RELAÇÃO ENTRE DESMAME PRECOCE, DESENVOLVIMENTO DE HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS E MALOCLUSÕES NA INFÂNCIA

Bruna Caroline Tomé **Barreto**[1*], Katherine Judith de Carvalho Macário Presado **Silver**[1], Ana Maria **Bolognese**[1], Nathalia Silva De **Oliveira**[1], Margareth Maria Gomes De **Souza**[1]

[1]Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Desmame. Ortodontia Preventiva. Sucção de dedo. Hábitos.

RESUMO

Objetivo: o objetivo desta pesquisa foi analisar a associação do tempo de aleitamento materno com a prática de hábitos deletérios e o desenvolvimento de maloclusões na primeira infância. **Materiais e Métodos**: foram aplicados 171 formulários às mães com 18 anos ou mais que acompanharam o processo de amamentação de seu(s) filho(s) de 4 a 10 anos de idade. O questionário foi composto por 22 perguntas, sendo 15 específicas e relacionadas ao aleitamento, hábitos deletérios da criança (uso de chupeta, sucção de dedo e sucção do próprio lábio) e maloclusões específicas (mordida cruzada posterior, mordida cruzada anterior e mordida aberta). **Resultados**: a prevalência da amamentação exclusiva por 6 meses ou mais foi de 52%, enquanto 29,8% das crianças foram amamentadas de 0 a 5 meses e 18,2% nunca foram amamentadas no seio exclusivamente. Quanto a alimentação complementar, grande parcela (37,4%) encontrada evidenciou início após os 6 meses; 57,9% das mães relataram algum tipo de dificuldade para amamentar e 34,5% das crianças fizeram uso de chupeta. Em relação aos hábitos deletérios, 10% desenvolveram sucção de dedo. O relato de desenvolvimento de maloclusões foi de 9,4% das crianças com mordida cruzada posterior; 7,6% mordida cruzada anterior e 18,7% mordida aberta anterior. **Conclusão**: sendo assim, é possível inferir que o tempo preconizado pela Organização Mundial da Saúde para aleitamento materno exclusivo foi fundamental para o não desenvolvimento de hábitos deletérios e maloclusões. Em contrapartida, quanto mais cedo a introdução de alimentos complementares, e a interrupção do aleitamento exclusivo nos seis primeiros meses, maior o risco do desenvolvimento de hábitos e consequentemente maloclusões.

Keywords: Breastfeeding. Weaning. Preventive Orthodontics. Fingersucking. Habits.

ABSTRACT

Objective: the objective of this research was to analyze the association of breastfeeding duration with the practice of deleterious habits and the development of malocclusions in early childhood. **Materials and Methods**: a total of 171 forms were applied to mothers aged 18 years or older who followed the breastfeeding process of their child(ren) between 4 and 10 years of age. The questionnaire consisted of 22 questions, 15 of which were specific and related to breastfeeding, the child's deleterious habits (use of a pacifier, finger sucking and lip sucking) and specific malocclusions (posterior crossbite, anterior crossbite and open bite). **Results**: the prevalence of exclusive breastfeeding for 6 months or more was 52%, while 29.8% of children were breastfed from 0 to 5 months and 18.2% were never exclusively breastfed. As for complementary feeding, a large portion (37.4%) found to start after 6 months; 57.9% of the mothers reported some type of difficulty in breastfeeding and 34.5% of the children used a pacifier. Regarding deleterious habits, 10% developed finger sucking. The report of development of malocclusions was 9.4% of children with posterior crossbite; 7.6% anterior crossbite and 18.7% anterior open bite. **Conclusion**: therefore, it is possible to infer that the time recommended by the World Health Organization for exclusive breastfeeding was fundamental for the non-development of deleterious habits and malocclusions. On the other hand, the earlier the introduction of complementary foods and the interruption of exclusive breastfeeding in the first six months, the greater the risk of developing habits and, consequently, malocclusions.

Submetido: 11 de maio, 2023
Modificado: 12 de julho, 2023
Aceito: 28 de julho, 2023

***Autor para correspondência**:
Bruna Caroline Tomé Barreto
Endereço: R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, 325 - Cidade Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21941-617
Número de telefone: +55 (21) 3938-2017
E-mail: brunabarreto@ortodontia.ufrj.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida e com complementação até os dois anos de idade.[1] Essa complementação é iniciada com a introdução de alimentos semissólidos e sólidos, mas sem que haja a substituição da amamentação natural.[1] Entretanto, no Brasil, a realidade está distante do proposto. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, o aleitamento materno exclusivo apresenta duração média de 1,4 meses e o aleitamento materno complementado, 14 meses.[2]

