

Livia Pessamílio Soares¹
Isabel Cristina Gonçalves Leite²

¹Hospital Universitário, Universidade Federal de Juiz de Fora, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Juiz de Fora, MG, Brasil.

²Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

✉ **Livia Soares**
R. Judith de Paula, 215/404, Aeroporto,
Juiz de Fora, Minas Gerais
CEP: 36038-360
✉ pessamiliolivia@gmail.com

Submetido: 06/03/2024
Aceito: 05/09/2024

RESUMO

Introdução: O aleitamento materno (AM) possui inúmeros benefícios para a saúde materno-infantil e é um dos principais fatores de risco na infância se praticado abaixo do tempo ideal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda AM exclusivo por seis meses e complementado até dois anos ou mais. **Objetivos:** Identificar a prevalência de AM exclusivo no território de uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS), conhecer os fatores associados à essa prática e avaliar o conhecimento das mães sobre esse assunto em relação à saúde bucal. **Material e Métodos:** Foi realizado estudo transversal com aplicação de questionário para uma amostra de 95 mães. Para avaliar os dados, foi realizada análise descritiva e as associações foram analisadas por meio do teste de qui-quadrado, as variáveis quantitativas pelos testes t ou ANOVA e para as categóricas foram estimadas *odds ratio*. **Resultados:** A prevalência de AM exclusivo até 6 meses na população estudada foi de 63,2%. Crianças que utilizavam chupeta apresentaram 62% (OR 0,38; IC95% 0,156-0,899) menos a frequência de AM exclusivo. As mães que não realizaram pré-natal (PN) na unidade básica de saúde (UBS) possuíam mais consciência da importância das consultas odontológicas durante a gestação ($p=0,029$) e também receberam mais informações sobre o prejuízo do uso da mamadeira ($p=0,026$) e chupeta ($p=0,047$). As maiores pontuações de conhecimento estiveram associadas à idade da mãe ($p=0,010$), empregabilidade ($p=0,002$) e à realização de consulta odontológica de orientações às crianças ($p=0,042$). Por fim, a prevalência de AM exclusivo encontrada se aproxima da média brasileira e estima-se que o uso de bicos artificiais possa prejudicar o AM. **Conclusão:** É necessário aprimorar o desempenho da APS em relação ao AM visando alcançar as mães dependentes deste serviço, por meio da modificação de estratégias de promoção e apoio ao AM, fortalecimento do trabalho multiprofissional e estímulo à realização de consultas odontológicas na gestação.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding (BF) has numerous benefits for maternal and child health and is one of the main risk factors in childhood if practiced below the ideal time. The World Health Organization (WHO) recommends exclusive BF for six months and complemented up to two years or more. **Objectives:** To identify the prevalence of exclusive BF in the territory of a Primary Health Care Unit (PHCU), to understand the factors associated with this practice, and to assess mothers' knowledge about this topic regarding oral health. **Material and Methods:** A cross-sectional study was conducted with the application of a questionnaire to a sample of 95 mothers. Descriptive analysis was performed to evaluate the data, and associations were analyzed using the Chi-square test, quantitative variables by t-tests or ANOVA, and categorical variables by estimating Odds Ratio. **Results:** The prevalence of exclusive BF up to 6 months in the studied population was 63.2%. Children who used pacifiers had 62% (OR 0.38; 95% CI 0.156-0.899) less frequency of exclusive BF. Mothers who did not attend prenatal care (PNC) at the PHCU were more aware of the importance of dental check-ups during pregnancy ($p=0.029$) and also received more information about the harm of bottle feeding ($p=0.026$) and pacifier use ($p=0.047$). Higher knowledge scores were associated with mother's age ($p=0.010$), employment status ($p=0.002$), and the performance of dental consultations for children's guidance ($p=0.042$). Finally, the prevalence of exclusive BF found approaches the Brazilian average, and it is estimated that the use of artificial nipples may harm BF. **Conclusion:** It is necessary to improve the performance of PHCU regarding BF to reach mothers dependent on this service, through the modification of BF promotion and support strategies, strengthening of multiprofessional work, and encouragement of dental check-ups during pregnancy.

