares superior e inferior e por músculos elevadores e depressores da mandíbula (17).

A má oclusão envolve qualquer oclusão com características estruturais que se distanciam das pertinentes a uma oclusão teoricamente ideal, incluindo: mordida

aberta anterior; mordida cruzada; mordida profunda; protusão mandibular e retrusão mandibular (18).

O objetivo deste artigo foi averiguar as influências que a prematuridade ao nascimento pode gerar em âmbito odontológico, mais especificamente, desencadeando a má oclusão.

Método

Realizou-se estudo de revisão bibliográfica com consulta as bases de dados: Google Acadêmico e PubMed. No Google Acadêmico empregou-se a expressão de busca: nascimento prematuro and má oclusão and odontologia and 2014 and 2015 and 2016 and 2017 and 2018 e encontrou-se aproximadamente 34 registros. No PubMed empregou-se a expressão de busca: malocclusion and dentistry and born preterm e obteve-se 08 resultados.

Foram incluídos estudos e artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais nos idiomas inglês e português com conteúdo voltado para as possíveis repercussões ocasionadas pela prematuridade ao nascimento na oclusão dentária, possivelmente resultando em má oclusão dentária.

Incluiu-se também no presente estudo, considerações de livros, monografias, dissertações e teses que possuíam a mesma temática.

Excluiu-se estudos que não possuíam conteúdo concernente com o pesquisado após realização de leitura seletiva e analítica e que possuíam embasamento exclusivamente médico acerca das manifestações da prematuridade

Revisão de Literatura

Dentre as morbidades e comorbidades presentes nos prematuros, têm-se: asfixia, distúrbios respiratórios, apneia, disfunções cardiovasculares, imaturidade renal, disfunções metabólicas, intolerância gastrintestinal e suscetibilidade a infecções (19,20). Conforme Seow, (1997), no período neonatal teremos repercussão de alguma forma dessas comorbidades no desenvolvimento do SE e suas estruturas (12).

Segundo Lai et al., (1997), o nascimento prematuro gera complicações, tais como: anóxia perinatal, dificuldade respiratória e complicações cardiológicas, que podem levar a intervenções locais que ocasionarão trauma localizado na cavidade oral. Constituem intercorrências de ordem local: uso de laringoscópio; intubação orotraqueal; fraturas mandibulares e trauma cirúrgico (21).

Há estudos transversais e longitudinais que demonstram as manifestações dessas alterações na má formação do esmalte dentário e do palato. Essas más formações estão relacionadas com a prematuridade e a intubação orotraqueal (10,12,13,22), e

podem afetar a estética, tornar os dentes vulneráveis a processos cariosos dolorosos e patológicos como dilacerações e, por fim, favorecer a má oclusão. Alterações estruturais do desenvolvimento esquelético podem transcorrer por trauma local, oriundo da laringoscopia e da intubação orotraqueal (10).

Relacionado a intubação em si, existem algumas opções a serem seguidas, no que tange a via de intubação, entretanto, geralmente a via de intubação orotraqueal é a preferida, por ser de fácil e rápida realização. Ocorre que esse tipo de intubação mostra-se desfavorável pelas repercussões que causam na cavidade bucal, tendendo a gerar a formação de um sulco no palato ocasionado pela pressão contínua da cânula em posição, além disso poderemos ter a ocorrência de outros problemas, como a lesão dos alvéolos dentários (10).

Pode haver repercussões em âmbito oral ocasionadas pelo emprego da intubação orotraqueal, nessa situação a pressão aplicada no ato da intubação age, podendo impedir o crescimento normal da maxila; causando desvios de irrupção dos dentes por ausência de espaço, além de poder acarretar dilaceração dentária, propiciando alterações no palato e ocorrência de má oclusão (21,23-25).