Nesse contexto, algumas situações podem inviabilizar o AME, sendo evidenciadas falhas no processo de nutrição do recém-nascido e destacadas como possíveis causas: fissuras ou ingurgitamento mamário, pega incorreta, retorno da mulher ao mercado de trabalho, uso de chupetas e bicos artificiais, baixo nível de escolaridade, renda, crenças, mitos e depressão pós-parto que tem baixa incidência nas puérperas, mas altos indícios de interrupção do aleitamento materno exclusivo.[3]

O aleitamento, segundo a UNICEF (Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância), diminui as chances de a mãe desenvolver câncer, além de contribuir para o retorno ao peso pré-gravídico, auxilia no processo de involução uterina e cicatrização, proporcionando assim menor chance de desenvolver hemorragia pós-parto.[4,5] Ao encontro, o AME, para o bebê, auxilia fundamentalmente no fortalecimento do sistema imunológico, no desenvolvimento e crescimento das estruturas do sistema estomatognático, além de fortalecer o laço mãe-bebê.[6]

Acerca do bom desenvolvimento estomatognático é necessário que o bebê tenha sua necessidade de sucção satisfeita. A utilização de mamadeiras para a nutrição de uma criança também contribui para a procura do bebê por satisfação, pois o fluxo do leite advindo da mamadeira não demanda o mesmo esforço para sucção que o seio da mãe, sendo insuficiente para satisfação do recém-nascido.[7] Por isso, há a tendência da procura por outras formas de preencher essa necessidade caso o aleitamento materno não seja suficiente ou seja interrompido, favorecendo o desenvolvimento de hábitos deletérios.[8] Em adição, a criança pode desenvolver hábito de sucção de dedo e/ou chupeta.[9] Desse modo, ratificando a importância do AME, uma das primeiras experiências da criança com a própria satisfação psicológica e com seu prazer emocional está relacionada ao ato de sugar o seio da mãe em busca da saciedade de fome.[10]

Tendo em vista a relevância do tema, é de interesse de mães e profissionais que o conhecimento a respeito do tema alcance maior público. Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar a associação do tempo de aleitamento materno com a prática de hábitos deletérios e o desenvolvimento de maloclusões na infância.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa possui desenho transversal, delineada a partir de amostra composta por questionário aplicado de modo online e presencial. O cálculo amostral foi realizado com base em correlação para duas variáveis em estudo piloto realizado previamente à pesquisa, considerando poder de 80% e nível de significância de 0,05, resultando em um tamanho amostral de 147 participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEPHUCFF) sob parecer 4.641.290. Todas as participantes concordaram e aceitaram participar do estudo, através do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para execução da pesquisa, foi confeccionado um questionário (Quadro 1), aplicado de duas maneiras distintas: remoto e presencial. No modo remoto, foram hospedados na plataforma Google Formulários, cujo link de acesso foi enviado as participantes através de redes sociais (whatsapp, instagram e facebook) e grupos voltados à amamentação existentes no facebook. De modo aleatório, uma pesquisadora responsável publicava o link e pedia a colaboração das mães. Enquanto no modo presencial, a pesquisadora responsável foi ao encontro das participantes para aplicação do questionário. Neste modelo, as mães foram abordadas pela mesma pesquisadora na sala de espera da Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Sendo assim, os dois métodos não acarretaram custos de deslocamento e interferências no cotidiano das participantes. A coleta de questionários foi realizada durante 90 dias.

Os critérios de seleção da amostra incluíram mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com filhos entre 4 e 10 anos, e que participaram do processo de amamentação destes. O critério de seleção da idade das mães foi arbitrário, considerando apenas sua maior idade. No entanto, a escolha da faixa etária das crianças considerou alguns aspectos como: Segundo Graber,[11] determinados hábitos praticados até os 4 anos de idade podem ser considerados normais, pressupondo a imaturidade emocional da criança e os altos índices de autocorreção.[11] Além disso, apesar de sedimentado na literatura que o surto de crescimento puberal não acompanha idade cronológica, há autores[12] que concluíram que o surto de crescimento puberal tem início entre 10 a 11 anos em meninas e 11 a 12 anos em meninos.[12] Portanto,

esse corte de, no máximo, 10 anos foi eleito por considerar que o paciente ainda não iniciou o surto de crescimento não havendo pleno desenvolvimento ósseo e as causas da maloclusão estarem mais relacionadas aos hábitos. Foram excluídos participantes que não respeitaram a idade delimitada e/ou não responderam ao questionário de forma integral. E não houve validação com público-alvo.