Keywords: Breast Feeding; Oral Health; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Os hábitos alimentares de bebês e crianças têm um impacto direto no seu estado nutricional, influenciando significativamente a sobrevivência infantil.¹ O aleitamento materno (AM) é uma prática que contribui para a redução das desigualdades de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento sem a necessidade de uma ampla infraestrutura do sistema.^{2,3} Considerando seus inúmeros benefícios, a ampliação do AM para um nível quase universal poderia evitar 823.000 mortes anuais em crianças menores de 5 anos e 20.000 mortes anuais por câncer de mama.⁴ Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam AM exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais.^{1,5}

A única consequência prejudicial estudada é o aumento da cárie dentária em crianças amamentadas por mais de 12 meses.^{4,6} No entanto, essa associação ainda é controversa na literatura, pois alguns estudos não apontam relação estatisticamente significativa entre o AM e a cárie precoce na infância e outros sugerem que o aumento do risco de cárie pode ocorrer devido a fatores de confusão não medidos, incluindo açúcares na dieta e más práticas de higiene bucal.^{7,8} Além disso, estudos atuais indicam que o leite materno, se comparado ao uso de fórmula, possui um efeito protetor maior contra a cárie dentária. Portanto, tendo em vista seus inúmeros benefícios, o AM de duração prolongada não deve ser desencorajado.^{4,6,9}

Ainda em relação à saúde bucal, o AM por 12 meses ou mais foi associado a maior frequência de respiração nasal normal e menores chances de desenvolvimento de má oclusão classe II, mordida aberta e mordida cruzada posterior.¹⁰⁻¹² As más oclusões são mais prevalentes em crianças que não são amamentadas e o AM prolongado, ou seja, aquele que continua por tempo superior aos dois anos de vida da criança, é capaz de reduzir em 60% as chances de crianças desenvolverem más oclusões em comparação com aquelas que foram amamentadas por períodos mais curtos.¹³ Em contrapartida, o uso de dispositivos para sucção, como a chupeta e a mamadeira, pode reduzir a frequência do AM, interferir na demanda da mama e possivelmente alterar a dinâmica oral do bebê, podendo ter como consequência a interrupção do AM exclusivo e maior risco de má oclusão.¹⁴⁻¹⁷

Dados os benefícios inquestionáveis para a saúde, os profissionais de saúde bucal devem fazer parte do apoio às diretrizes da OMS que incentivam e promovem o AM.^{10,18} Um estudo demonstrou uma associação entre as orientações recebidas na unidade básica de saúde (UBS), como por exemplo, a importância do AM exclusivo por 6 meses, pega e posição do bebê no peito, livre demanda e o não uso de mamadeira com a prática de AM exclusivo.¹⁹ Desse modo, a rede de

Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de práticas de promoção da saúde, deve prestar orientações às gestantes e mães sobre os benefícios e o manejo do AM.^{19,20}

É importante incentivar o cuidado em equipe por meio de consultas compartilhadas, a fim de fornecer cuidados preventivos contínuos de saúde para mães e seus bebês.²¹ Deve-se levar em conta também o contexto em que a família está inserida, observando os fatores sociais e econômicos envolvidos na duração do AM e considerando padrões e atitudes das nutrizes, além da organização e o acesso aos serviços de saúde primários e o nível de ação e políticas de promoção, proteção e apoio ao AM.¹⁵

Os estudos epidemiológicos e de determinantes em saúde sobre esta prática são de vital importância para a saúde pública,¹⁵ visto que o AM abaixo do tempo ideal é um dos principais fatores de risco na infância em todos os países em desenvolvimento.³

Sendo assim, os objetivos deste estudo foram identificar a prevalência de AM exclusivo no território de abrangência de uma Unidade de APS, conhecer os fatores associados à prática de AM no local, bem como avaliar o conhecimento das mães sobre esse assunto em relação à saúde bucal.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal. A amostra, selecionada por conveniência, foi composta por mães de crianças de 6 meses até 4 anos e 11 meses que possuíam a UBS Santa Cecília como referência em APS.