Na literatura muitos estudos corroboram com essas afirmações, estudo realizado por Paulsson et al., (2004), através do feito de revisão sistemática acerca das complicações ocorridas nas estruturas bucais, advindas do nascimento prematuro encontrou evidências de que ocorrem alterações morfológicas palatais, concluindo que a intubação orotraqueal, que frequentemente é empregada nos prematuros, age como fator predisponente (13). Alguns outros autores também frisaram que podem haver alterações estruturais parecidas em decorrência de trauma provocado pelo uso da laringoscopia e da intubação orotraqueal (23,24,26).

Em contrapartida, sabe-se que a respiração é essencial para o organismo e que ela atua no SE desde o período do nascimento, mediando o controle das funções orofaciais e promovendo crescimento esquelético harmonioso. A respiração nasal, que fisiologicamente transcorre normalmente, caso seja alterada poderá ocasionar danos no desenvolvimento (27).

A funcionalidade da respiração é crucial para performance satisfatória do organismo, uma vez que detém papel de destaque, por agir desde o momento do nascimento, perdurando ainda na manutenção da estruturação do esqueleto do SE; abrangendo também a estruturação muscular e dentária do mesmo, dessa maneira tornando-se possível que ocorra corretamente o desenvolvimento das funções orofaciais, bem como que tenhamos harmonia no crescimento esquelético (28,29).

Na presença de algum tipo de obstrução capaz de impedir que a respiração nasal proceda normalmente durante o período de desenvolvimento, poderemos ter a instalação de várias alterações prejudiciais ao SE (28,29).

Nesse contexto, é importante destacar que na hipótese de ocorrer deficiência, dificuldade ou distúrbios respiratórios em RN prematuros, teremos além dos

problemas desencadeados por alterações na respiração por si só, os prejuízos causados quando houver a necessidade de instituir-se ventilação mecânica com intubação orotraqueal. Essas duas situações podem provocar ocorrência de má oclusão (30).

O termo maloclusão sob enfoque epidemiológico tem algumas derivações ou sinônimos, incluindo os termos oclusopatia e má oclusão (31-33). Má oclusão consta de desvios morfológicos da normalidade que estão presentes nas arcadas dentárias superior e inferior e no esqueleto facial ou consta de possíveis desvios que ocorrem ao mesmo tempo, tanto nas arcadas dentárias como no esqueleto facial, o que causará alterações nas funções do SE (34,35).

A dentadura decídua quando acometida por alguns desses desvios promove a manutenção desse inconveniente nas dentaduras mista e permanente. Uma abordagem preventiva, partindo de um diagnóstico precocemente realizado, faz-se necessária, portanto, quando das dentaduras decídua e mista, visando interceptação do problema (36).

Sob o enfoque, ainda do desenvolvimento e do crescimento do SE, o aleitamento materno, faz-se importante por promover estímulos fisiológicos, que viabilizam os mesmos (36). A amamentação no contexto do desenvolvimento craniofacial, age beneficemente, fortalecendo a musculatura facial e favorecendo as funções de respiração, mastigação, deglutição e de fonação. A sucção do leite materno realizada por intermédio de movimentos de avanço e retração mandibular propicia desenvolvimento muscular e esquelético facial adequados, com harmonia facial, o que com o passar dos anos possibilitará uma oclusão satisfatória (37-40).

Nos prematuros, a amamentação ainda se configura como um desafio a ser alcançado frente aos intempéries que estão presentes e que são diretamente relacionados com a prematuridade em si, dentre esses fatores, têm-se: imaturidade do sistema neurológico e reflexo de sucção/deglutição prejudicado. Esses mecanismos desfavoráveis agem como barreira para que seja possível viabilizar precocemente a amamentação, esse fato pode acarretar ineficiência na amamentação em prematuros (41-43).

Nesse contexto, para que ocorra efetividade existem alguns aspectos que são levados em consideração e que devem estar interrelacionados de forma positiva, são eles: a amamentação propiciada aos prematuros e autoeficácia materna em termos de capacidade de amamentar. Analisando-se esses aspectos, pode-se traçar parâmetros, visando detectar a realidade do problema em questão, buscando na sequência, subsídios no que tange a formulação de estratégias, no intuito de tornar factível, tanto a promoção como a manutenção do aleitamento materno, dado que se faz de extremada importância em se tratando de nascidos prematuramente (41-43).