Os questionários continham questões de identificação, como nome, idade, etnia, grau de escolaridade, dados sociodemográficos, além do grau de conhecimento das participantes a respeito do aleitamento materno, informações sobre duração e tipo de aleitamento realizado, informações sobre o desenvolvimento de hábitos bucais deletérios pela criança e informações sobre alterações no crescimento e desenvolvimento da face e possíveis maloclusões. Com intuito de orientação das participantes quanto a identificação de possíveis maloclusões, o questionário apresentava imagens evidenciando tais situações (Quadro 1). Ademais, a pesquisadora responsável pela aplicação dos questionários (N.S.O.) cuidou em explicar às mães os conceitos de amamentação exclusiva e complementar e se disponibilizou ao esclarecimento de qualquer possível dúvida.

Para a validação do questionário foi utilizada a conhecida técnica Delphi[13] baseada na análise feita por juízes especialistas acerca do assunto do questionário, visando alterações positivas do mesmo.[14]

Os juízes foram selecionados utilizando os critérios de inclusão: graduação em Odontologia com pós-graduação em Ortodontia, Odontopediatria ou ambas. A não realização do aceite eletrônico do formulário de validação e a não devolução de resposta ao envio da carta convite dentro do limite de prazo estabelecido foram definidos como critérios de exclusão. Uma carta convite foi enviada aos juízes selecionados, através de e-mail, com o objetivo de expor os objetivos da pesquisa bem como os critérios utilizados na escolha dos juízes. Foi concedido o prazo de sete (07) dias corridos para que os e-mails fossem respondidos, com resposta positiva (aceite) ou negativa (declínio).

Após o recebimento do aceite, novo e-mail foi enviado com link contendo os seguintes itens: Caracterização dos juízes, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Questionário e Formulário de avaliação do questionário. Foi estabelecido prazo de 21 dias para o preenchimento do formulário. Após o recebimento das respostas de todos os juízes, ficou atribuído aos pesquisadores a realização da coleta dos dados e a avaliação dos mesmos por meio de tabulação. O consenso e a carência de repetição também foram avaliados.

Os requisitos analisados pelos juízes foram: aparência geral e estruturação dos itens; facilidade de entendimento com redação clara, simples e inequívoca; viabilidade e se os itens contemplados são úteis, não se confundem, não se repetem, permitem resposta objetiva e atendem aos objetivos propostos.

Para pontuação, foi utilizada a escala: 1 – não pode ser avaliado, 2 – ruim, 3 – bom, 4 – ótimo. A pertinência dos itens também foi julgada através de marcação de "X" em opções "SIM" ou "NÃO". Além disso, espaço para comentários foi disponibilizado. Após validação do questionário e aplicação dos mesmos às participantes, estes foram tabulados pelo mesmo operador responsável (N. S. O.) e supervisionado por ortodontistas experientes (B.C.T.B, K.J.C.M.P.S e M.M.G.S.).

A análise estatística foi realizada por meio do programa Jamovi (versão 2.3).[15] O nível de significância de 95% foi adotado. Após montagem do banco de dados, foi realizada análise descritiva dos dados, caracterizando todas as variáveis do estudo e aplicado o teste de correlação de Spearman.

***Quadro 1**: Questionário sobre questões de amamentação e hábitos deletérios, aplicado de forma online e presencial*

Questões	Opções de respostas
1 - Declaro que obtive esclarecimento e entendi o(s) objetivo(s) da pesquisa "Análise da relação entre desmame precoce e o desenvolvimento de hábitos bucais deletérios na infância.". Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.	( ) Concordo em participar. ( ) Não concordo em participar.
2 - Etnia	( ) Amarelo ( ) Branco( ) Indígena( ) Preto( ) Pardo ( ) Prefiro não declarar
3 - Qual seu grau de escolaridade?	( ) Ensino fundamental incompleto( ) Ensino fundamental completo( ) Ensino médio incompleto( ) Ensino médio completo( ) Ensino superior incompleto( ) Ensino superior completo