A UBS em questão, localizada na cidade de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais, possui como modelo assistencial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo composta por três equipes mínimas divididas em áreas que abrangem três bairros e uma quarta equipe mínima de caráter complementar. A Unidade conta com quadro reduzido de agentes comunitários de saúde (ACS), sendo apenas 9 no total. Além disso, a UBS conta com uma equipe de residentes em Saúde da Família (Enfermagem, Serviço Social e Odontologia), assistência farmacêutica e serviço social. A Unidade não é contemplada por Equipe de Saúde Bucal, sendo composta apenas por dois cirurgiões-dentistas com baixa carga horária, totalizando 12,5h semanais cada um.

O território estudado é caracterizado por sua heterogeneidade em diversos sentidos. Um dos bairros possui ruas planas e intensa atividade comercial, o que faz com que as residências sejam comumente prediais, diferentemente do outro bairro que possui mais presença de casas. Ambos possuem moradores de classe média alta, em sua maioria, na qual aproximadamente 70% dispõe de planos privados de saúde. Em contrapartida, o terceiro bairro é composto predominantemente por população de classe baixa, apresentando muitas ruas

em aclives e habitações em encostas. Além disso, possui mais nichos de situações de vulnerabilidade social. Estima-se que o território total de abrangência é composto por aproximadamente 12 mil habitantes.

A coleta de dados foi realizada de maneira presencial no período de março a novembro do ano de 2023 na UBS e nas unidades escolares do território adscrito. As participantes foram abordadas durante sua presença na Unidade e em eventos habituais das instituições escolares, quando a pesquisadora apresentou os objetivos do trabalho, convidou-as a participar e, aquelas que concordaram, tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que fosse lido e assinado. Em seguida, a coleta de dados foi realizada em um local reservado cedido pelas instituições.

As mães foram sequencialmente convidadas até alcançar a amostra mínima de 95 crianças, calculada com base nas informações constantes no Sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS AB) que indicava 123 crianças na faixa etária selecionada cadastradas na UBS. Caso alguma participante possuísse mais de um filho na faixa etária incluída na amostra, adotou-se como padrão apenas um questionário e que este seria relacionado à criança com maior idade. Na estimativa amostral, foi usada a prevalência de conhecimento de 50% e erro amostral de 5%.

O instrumento utilizado foi um questionário estruturado baseado em estudos prévios.^{19,22} O questionário era composto por 33 perguntas de múltipla escolha e foi dividido em quatro partes: Parte I, que consistia em informações sobre as mães; Parte II, que coletava algumas informações sobre a criança; Parte III, que abordava a experiência do pré-natal (PN) e as informações recebidas por elas neste período; e Parte IV, que avaliava o conhecimento da mãe em relação ao AM e saúde bucal.

Na parte IV, constituída por 7 perguntas, foi atribuído 1 ponto para cada questão corretamente respondida e 0 para respostas erradas ou desconhecimento do assunto. Dessa forma, a pontuação máxima a ser alcançada por cada participante seria de 7 pontos.

Após a coleta, os dados foram digitados em planilha no *Microsoft Excel®* e exportados para o programa estatístico SPSS® versão 14.0 para *Windows* (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foi realizada análise descritiva por meio de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo para variáveis numéricas. As associações foram analisadas por meio do teste de qui-quadrado, as variáveis quantitativas pelos testes t ou ANOVA e as categóricas foram estimadas *odds ratio*. O nível de significância adotado foi de 5%.

O projeto do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado sob o CAAE 66295222.8.0000.5147.

RESULTADOS

Um total de 95 mães participaram da pesquisa. A média de idade foi de 31,63 ($\pm 7,19$) e a maioria delas concluiu o Ensino Médio (52,6%). A caracterização dessas participantes é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização das mães das crianças de 6 meses a 4 anos residentes do território de abrangência de uma UBS do município de Juiz de Fora – MG.