Quanto menor for a renda familiar pertinente a mãe de prematuros que está amamentando, menor será a eficácia propiciada pelo ato da amamentação, o que configurará um resultado negativo. Em contrapartida, quanto maior for a renda familiar, melhor performance teremos na autoeficácia da amamentação (41-43).

Considera-se recém-nascido (RN), como sendo a criança após o nascimento nos seus primeiros 28 dias de vida. Idade gestacional em torno de 31 a 34 semanas, peso ao nascimento inferior a 1500 gramas e RN pequeno para a idade gestacional (PIG), traduzem-se em pontos desfavoráveis no que tange a eficácia do aleitamento materno. Não existe efeito, no entanto, de distúrbios da prematuridade e do tamanho ao nascer sobre o tempo de amamentação (9,30).

Para que o mecanismo da amamentação proceda satisfatoriamente deve haver coordenação rítmica nos movimentos de sucção, deglutição e respiração. Em prematuros, entretanto, teremos algumas manifestações diferenciadas, inexistindo sucção firme e vigorosa e ocorrendo sugadas de forma rápida. Encontra-se sucção débil após o nascimento em bebês prematuros, além disso mães geralmente tem pouco conhecimento relativo a sinais de comportamento desses bebês no ato da amamentação, o que pode somar-se, acarretando pouca eficácia em termos do alcance de êxito ao amamentar (44,45).

De acordo com Rocha et al., (2002), o aleitamento materno em nascidos prematuramente é mais difícil de ser iniciado e mantido, comparando-se com o aleitamento posto em prática para os nascidos a termo (46).

Em suma, existem algumas características intrínsecas aos prematuros que devem ser mencionadas, devido estarem implícitas no contexto odontológico, são elas: redução de capacidade gástrica e sucção pouco vigorosa, principalmente. Nessas circunstâncias prematuros cansam-se facilmente. As mamadas são muito curtas, favorecendo a maior frequência de períodos de amamentação (47,48).

Sabe-se que prematuros precisam de maior quantidade de alimento, devido ao seu crescimento mais intenso, entretanto, dado suas características de sucção fraca e deglutição imperfeita, oriunda de reflexos fracos, têm-se quadro de deficiência nutricional instalado. Ocorrerá deficiência nutricional por sucção fraca e deglutição imperfeita, absorção deficiente de gorduras e de vitaminas lipossolúveis (47,48).

Quanto a alimentação nos prematuros, pode-se dizer que em contrapartida, esses RN necessitam de maior porcentagem de alimento, devido ao seu crescimento mais intenso, mas que seus reflexos de sucção e deglutição são fracos ou ausentes, sua capacidade gástrica é limitada e sua fisiologia digestiva é deficiente. Dessa forma, as necessidades médias dos prematuros devem ser atingidas gradativamente (47,48).

Devido ao fato, pode-se instituir alguns hábitos bucais não-nutritivos ou sucção não-nutritiva (SNN) precocemente, com finalidade terapêutica, dentre eles temos: uso de mamadeira, chupeta e dedo enluvado. Esses hábitos podem ser designados como hábitos parafuncionais, concomitantemente, teremos alguns efeitos deletérios a saúde bucal dos RNs prematuros, tais como: morfologia do palato alterada e modificações de posicionamento dentais, efeitos que podem agir como predisponentes para a instalação de má oclusão (47,48).

Conforme Neiva e Leone, (2007), a estimulação da SNN com o dedo enluvado foi mais eficaz do que com a chupeta, sendo recomendada com objetivo de fortalecer a sucção de RN pré-termo (49).

As parafunções oclusais englobam bruxismo, morder os lábios, chupar o dedo, postura anormal protusiva da mandíbula e apertamento dental. Essas parafunções ocorrem, contrastando-se dos comportamentos funcionais de mastigação, deglutição e fala. Hábitos parafuncionais em alguns casos mostram-se altamente deletérios e podem ocasionar má oclusão (50,51).