Questões	Opções de respostas
4 - Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?	( ) Até 1 salário mínimo (até R$ 1,100).( ) De 1 à 3 salários mínimos (de R$1,101 até R$3,300).( ) De 3 à 6 salários mínimos (de R$3,301 até R$6,600).( ) De 6 à 9 salários mínimos (de R$6,601 até R$9,900).( ) Acima de 9 salários (acima de R$9,901).
5 - Em qual região do Brasil você mora?	( ) Norte( ) Nordeste( ) Centro-oeste( ) Sudeste( ) Sul( ) Não moro no Brasil
6 - Quantos filhos você tem?	( ) 1( ) 2( ) 3( ) 4
7 - Qual a data de nascimento do seu filho?	_____ (dia/mês/ano)
8 - Você recebeu algum tipo de orientação sobre aleitamento materno exclusivo (amamentação natural no peito)?	( ) Sim.( ) Não.
9 - Onde você recebeu essas informações? (Pergunta visualizada somente pela participante que responder SIM à questão de número 8).	( ) SUS( ) Clínica privada( ) Curso de amamentação ( ) Mídias sociais( ) Sites de busca( ) Outros
10 - As informações incluíam os benefícios do aleitamento materno à saúde bucal do seu filho? (Pergunta visualizada somente pela participante que responder SIM à pergunta de número 9).	( ) Sim( ) Não
11 - As informações incluíam os problemas que a ausência do aleitamento materno poderiam causar à saúde bucal do seu filho?	( ) Sim( ) Não
12 - Você teve alguma dificuldade para amamentar seu filho?	( ) Sim( ) Não

Questões	Opções de respostas
13 - Caso a resposta acima tenha sido positiva, quais foram essas dificuldades?DICA: Você pode marcar mais de uma opção.	( ) Dor/fissura( ) Mastite( ) Pouco leite( ) Bico invertido( ) Dificuldade do bebê em pegar o bico do peito.( ) Empedramento do leite (mama empedrada)( ) Depressão pós-parto ou outro distúrbio psicológico( ) COVID-19
14- Você sabia que a ausência do aleitamento materno e o uso de amamentação artificial (mamadeira) podem trazer consequências ao desenvolvimento dos dentes e dos ossos da face do seu filho?	( ) Sim( ) Não
15 - Você amamentou seu filho exclusivamente no peito por algum período?	( ) Não.( ) Sim, de 0 à 5 meses.( ) Sim, por 6 meses ou mais.
16 - Você iniciou alguma forma complementar de nutrição (através de mamadeira, colher, copo de transição/ treinamento) ao mesmo tempo que a amamentação natural?	( ) Não.( ) Sim, de 0 à 5 meses.( ) Sim, do 6° mês em diante.
17 - Seu filho desenvolveu algum dos hábitos listados abaixo?DICA: Você pode marcar mais de uma opção.	( ) Sucção do próprio lábio( ) Sucção do polegar e/ou outros dedos.( ) Chupeta( ) Não desenvolveu nenhum hábito.
18 - Caso tenha desenvolvido algum(ns) hábito(s) listado(s) na questão acima, em qual idade começou e em qual idade interrompeu esse(s) hábito(s)?	_____ (DICA: dos 2 aos 4 anos)
19 - Seu filho apresenta ou apresentou semelhança com a alteração marcada abaixo pelo quadrado preto? 1 - Mordida cruzada posterior (os dentes debaixo estão por fora dos dentes de cima, como evidenciado no quadrado preto).  Foto do acervo da Disciplina de Ortodontia da FOUFRJ	( ) Sim, apresenta atualmente.( ) Sim, apresentou no passado.( ) Não apresentou.( ) Não consegui identificar.

20 - Seu filho apresenta ou apresentou semelhança com a alteração marcada abaixo pelo quadrado preto?
2 - Mordida cruzada anterior (os dentes debaixo estão por fora dos dentes de cima, como evidenciado no quadrado preto).



( ) Sim, apresenta atualmente.( ) Sim, apresentou no passado.( ) Não apresentou.( ) Não consegui identificar.

21 - Seu filho apresenta ou apresentou semelhança com a alteração marcada abaixo pelo quadrado preto?
3 - Mordida aberta



( ) Sim, apresenta atualmente.( ) Sim, apresentou no passado.( ) Não apresentou.( ) Não consegui identificar.

RESULTADOS

Após leitura e aceite do TCLE, 7 juízes com formação em Odontologia e pós-graduação em Odontopediatria e/ou Ortodontia avaliaram e validaram o questionário para que esse pudesse ser aplicado à pesquisa. Para a validação do questionário foi utilizada a técnica Delphi[13], baseada na análise feita por juízes especialistas acerca do assunto do questionário, visando alterações positivas do mesmo. Anonimamente, opinaram interativamente, gerando feedback para o pesquisador reavaliar as questões. Além disso, deveria haver concordância de 70%, no mínimo, para que o instrumento tivesse validade.[16] Os requisitos analisados foram: aparência geral e estruturação dos itens; facilidade de entendimento com redação clara, simples e inequívoca; viabilidade e se os itens contemplados eram úteis, não se confundiam, não se repetiam, permitiam resposta objetiva e atendiam aos objetivos propostos.