Variáveis	Frequência absoluta (frequência relativa %)
Faixa etária (em anos)	
≤26	24 (25,3)
27-33	27 (28,3)
34-36	22 (23,2)
≥37	22 (23,2)
Quantidade de filhos	
1	36 (37,9)
2-3	48 (50,5)
>3	11 (11,6)
Estado civil	
Vive com companheiro(a)	57 (60,0)
Tem companheiro(a), mas não vive com ele(a)	15 (15,8)
Não tem companheiro(a)	23 (24,2)
Grau de escolaridade	
Fundamental incompleto	3 (3,2)
Fundamental completo	20 (21,1)
Médio completo	50 (52,5)
Superior completo	22 (23,2)
Empregabilidade	
Sim, com carteira assinada	29 (30,5)
Sim, sem carteira assinada	12 (12,6)
Sim, com ocupação eventual	5 (5,3)
Não trabalha	49 (51,6)

Em relação às crianças, a média de idade foi de 2 anos e 7 meses ($\pm 16,53$ meses). A prevalência de AM exclusivo até 6 meses encontrado na população estudada foi de 63,2%. A maior parte das crianças utilizava chupeta (57,9%) e 73,7% das crianças nunca foram a consultas odontológicas. Os motivos do desmame foram diversos e estão representados, juntamente com outras variáveis, na Tabela 2.

Ao serem questionadas sobre o período em

Tabela 2: Caracterização e experiência com AM das crianças de 6 meses a 4 anos residentes do território de abrangência de uma UBS do município de Juiz de Fora – MG.

Variáveis	Frequência absoluta (frequência relativa %)
Faixa etária (em meses)	
≤14	24 (25,3)
15-32	25 (26,3)
33-46	23 (24,2)
≥47	23 (24,2)
Método de alimentação até 6 meses	
AM	60 (63,2)
Mamadeira	14 (14,7)
Ambos	21 (22,1)
Tempo que mamou no peito	
Nunca mamou	6 (6,3)
Ainda mama	27 (28,5)
<6 meses	23 (24,2)
6-12 meses	21 (22,1)
13-24 meses	8 (8,4)
>24 meses	10 (10,5)
Dificuldades no AM	
Sim	30 (31,6)
Não	65 (68,4)
Motivos do desmame*	
Ainda é amamentado	27 (28,4)
Volta ao trabalho	10 (10,5)
Ele(a) não quis mais o peito	15 (15,8)
Leite ficou fraco	6 (6,3)
Leite secou	11 (11,6)
Dor no peito	4 (4,2)
Já estava grande para mamar	10 (10,5)
Mais fácil dar a mamadeira	1 (1,1)
Outros	25 (26,3)
Uso de chupeta	
Por menos de 1 ano	16 (16,8)
Por menos de 2 anos	15 (15,8)
Por menos de 3 anos	12 (12,6)
Por mais de 3 anos	12 (12,6)
Nunca usou	40 (42,2)
Visita da criança ao cirurgião-dentista*	
Para avaliação	22 (23,2)

Para orientação	3 (3,2)
Por causa de dor de dente	1 (1,1)
Por outros motivos	1 (1,1)
Nunca foi	70 (73,7)

*Esta questão admitia mais de uma possibilidade de resposta.

que estiveram gestantes da criança avaliada, 33 mães relataram que realizaram as consultas de PN na UBS (34,7%), 5 delas realizaram consultas em uma instituição de nível secundário de atenção (5,3%), 28 foram acompanhadas por um hospital (29,5%) e 29 optaram pelo serviço particular (30,5%). A maioria das mães, durante a gestação, pensava em amamentar seu filho(a) (96,8%). Apesar de 94,7% das mães considerarem como importante a visita ao cirurgião-dentista durante o período gestacional, 56 delas não realizaram consultas odontológicas nesse período (58,9%).