Verifica-se que comumente, crianças possuem alterações ósseas e estruturais desencadeadas por hábitos nocivos (chupeta e mamadeira), sorvidos desde o nascimento. Esses hábitos alteram o desenvolvimento facial da criança e podem provocar má formação óssea, que poderá causar problemas estruturais, funcionais e até mesmo psicológicos. Alterações bucais causadas por uso prolongado de chupeta e mamadeira podem acarretar deformidades nas arcadas dentárias, que irão prejudicar as funções de fonação, deglutição e mastigação, além de possibilitarem dores oriundas de oclusão deficiente (52,53). O uso de chupeta e mamadeira pode provocar mordida aberta anterior, mordida cruzada, palato ogival, respiração oral e alterações da fonação (18).

Os RN pré-termo podem ter imaturidade do SE, dificultando a realização da função de sucção e conseqüentemente alimentação por via oral. Devido a isso, usa-se sonda gástrica. Nesses casos pode ser recomendado o uso de estimulação da SNN para minimizar essa privação sensorial e capacitar o RN a alimentar-se por via oral o mais precocemente possível (49). Esse SE imaturo apresentará inexistência ou minimização das almofadas de gorduras (sucking pads), causando excursões exageradas de mandíbula e instabilidade; ocorrência de reflexos orais incompletos; vedamento labial ineficaz, com diminuição da pressão intraoral; língua hipofuncionante; ausência de ritmo de sucção e dificuldades na coordenação sucção deglutição-respiração (49,54,55).

Discussão

O RN pode ser classificado de acordo com a OMS segundo a idade gestacional e o peso ao nascer. Relacionado a idade gestacional podem ser classificados em: RN pré-termo, quando nascem até 36 semanas e 6 dias; RN a termo com nascimento entre 37 semanas completas e 41 semanas e 6 dias; RN pós-termo quando nascem com 42 semanas ou mais. Em relação ao peso no momento do nascimento, RN podem ser classificados em RN de baixo peso, com peso ao nascimento inferior a 2500 gramas; muito baixo peso, com peso ao nascimento inferior a 1500 gramas; extremo baixo peso, com peso ao nascimento inferior a 1000 gramas (30).

O peso do nascimento é aquele que é considerado até 01 ou 02 horas de vida do RN. Qualquer perda de peso que ocorra em período posterior a 02 horas não é computada (9,56).

A ocorrência de doenças perinatais pode ser aumentada, devido o baixo peso ao nascer (BPN). O peso ao nascimento é um excelente indicador de saúde. O BPN pode ser um problema impactante de Saúde Pública (9,57).

RN pré-termo, principalmente os de muito baixo peso são comumente submetidos a procedimentos para assistência respiratória invasiva e não invasiva durante sua internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (30).

Geralmente procede-se a assistência respiratória através de ventilação mecânica invasiva com intubação orotraqueal e Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), quando RN prematuros estão internados na UTI neonatal (30).

Quanto menor a idade gestacional e o peso ao nascer, maior é a tendência para uso de procedimentos e intervenções, envolvendo ventilação mecânica invasiva e intubação orotraqueal, o que é capaz de gerar maior prejuízo em termos de saúde oral e má oclusão (30).

No ambiente hospitalar, nessas circunstâncias a presença do cirurgião dentista numa equipe multidisciplinar, junto com outros profissionais de saúde é extremamente importante para avaliar a funcionalidade do SE e intervir oportunamente, contribuindo para manutenção de saúde nesses neonatos de alto risco (30).

É importante frisar que não teremos uma amamentação realizada satisfatoriamente, em prematuros, o que gera intempéries. A amamentação natural em outras circunstâncias gera estímulos fisiológicos bem delineados e é responsável pelo desenvolvimento craniofacial do bebê de forma adequada com movimentos musculares adequados da musculatura oral, o que tenderá a impedir ocorrência de má oclusão e de problemas articulatorios, possibilitando uma oclusão normal. Muitas vantagens são ocasionadas pela amamentação, envolvendo o bem estar dos RNs (58).