Posteriormente a análise dos questionários coletados, foram obtidos 175 respondentes. Porém, após aplicados os critérios de seleção, restaram 171 formulários. Dos questionários desconsiderados, 3 foram excluídos pelo não preenchimento integral do formulário e 1 foi excluído por não respeitar o critério de idade dos filhos descrito na seleção.

Sobre a caracterização das mães, 43,3% cursaram o Ensino Superior completo, 42,1% possuíam renda entre 1 e 3 salários mínimos. E 88,9% das participantes moram na região sudeste do Brasil. Além disso, 78,4% das participantes obtiveram acesso a informações a respeito do aleitamento materno, sendo o SUS (61,2%) o principal veículo (Tabela 1).

Apesar das respondentes serem mães com idade igual ou superior a 18 anos, o questionário baseou-se em dados dos seus filhos, portanto a amostra avaliada apresentou média de idade de 6,3 anos (± 1,8).

Os questionários obtidos ainda apresentaram que 52% das crianças foram amamentadas exclusivamente no seio até os 6 meses de idade, 29,8% com amamentação exclusiva de 0 a 5 meses de vida, e 18,2% nunca foram amamentadas exclusivamente. Ainda, 57,9% das mães participantes encontraram dificuldade para amamentar e as principais causas foram: dor e fissuras nos seios (n=33), dificuldade do bebê em pegar o bico do seio (n=24) e empedramento do leite (n=17).

Quanto aos hábitos bucais deletérios, 34,5% dos filhos fizeram uso de chupeta e 10% praticaram a sucção de dedo, isoladamente. Enquanto, 3% praticavam os dois hábitos em

conjunto. Ainda, não houve relato do hábito de sucção do próprio lábio. Quanto às maloclusões abordadas, a percepção das mães de que os filhos não as apresentaram foi a mais comum, porém 18,7% das mães relataram ter supostamente percebido mordida aberta em algum momento da vida da criança (Tabela 1).

A correlação entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e a presença de hábitos deletérios mostrou relação inversamente proporcional (rho= -0,355; p<0,001), de forma que quanto maior o tempo de aleitamento materno exclusivo, menor a presença de hábitos deletérios. Tal resultado foi apresentado nas três maloclusões questionadas: mordida cruzada posterior (rho= -0,174; p=0,023), mordida cruzada anterior (rho= -0,078; p=0,311) e mordida aberta (rho= -0,200; p=0,009) (Tabela 2).

De forma semelhante, a correlação do tempo de alimentação complementar com a presença dos hábitos deletérios mostrou uma relação diretamente proporcional (p<0,174), apesar de não evidenciar significância estatística, sugere que quanto maior o tempo de alimentação complementada, maior a presença de hábitos deletérios e por consequência o aumento do risco de a criança desenvolver algum tipo de maloclusão, apresentando uma relação diretamente proporcional entre a amamentação complementar e as mordidas cruzadas: posterior (rho= 0,042; p=0,586) e anterior (rho= -0,006; p=0,937). Além disso, há uma relação significativa entre os hábitos e as maloclusões de mordida cruzada anterior (p<0,001) e mordida aberta (p<0,001) (Tabela 3).

No que diz respeito à renda das participantes, a maior parcela declarou ter renda mensal de 1 a 3 salários mínimos (n=72) seguida das respondentes que relataram renda superior a 9 salários mínimos (n=37). Quanto a associação entre a renda familiar e o acesso à informação, obteve-se uma relação inversamente proporcional (p=0,470) (Tabela 4), o que propõe que quanto menor a renda, maior o acesso à informação.

Acerca do grau de escolaridade das participantes, a maior fatia (n=74) das participantes afirmou ter ensino superior completo. Quanto a associação entre a grau de escolaridade e percepção quanto ao surgimento de maloclusões, obteve-se uma relação inversamente proporcional (p=0,228) (Tabela 5), o que propõe que quanto maior o grau de escolaridade, menor a percepção.

***Tabela 1**: Caracterização da amostra.*

		Valor absoluto (n)	Percentual (%)
ESCOLARIDADE	Ensino Fundamental Completo	3	1,8%
	Ensino Médio Incompleto	10	5,8%
	Ensino Médio Completo	53	31%
	Ensino Superior Incompleto	31	18,1%
	Ensino Superior Completo	74	43,3%
RENDA	Até 1 salário mínimo	16	9,4%
	De 1 a 3 salários mínimo	72	42,1%
	De 3 a 6 salários mínimo	26	15,2%
	De 6 a 9 salários mínimo	20	11,7%
	Acima de 9 salários mínimo	37	21,6%
REGIÃO DO PAÍS ONDE MORA	Norte	5	2,9%
	Nordeste	8	4,7%
	Centro-Oeste	5	2,9%
	Sudeste	152	88,9%
	Sul	1	0,6%
ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE AME	Sim	134	78,4%
	Não	37	21,6%
VIA DE ACESSO À INF	SUS	82	61,2%
	Clínica Privada	52	38,8%