Em relação às informações sobre AM recebidas durante a gestação, 91,6% relataram que receberam informações de profissionais da área da saúde, enquanto 18,9% obtiveram informações da internet, 17,9% de familiares, 5,3% de amigos, 1,1% de vizinhos e 5,3% buscaram outras fontes. Apenas 2,1% das mães relataram que não receberam nenhuma informação sobre AM durante a gestação. Dentre os profissionais de saúde, o médico foi o que mais forneceu informações (85,3%), seguido do enfermeiro (34,7%). O cirurgião-dentista foi apontado por apenas 5 participantes (5,3%) e os ACS foram citados por apenas 2 (2,1%), sendo que outros profissionais foram responsáveis por prestar informações sobre o tema para 4 mães (4,2%). A Tabela 3 apresenta os tipos de informações recebidas pelas mães durante o período de gestação.

No que se refere ao conhecimento das mães sobre o AM, o impacto negativo do uso de chupeta/bicos artificiais na oclusão dentária foi o conhecimento mais reportado. A Tabela 4 detalha sobre as questões abordadas e as respostas obtidas para avaliar o conhecimento das mães.

O tempo de AM esteve associado inversamente ao tempo de uso de chupeta ($p < 0,001$). Crianças que utilizavam chupeta apresentaram 62% (OR 0,38; IC95% 0,156-0,899) menos a frequência de AM exclusivo.

As mães que não realizaram as consultas de PN na UBS possuíam mais consciência da importância das consultas odontológicas durante a gestação ($p = 0,029$) e também receberam mais informações sobre o prejuízo do uso da mamadeira ($p = 0,026$) e chupeta ($p = 0,047$).

A Tabela 5 expõe a comparação das médias de pontuação alcançadas nas questões de conhecimento das mães sobre AM em relação a variáveis demográficas e de atenção à saúde.

Tabela 3: Tipos de informações recebidas pelas mães durante a gestação.

Variáveis	Sim	Não
	Frequência absoluta (frequência relativa %)	Frequência absoluta (frequência relativa %)
Vantagem do AM exclusivo até os 6 meses	83 (87,4)	12 (12,6)
AM continuado até os 2 anos ou mais	71 (74,7)	24 (25,3)
AM em livre demanda (sem horário marcado)	67 (70,5)	28 (29,5)
Prejuízo do uso da mamadeira	63 (66,3)	32 (33,7)
Prejuízo do uso de chupeta ou bico artificial	81 (85,3)	14 (14,7)
AM como fator de bom desenvolvimento de ossos, músculos e dentes	76 (80,0)	19 (20,0)
AM para prevenir problemas respiratórios	69 (72,6)	26 (27,4%)

Tabela 4: Avaliação do conhecimento das mães sobre AM e saúde bucal.

Variáveis	Sim	Não	Não sabe
	Frequência absoluta (frequência relativa %)	Frequência absoluta (frequência relativa %)	Frequência absoluta (frequência relativa %)
Q20: Você acha que amamentar traz benefícios para a saúde da boca do bebê?	87 (91,5)	3 (3,2)	5 (5,3)
Q21: Você acha que leite materno causa cárie?	14 (14,7)	75 (79,0)	6 (6,3)
Q22: Você acha que o AM ajuda no encaixe dos dentes, podendo evitar que seu filho precise de aparelho mais tarde?	48 (50,5)	15 (15,8)	32 (33,7)
Q23: Você acha que o AM pode ajudar na respiração adequada da criança?	71 (74,7)	2 (2,1)	22 (23,2)
Q24: Você acha que o AM depois dos 2 anos traz algum benefício para a criança?	29 (30,5)	50 (52,7)	16 (16,8)
Q25: Você acha que o AM traz algum benefício para a saúde da mãe?	64 (67,4)	16 (16,8)	15 (15,8)
Q26: Você acha que o uso de chupeta/mamadeira prejudica o AM?	80 (84,2)	14 (14,7)	1 (1,1)
Q27: Você acha que o uso de chupeta/mamadeira prejudica o encaixe correto dos dentes?	93 (97,8)	1 (1,1)	1 (1,1)

Tabela 5: Comparação das médias de pontuações sobre conhecimento das mães sobre AM em relação às variáveis estudadas.