No decorrer do tempo, devido o ato da amamentação trazer consigo certos benefícios denotados com melhor exatidão a médio, longo prazo tem havido transformações no que tange a adoção da amamentação como prática social. Em se tratando do cenário da Saúde Pública, a amamentação permite que se propicie efetividade sob o enfoque de sua adoção como medidas inerentes a políticas públicas que viabilizam-na. Sabe-se ainda que dessa forma, promove-se a influência em âmbito familiar e relacionado aos aspectos de caráter físico, biológico, psicológico, cultural e social, concomitantemente permitindo ação com forte impacto no crescimento e desenvolvimento infantil, possibilitando que os mesmos procedam normalmente (58).

Em contrapartida, a inexistência do ato de amamentar ou ainda o desmame realizado precocemente pode gerar transtornos, devido ao crescimento facial inadequado, tendendo a causar quadro de má oclusão, dentre outros empecilhos (38).

Convém ressaltar, que as habilidades motoras orais estão relacionadas com o tipo de alimentação do neonato. É a partir dos reflexos orais e especialmente da sucção, realizados nos primeiros meses de vida, que essas habilidades se aprimoram (47). O leite materno é o melhor alimento para os RN e lactentes independentemente

da idade gestacional em que nasceram. A amamentação natural também promove o desenvolvimento craniofacial do bebê através dos movimentos adequados da musculatura oral, contribuindo para o circuito fisiológico da sucção, respiração e deglutição corretas, prevenindo alterações de hipodesenvolvimento, má oclusão e problemas articulatorios (59).

Estudos sobre as relações entre padrão funcional e a prevalência das más oclusões refletem um aspecto de relacionamento entre forma e função, levando em consideração que os bebês prematuros apresentam dificuldades para estabelecer a função alimentar (60).

Hábitos parafuncionais de sucção a longo prazo podem levar a quadros de mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, protusão dos incisivos superiores, palato ogival, hipodesenvolvimento de mandíbula e maxila, má oclusão dentária, ausência de selamento labial, repouso lingual inadequado, alteração no padrão de mastigação e deglutição, alteração na fonação, alteração no padrão de sucção e respiração bucal (61).

De acordo com estudo realizado por Harila et al., (2007), onde houve análise de 328 crianças prematuras e 1804 crianças nascidas por parto normal houve maior prevalência de mordida aberta anterior coadjuvada ao hábito de sucção nas crianças prematuras (62).

Encontra-se na literatura, geralmente algumas alterações craniofaciais, que detêm maior prevalência, devido as manifestações da prematuridade ao nascimento, são elas: assimetria facial, fissuras em palato, mordida cruzada, mordida profunda, palato em ogiva, entre outras (14,15).

Relacionado aos parâmetros de morfologia craniofacial encontrados comparativamente entre nascidos a termo e pré-termo, nos prematuros, têm-se: base craniana anterior menor, perfil esquelético menos convexo, comprimento maxilar reduzido e incisivos inferiores mais retroinclinados e retraídos (63).

Estudo realizado em adolescentes prematuros, empregando análise cefalométrica, no intuito de detectar possíveis alterações na morfologia craniofacial constatou que havia parâmetros distintos ao se analisar os resultados obtidos para os pré-termo, comparando-se com os obtidos para os a termo. Nos pré-termo havia base craniana anterior reduzida, perfil esquelético com menor convexidade, comprimento maxilar menor e incisivos inferiores com maior retroinclinação e retraídos (63).

Conclusão

Concluiu-se que para que não conviva-se com má oclusão são necessários métodos de abordagem preventiva nos nascidos prematuros para possibilitar crescimento e desenvolvimento adequados do sistema estomatognático. O incentivo ao aleitamento materno está relacionado a influência da amamentação no peito, uma vez que caso ela não ocorra pode gerar alterações no sistema estomatognático.