***Tabela 1**: Caracterização da amostra.*

		Valor absoluto (n)	Percentual (%)
TEMPO AME	6 meses ou mais	89	52%
	De 0 a 5 meses	51	29,8%
	Nunca amamentou	31	18,2%
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	Não introduziu	56	32,7%
	Antes dos 6 meses	51	29,8%
	Com 6 meses	64	37,4%
DIFICULDADE PARA AMAMMENTAR	Sim	99	57,9%
	Não	72	42,1%
HÁBITOS	Sim	81	47,4%
	Não	90	52,6%
TIPO DE HÁBITO	Uso de chupeta	59	34,5%
	Sucção de dedo	17	10%
	Ambos	5	3%
MALOCLUSÕES	Apresenta(ou) Mordida Cruzada Posterior	16	9,4%
	Apresenta(ou) Mordida Cruzada Anterior	13	7,6%
	Apresenta(ou) Mordida Aberta	32	18,7%

***Tabela 2**: Correlação entre tempo de amamentação exclusivo, hábitos e maloclusões.*

	AME	HÁBITOS	MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	MORDIDA ABERTA
AME	-				
HÁBITOS	-0,355 (p<0,001)	-			
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	-0,174 (p=0,023)	0,178 (p=0,020)	-		
MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	-0,078 (p=0,311)	0,258 (p<0,001)	0,211 (p=0,006)	-	
MORDIDA ABERTA	-0,200 (p=0,009)	0,446 (p<0,001)	0,155 (p=0,043)	0,258 (p<0,001)	-

***Tabela 3**: Correlação entre tempo de alimentação complementar, hábitos e maloclusões.*

	ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	HÁBITOS	MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	MORDIDA ABERTA
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	-				
HÁBITOS	0,104(p<0,174)	-			
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	0,042(p=0,586)	0,178 (p=0,020)	-		
MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	0,006(p=0,937)	0,258 (p<0,001)	0,211 (p=0,006)	-	
MORDIDA ABERTA	-0,092 (p=0,230)	0,446 (p<0,001)	0,155 (p=0,043)	0,258 (p<0,001)	-

***Tabela 4**: Correlação entre a renda familiar e o acesso à informação.*

	INFORMAÇÃO	RENDA
INFORMAÇÃO	-	
RENDA	-0,056 (p=0,470)	-

***Tabela 5**: Correlação entre o grau de escolaridade das mães e sua percepção quanto às maloclusões.*

	INFORMAÇÃO	RENDA
ESCOLARIDADE	-	
PERCEPÇÃO	-0,093 (p=0,228)	-

DISCUSSÃO

Esta pesquisa pontuou que 52% das mães amamentaram seus filhos exclusivamente de modo natural por 6 meses ou mais. Esse percentual está acima do revelado no Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil de 2019, que indica que há uma taxa percentual de 45,8% de aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de um bebê.[17] Entretanto, uma taxa percentual de 48% de crianças desmamadas precocemente ainda é considerada alta (considerando as crianças que nunca amamentaram no seio materno e as que desmamaram antes dos 6 meses de vida). Outros estudos em que 63,97% das crianças não foram amamentadas por no mínimo seis meses[7] ou que foram amamentadas apenas por 24 dias[18] também obtiveram um alto índice de amamentação exclusiva fora do recomendado. Em comparação com o desenvolvimento de hábitos deletérios e o surgimento de maloclusões, o tempo de aleitamento materno apresentou relação inversamente proporcional. Neiva *et al.*[19] revisaram, em seu estudo, a interferência do desmame precoce no desenvolvimento do sistema estomatognático corroborando com o presente estudo.[19]

Após os 6 meses de vida, é necessário que haja a introdução de alimentos que complementam a dieta do bebê, como frutas e sopas, para que haja satisfação nutricional.[20] Em relação ao tempo de alimentação complementar, 37,4% das mães relataram, nesta pesquisa, ter iniciado a alimentação após os 6 meses de vida do bebê e 29,8% relataram ter feito isso anteriormente aos 6 meses. Um resultado positivo, se comparado com a literatura que afirma ser prejudicial a introdução de alimentos antes dos 6 meses de vida,[21] e em consonância com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