Variáveis	Média ± dp (IC 95%)	p valor
Faixa etária da mãe		
Até 30 anos	5,43 ± 1,68	p= 0,010
Mais de 30 anos	6,02 ± 1,35	
Escolaridade da mãe		
Até fundamental completo	5,52 ± 1,53	p= 0,614
Médio a superior completo	5,83 ± 1,53	
Empregabilidade da mãe		
Empregada	5,89 ± 1,30	p= 0,002
Desempregada	5,63 ± 1,72	
Local do PN		

UBS	5,39 ± 1,66	$\rho = 0,128$
Outros	5,95 ± 1,43	
Receberam informações sobre AM de profissionais de saúde		
Sim	5,78 ± 1,49	$\rho = 0,411$
Não	5,50 ± 1,93	
Realizaram consulta odontológica com a finalidade de orientações sobre saúde bucal às crianças		
Sim	6,33 ± 0,58	$\rho = 0,042$
Não	5,74 ± 1,55	

DISCUSSÃO

A prevalência de AM exclusivo até 6 meses na população estudada foi de 63,2%. Foram encontradas associações significativas entre as mães que não realizaram as consultas de PN na UBS em relação à maior consciência da importância das consultas odontológicas durante a gestação e também a maior acesso a informações sobre o prejuízo do uso da mamadeira e chupeta. No que se refere ao conhecimento das mães sobre a AM, as maiores pontuações estiveram associadas à idade da mãe, à empregabilidade e à realização de consulta odontológica com a finalidade de orientações sobre saúde bucal às crianças.

Os benefícios do AM relacionados à sobrevivência e saúde infantil são bem conhecidos. A OMS publicou recentemente uma diretriz na qual continua recomendando o AM exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais.⁵ No Brasil, a taxa de AM exclusivo ainda é baixa, segundo resultados preliminares de um inquérito realizado em 2019 (Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019) que encontrou a prevalência de 45,7% no país e 50% na região Sudeste.²³ Na população estudada, essa taxa foi de 63,2%, maior que a média do país e a encontrada por Alves, Oliveira e Rito¹⁹ de 50,1%. Considerando esses dados e a importância do AM para a saúde materno-infantil, é importante avaliar as informações que são repassadas às mães e o conhecimento destas sobre o assunto.

Em consonância com outros estudos, o uso de chupeta se mostrou inversamente associado à prática do AM exclusivo.^{15,16,19} Uma pesquisa sugere que o uso de chupetas pode aumentar os comportamentos desfavoráveis relacionados aos aspectos de pega, afetividade e comportamentos de sucção. Dessa forma, pode acarretar “confusão de bicos”, fazendo com que ocorra a redução da frequência das mamadas e a diminuição da produção do leite materno.¹⁴ No entanto, segundo outros estudos, a relação causal entre o uso de chupeta e o desmame precoce não é muito clara, pois não se sabe se o uso dela é um marcador da interrupção do AM exclusivo ou se é uma causa.^{15,19}

Em relação ao conhecimento das mães sobre AM, as mães parecem compreender que o uso de

chupetas causa prejuízos na arcada dentária. No entanto, a questão que gerou mais dúvida relacionava o AM com o desenvolvimento oclusal normal. Estudos associam o uso de chupeta com maiores chances de desenvolver relações dentárias anormais nas dimensões sagital (relações Classe II e sobressalência aumentada) e vertical (mordida aberta anterior).^{16,17} Em contrapartida, diversos estudos comprovam que o AM diminui o risco de más-oclusões.^{10,13,24} Isso ocorre devido ao esforço realizado pela criança ao retirar o leite da mama, que faz com que haja melhor desenvolvimento da cavidade oral, propiciando melhor conformação do palato duro, o que é fundamental para o alinhamento dos dentes e, conseqüentemente, boa oclusão dentária e padrões de respiração normais.²⁵