Referências

1. World Health Organization. Preterm birth. Geneva: WHO, updated Nov 2015 [cited 2015 Dec 12]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
2. Organização Mundial da Saúde, Public health aspects of low birth weight, technical report series, v. 217, Genebra, 1961.
3. Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG, Zenk KE. Neonatologia: manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal. 5ª ed. Artmed: Porto Alegre; 2006. cap. 3, p.47-55.
4. Raju TN. Epidemiology of late preterm (near-term) births. Clin Perinatol, 2006; 33(4):751-63.
5. Medeiros Filho JG. Neonatologia – guia prática. João Pessoa: Ideia, 2008. p 35.
6. Silveira MF, Santos IS, Barros AJ, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da Prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. Rev Saúde Pública, 2008; 42(5):957-64.
7. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília – DF, abril de 2009. 77 p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/> Acessado em 26 de junho de 2018.
8. Spezzia S. Prevalência de Doença Gengival em Adolescentes Relacionada aos Estágios de Desenvolvimento Puberal de Tanner e ao Estado Nutricional. Parte II. [Monografia]. Especialização em Adolescência para Equipe Multidisciplinar. São Paulo: Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, 2014.
9. Spezzia S. Prevalência de Doença Gengival em Adolescentes Nascidos Pré-termo e a Termo. [Dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, 2016.
10. Ferrini FRO, Marba STM, Gavião MBD. Alterações bucais em crianças prematuras e com baixo peso ao nascer. Rev Paul Ped, 2007; 25(1):66-71.
11. Rythen M, Noren JG, Sabel N, Steiniger F, Niklasson A, Hellstrom A et al. Morphological aspects of dental hard tissues in primary teeth from preterm infants. Int J Paed Dent, 2008; 18(6):397-406.
12. Seow WK. Effects of preterm birth on oral growth and development. Aust Dent J, 1997; 42(2):85-91.
13. Paulsson L, Bondemark L, Soderfeldt B. A systematic review of the consequences of premature birth on palatal morphology, dental occlusion, toothcrown dimensions, and tooth maturity and eruption. Angle Orthod, 2004; 74(2):269-79.
14. Germa A, Marret S, Thiriez G, Rousseau S, Hascoet JM, Paulsson-Bjornsson L et al. Neonatal factors associated with alteration of palatal morphology in very preterm children: The EPIPAGE cohort study. Early Hum Dev, 2012; 88(6):413-20.

15. Rythen M. Preterm infants-odontological aspects. *Swed Dent J Suppl*, 2012; (224):1-106.
16. Douglas CR. Fisiologia geral do sistema estomatognático. In: Douglas CR. *Tratado de fisiologia aplicada às ciências médicas*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 816-27.
17. Okeson JP. *Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão*. 7^a. ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2013, 512 p.
18. Roulet PC, Chedid SJ, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. A odontopediatra no contexto da promoção de saúde e na prevenção das oclusopatias durante o desenvolvimento da dentição decídua. In: Chedid SJ. *Ortopedia e ortodontia para dentição decídua: atendimento integral ao desenvolvimento da oclusão infantil*. São Paulo: Santos, 2013, p.195-242.
19. Usher RH. Clinical implications of perinatal mortality statistics. *Clin Obstet Gynecol*, 1971; 14(3):885-925.
20. Avery ME, McCormick MC. Are we forgetting some of the lessons of the past. *J Perinatol*, 1988; 8(3):187.
21. Lai PY, Seow WK, Tudehope DI, Rogers Y. Enamel hypoplasia and dental caries in very-low birthweight children: a case-controlled, longitudinal study. *Pediatr Dent*, 1997; 19(1):42-9.
22. Melo NSFDO. *Intubação orotraqueal no período neonatal e o desenvolvimento de defeito no esmalte de dentes decíduos em crianças prematuras*. [Tese de Doutorado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2012.
23. Menoli APV, Melo MM, Walter LRF. Complicações dentais associadas ao uso de intubação orotraqueal e laringoscopia. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, 1998; 1(1):9-14.
24. Macey-Dare LV, Moles DR, Evans RD, Nixon F. Long-term effect of neonatal endotracheal intubation on palatal form and symmetry in 8-11-year-old children. *Eur J Orthod*, 1999; 21(6):703-10.
25. Melo NSFDO, Da Silva RPGVC, De Lima AAS. The neonatal intubation causes defects in primary teeth of premature infants. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 2014; 158(4): 605-12. .
26. Hohoff A, Rabe H, Ehmer U, Harms E. Palatal development of preterm and low birthweight infants compared to term infants – What do we know? Part 2: The palate of the preterm/ low birthweight infant. *Head Face Medi*, 2005; 1(1):9.
27. Almeida ER, Narvai PC, Frazão P, Guedes-Pinto AC. Revised criteria for the assessment and interpretation of occlusal deviations in the deciduous dentition: a public health perspective. *Cad Saude Publica*, 2008; 24(4):897-904.
28. Lara AMAE, Silva MFC. *Respiração bucal: revisão de literatura*. *Sotau R virtual odontol*, 2007; 1(4):28-32.
29. Nastri VHT, Bommarito S. Avaliação da respiração nos diferentes tipos faciais em pacientes com má oclusão. *Rev Odonto*, 2007; 15(30):97-106.
30. Santos FM. *Estudo das Maloclusões na Dentição Decídua em Pré-escolares Nascidos Prematuros de Muito Baixo Peso Submetidos a Dispositivos e Procedimentos para*