Neste estudo, das 51 participantes que não amamentaram seus filhos exclusivamente até os 6 meses de vida, 30 mulheres evidenciaram algum problema na amamentação. As causas que influenciam na dificuldade do aleitamento da mãe para com o bebê descritas nesse estudo são corroboradas por Viduedo *et al.*[22] Problemas mamários são frequentemente relatados durante a lactação e se mostram interferentes na duração e forma do aleitamento materno, podendo levar ao desmame precoce.[23]

Os hábitos bucais deletérios foram evidenciados em 47,4% da amostra, sendo a chupeta o mais frequente. Sobre as crianças que apresentaram hábitos viciosos, 67,9% não foram amamentadas exclusivamente até os seis meses. O coeficiente de correlação entre essas duas variáveis foi negativo evidenciando uma relação inversamente proporcional, o que responde uma das hipóteses do estudo de que o desmame precoce influencia no desenvolvimento de hábitos bucais deletérios e está em consonância com a literatura.[24]

A influência dos hábitos deletérios bucais nas maloclusões na infância vem sendo estudadas com frequência.[25-27] Quanto às mães que relataram o uso de chupeta, isoladamente, na infância pelos filhos, 37,2% perceberam que os filhos desenvolveram mordida aberta, 18,6% apontaram a mordida cruzada posterior e 11,9% a mordida cruzada anterior. Quanto ao hábito de sucção de dedo isolado, as mães relataram que 23,5% de seus filhos desenvolveram mordida aberta, 11,6% apresentaram mordida cruzada posterior e 11,6% mordida cruzada anterior.

Além disso, correlacionando o desenvolvimento de hábitos deletérios com maloclusões, foi obtida relação diretamente proporcional, reiterando a interferência dos hábitos no desenvolvimento correto da oclusão discutida nessa seção.

De acordo com os achados desta pesquisa, as mães participantes relataram condições socioeconômicas relativamente baixas, com 51,4% recebendo até 3 salários mínimos. Correlacionando a renda com o acesso à informação das participantes, foi obtida uma relação de que quanto menor a renda maior o acesso à informação, o que foi considerado inusitado para os pesquisadores. Uma possível explicação para esse achado é o fato do SUS ter sido o meio de propagação de informação mais comum entre as participantes de baixa renda, facilitando o acesso das mesmas ao conhecimento, principalmente após o empenho das autoridades públicas em adotar ações a favor

do aleitamento materno,[28] de modo que isso ocasione a diminuição da mortalidade infantil.[29]

Outra descoberta da pesquisa foi a respeito das mães com mais alto grau de escolaridade mostrarem menor percepção quanto ao surgimento de maloclusões. Esse fato remete a duas possibilidades: a primeira de que participantes com maior grau de conhecimento saberiam diferenciar melhor presença e ausência de maloclusões e a segunda que mães com mais acesso à informação poderiam já ter atuado de forma preventiva impedindo o surgimento das maloclusões.

O estudo apresenta algumas limitações. Por grande parcela das voluntárias do estudo terem tido participação no modo a distância, não houve controle do acesso. Além disso, há a possibilidade da incorporação de viés de auto relato nas respostas. Outro possível viés seria o de informação representado pelo viés de memória das participantes. Ainda assim, os resultados obtidos nessa pesquisa estavam em consonância com o esperado e serão de fato contribuintes para a literatura. Ainda, apesar das voluntárias terem acesso aos pesquisadores e estarem cientes que era possível sanar qualquer dúvida acerca do questionário, não é possível mensurar se as mesmas tentaram solucionar possíveis dúvidas. Sendo esse fato, sem dúvida, uma limitação do estudo. Ademais, novos estudos com seleção aleatória da amostra e maior número de voluntários são indicados para que haja maior representatividade.

CONCLUSÃO

Considerando o período de amamentação dos primeiros 6 meses de vida da criança, foi possível inferir a correlação que quanto menor o tempo de amamentação exclusivo, maior o desenvolvimento de prática de hábitos deletérios e o surgimento de maloclusões na infância ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

1. WHO: World Health Organization [Internet]. Infant and young child feeding. Switzerland: WHO; 2018 [cited 2020 May 29]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 300p.
3. de Araújo SC, de Souza ADA., Bomfim ANA, dos Santos JB. (2021). Fatores intervenientes do desmame precoce durante o aleitamento materno exclusivo. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 13(4), e6882-e6882. doi: 10.25248/reas.e6882.2021.
4. UNICEF Brasil. Porque as políticas em prol das famílias são fundamentais para aumentar as taxas de amamentação em todo o mundo. 2019. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/por-que-politicas-em-prol-das-fam%C3%ADlias-sao-fundamentais-para-aumentar-taxas-de-amamentacao.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 2 ed., n. 23. Brasília: MS, 2015
6. Martins MZO, Santana LS. Benefícios do aleitamento para saúde materna. Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente, 2013;1(3):87-97.
7. de Sousa FRN, Taveira GS, de Almeida RVD, Padilha WWN. (2004). O aleitamento materno e sua relação com hábitos deletérios e maloclusão dentária. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2004;4(3):211-6.
8. Serra-Negra JMC, Pordeus IA, Rocha Jr JF. (1997). Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. Rev Odontol Univ São Paulo. 11:79-86. doi: 10.1590/S0103-06631997000200003.
9. Andrade MA, Moura ABR, Medeiros FLS, Matos NO, Goes VN, Gomes LL et al (2020). Relationship between oclusions and parafunctional habits in early childhood. Res Soc Dev. 9(7):1-12.e484974260. doi: 10.33448/rsd-v9i7.4260.
10. Freud. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
11. Graber TM, Neumann BO. Aparelhos ortodônticos removíveis. 2ª ed. São Paulo: Medicina Panamericana Editora do Brasil. Ltda, c. 8, 691p, 1997.
12. Tibério S, Vigorito JW. O surto da maturação esquelética de crianças brasileiras leucodermas de 8 a 15 anos, em referência à ossificação dos ossos psiforme, ganchoso e falanges média e proximal dos dedos 2 e 3. Ortodontia. 1989. 22(2):4-19.
13. Reguant Álvarez M, Torrado-Fonseca M. O método Delphi. REIRE, 2016:9(1):87-102. doi: 10.1344/reire2016.9.1916.
14. Almeida AM, Pergher K, Canto A, Francisco D. Validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos para classificação das intervenções de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2010;18(1):1-8.
15. The jamovi project (2022). Jamovi. (version 2.3) [Computer software]. Retrieved from: http://www.jamovi.org.
16. De Abreu-Almeida M, Pergher A, Do Canto D. Validation of mapping of care actions prescribed for orthopedic patients onto the nursing interventions classification. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(1):116-23.
17. Silva AAMD. Aspectos metodológicos do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019). Cad Saúde Pública 2021; 37(8):e00172121. doi: 10.1590/0102-311X00172121.
18. Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. Rev Bras Saúde Materno Infant 2006;6(1):99-105. doi: 10.1590/S1519-38292006000100012.
19. Neiva FC, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. Jornal de pediatria. 2003;79:7-12. doi: 10.1590/S0021-75572003000100004.
20. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund Larsen K., Veierød MB, Bjørneboe GEA. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. Acta pædiatr. 2003;92(2):152-61. doi: 10.1111/j.1651-2227.2003.tb00519.x.
21. Kramer MS, Kakuma R. World Health Organization: The optimal duration of breastfeeding a systematic review. Geneva:

WHO, 2002. doi: 10.1007/978-1-4757-4242-8_7.
22. Viduedo AFS, Leite JRC, Monteiro JCS; Reis MCG; Gomes-Sponholz FA. Severe lactational mastitis: particularities from admission. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):806-11. doi: 10.1590/0034-7167.2015680617i.
23. Benedett A, Silva IA, Ferraz L, De Oliveira P, Fragoso E; Ourique J. A dor e desconforto na prática do aleitamento materno. Cogitare Enfermagem. 2014;19(1):136-40.
24. Magalhães MOS e Jorge MSB. Hábitos orais deletérios e implicações no desenvolvimento de crianças de 0-6 anos: uma revisão de escopo. RECIMA21, 2023;4(2):e422712. doi: 10.47820/recima21.v4i2.2712.
25. Miotto MHM, Lima SMS, Barcellos LA, de Souza Campos DMK, de Almeida ER. (2016). Early weaning as a risk factor for deleterious oral habits in 3-5 year-old children. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 16(1). doi: 10.4034/pboci.2016.161.41.
26. Carvalho AA, Almeida TF, Cangussu MCT. Prevalência de mordida aberta e fatores associados em pré-escolares de Salvador-BA em 2019. Rev Odontol UNESP. 2020;49:e20200068. doi: 10.1590/1807-2577.06820.
27. De Carvalho FM, Valadas LAR, Nogueira JAS, Lobo PLD, Pimentel FLDS, da Silva Sacchetto MSL, De Aquino PB. (2022). Breastfeeding, Oral Habits and Malocclusions in the Childhood: A Literature Review. J Young Pharm. 2022;14(1):25. doi: 10.5530/jyp.2022.14.5.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
29. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics. 2006;117(3):e380-e386. doi: 10.1542/peds.2005-1496.