Assistência Respiratória na UTI Neonatal. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2016.

31. Silva Filho OG, Freitas SF, Cavassan AO. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). Parte I: relação sagital. Rev Odontol Univ São Paulo, 1990; 4:130-7.
32. Frazão P, Narvai PC, Latorre MRDO, Castellanos RA. Prevalência de oclusopatia na dentição decídua e permanente de crianças na cidade de São Paulo, Brasil, 1996. Cad Saúde Pública, 2002; 18:1197-205.
33. Peres KG, Traebert ESA, Marcenes W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. Rev Saúde Pública, 2002; 36:230-6.
34. Moura C, Cavalcanti AL, Gusmão ES, Soares RSC, Moura FTC, Santillo PMH. Negative self-perception of smile associated with malocclusions among Brazilian adolescents. Acessado em 16 de junho de 2012. Disponível em <http://ejo.oxfordjournals.org/content/early/2012/04/23/ejo.cjs022.full.pdf+html>.
35. Sabbatini IF. Avaliação dos componentes anatômicos do sistema estomatognático de crianças com bruxismo, por meio de imagens obtidas por tomografia computadorizada cone beam. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 2012.
36. Nogueira JS. Má Oclusão: causas e consequências uma abordagem comparativa. [Monografia]. Especialização em Saúde Coletiva e da Família. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, 2014.
37. Gimenez CMM, Moraes ABA, Bertoz AP, Bertoz FA, Ambrosano GB. First childhood malocclusion's prevalence and its relation with breast feeding and oral habits. Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial, 2008; 13(2):70-83.
38. Franco KMD, Moura-Ribeiro MVVL. Interferência do nascimento pré-termo na saúde oral infantil. In: Riechi TIJS, Moura-Ribeiro MVL. Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo. Rio de Janeiro: Revinter, 2012, p.209-15.
39. Florence LGA, Bittar RA. Importância do pediatra no acompanhamento clínico do desenvolvimento da oclusão e encaminhamento primário para a promoção de saúde geral bucal. In: Chedid SJ. Ortopedia e ortodontia para dentição decídua: atendimento integral ao desenvolvimento da oclusão infantil. São Paulo: Santos, 2013. p 47-50.
40. Ruiz DR, Chedid SJ. A odontopediatra no contexto da promoção de saúde e na prevenção das oclusopatias durante o desenvolvimento da dentição decídua. In: Chedid SJ. Ortopedia e ortodontia para dentição decídua: atendimento integral ao desenvolvimento da oclusão infantil. São Paulo: Santos, 2013. p.147-60.
41. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. J Pediatr, 2004; 80(5 Supl):S163-S172.
42. Sassa AH, Schmidt KT, Rodrigues BC, Ichisato SMT, Higarashi IH, Marcon SS. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. Rev Bras Enferm, 2014; 67(4):594-600.

43. Lopes AM, Silva GRF, Rocha SS, Avelino FVSD, Soares LS. Amamentação em Prematuros: caracterização do binômio mãe-filho e autoeficácia materna. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2015; 28(1):32-43.
44. Yamamoto RCC, Keske-Soares M, Weinmann ARM. Características da sucção nutritiva na liberação da via oral em recém nascidos pré-termo de diferentes idades gestacionais. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(1):98-105.
45. Silva CS. Avaliação da Coordenação Sucção/Deglutição/Respiração através da Ausculta Cervical Digital em Recém-nascidos Pré-termo e a Termo. [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.
46. Rocha NMN, Martinez FE, Jorge SM. Cup or bottle for preterm infants: effects on oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding. *J Hum Lact*, 2002; 18(2):132-8.
47. Delgado SE, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-Fono Rev Atualiz Científ*, 2005; 17(2):141-52.
48. Borges AC. Terapia Nutricional de recém-nascidos Prematuros em um Hospital Público do Espírito Santo. [Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Nutrição]. Vitória: Centro Universitário Católico de Vitória, 2016.
49. Neiva FCB, Leone CR. Efeitos da estimulação da sucção não nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Rev paul pediatria*, 2007; 25(2):129-34.
50. Silva JT. Hábitos Parafuncionais Infantís e o seu Impacto na Cavidade Oral. [Dissertação]. Portugal – Porto: Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa, 2012.
51. Carvalho SLP. Hábitos de Sucção Não Nutritivos em Pacientes Pediátricos. [Dissertação]. Lisboa: Faculdade de Medicina Dentária – Universidade de Lisboa, 2014.
52. Emmerich A, Fonseca L, Elias AM, Medeiros UV. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringianas e mal-oclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2004;20(3):689-97.
53. Galvão ACUR, Menezes SFL, Nemr K. Relation of deleterious oral habits among children from 4 to 6 year old in public and private schools in the city of Manaus – AM. *Revista CEFAC*, 2006;8(3):328-36.
54. Rocha AD, Moreira MEL. Sucção Não Nutritiva em Recém-nascidos Pré-termos. *Rev Pediatr SOPERJ*, 2005; 6(11):10-5.
55. Neiva FCB, Leone CR. Evolução do ritmo de sucção e influência da estimulação em prematuros. *Pró-Fono - Rev Atualiz Científ*, 2007; 19(3):241-8.
56. McCormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *N Engl J Med*, 1985; 312(2):82-90.
57. Paneth NS. The problem of low birth weight. *Future Child*, 1995; 5(1):19-34.
58. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF, 2011. 203p. (Série A - Normas e Manuais Técnicos, v.1 e 3).

59. Hernandez AM. Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato. São José dos Campos: Pulso, 2003, p. 47-78.
60. Mossey PA. The heritability of malocclusion: part 2. The influence of genetics in malocclusion. *British J orthod*, 1999; 26(3):195-203.
61. Oliveira PO, Weiler RME, Porto LC, Spezzia S. Associação entre Hábitos Parafuncionais e Sinais e Sintomas de Disfunção Temporomandibular em Adolescentes. Anais dos Trabalhos do II Simpósio de Atenção Multidisciplinar à Saúde do Adolescente. Setor de Medicina do Adolescente - Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente - Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, 2015.
62. Harila V, Heikkinen T, Gron M, Alvesalo L. Open bite in prematurely born children. *J Dent Child*, 2007; 74(3):165-70.
63. Paulsson L, Bondemark L. Craniofacial morphology in prematurely born children. *Angle Orthod*, 2009; 79(2):276-83.