Apesar das recomendações atuais citadas anteriormente,⁵ a maioria das participantes não consideram como benéfica a prática de AM após os 2 anos de idade. Segundo estudos, o tempo de AM também foi relacionado com aumento da frequência de respiração nasal normal e foi considerado como fator protetor de más-oclusões dentárias,¹¹ na qual demonstraram que os indivíduos que foram amamentados por períodos mais longos foram 60% menos propensos a desenvolverem más-oclusões em comparação com aqueles que foram amamentados por períodos mais curtos.^{10,13} Com isso, o tempo de AM está diretamente ligado ao desenvolvimento motor-oral adequado, bem como às funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons na fala.²⁵

No presente estudo, notou-se associação significativa entre maior pontuação e as variáveis idade da mãe, empregabilidade e a realização de consulta odontológica com a finalidade de orientações sobre saúde bucal às crianças. Esses achados também foram encontrados por Puebla et al²⁶, que demonstraram que a idade das mães está positivamente relacionada com o nível de conhecimento em saúde bucal e que existe relação direta entre as mães que receberam informações prévias sobre higiene bucal e o grau de conhecimento pesquisado.

Foi encontrada associação significativa entre maior frequência de acertos na questão que perguntava sobre a relação do AM com cárie dentária e a internet como fonte de informação sobre o tema. Segundo

Cerqueira et al²⁷, a internet fornece uma infinidade de informações sobre questões relacionadas à saúde bucal infantil,²⁷ podendo, assim, justificar a associação encontrada. É importante ressaltar que, apesar de não haver consenso na literatura, estudos como o de Chiao et al⁷ e Tham et al⁸ demonstraram não haver relação estatisticamente significativa entre AM e cárie precoce na infância. Pesquisas defendem que é necessário investigar simultaneamente às práticas de AM, práticas alimentares e de higiene bucal para determinar com mais precisão os riscos específicos e, com isso, defendem a ideia de que o AM não deve ser descontinuado, independentemente dessa discussão, devido aos seus inúmeros outros benefícios relatados.^{4,8}

A rede de APS é responsável por prestar orientações às gestantes e mães sobre os benefícios e o manejo do AM. Com isso, os profissionais de saúde devem trabalhar com estratégias de promoção e apoio a esta prática, para que suas orientações sejam efetivas e as mães possam se sentir seguras, contribuindo assim para a prática do AM exclusivo.¹⁹ Nesse sentido, é preocupante notar que, no presente estudo, as mães que realizaram consultas de PN na UBS receberam menos informações sobre o prejuízo do uso de chupeta e mamadeira e possuíam menos consciência da importância do PN odontológico em relação às mães que realizaram o PN em outro local. No entanto, é importante ressaltar que o indicador do Programa Previne Brasil, que estabelece como meta a proporção de gestantes que receberam atendimento odontológico, ainda não havia sido inserido na ESF ou havia sido recentemente inserido, a depender da época da gestação das participantes. Pode-se admitir que gestantes da área adstrita já na vigência dessa meta possam ter melhor abordagem do PN odontológico. Dois estudos demonstraram que as variáveis que avaliam o acesso às informações ou orientações sobre AM que as mulheres recebem nos serviços de APS (importância do AM exclusivo por 6 meses, sobre pega e posição do bebê no peito, sobre livre demanda e sobre o não uso de mamadeira) podem ser aquelas mais diretamente associadas ao AM exclusivo.^{15,19}

Há de se notar também a baixa atuação do cirurgião-dentista no contexto de promoção do AM na amostra estudada. É importante destacar que a UBS em questão não possui Equipe de Saúde Bucal inserida na ESF, fazendo com que os cirurgiões-dentistas da área se limitem à alta demanda ambulatorial. Além disso, a predominância dos médicos como os profissionais que mais oferecem orientações sobre AM na amostra em questão pode ser atribuída ao fato de que, em outros serviços, especialmente na rede privada, as consultas de PN são exclusivamente direcionadas a essa categoria profissional. Os determinantes multifatoriais do AM precisam de medidas de apoio em muitos níveis, desde diretrizes legais e políticas, atitudes e valores sociais, condições de trabalho e emprego das mulheres e serviços de saúde, para permitir que as mulheres amamentem.

Quando as intervenções relevantes são realizadas de forma adequada, as práticas de AM são responsivas e podem melhorar rapidamente.²⁸

Sendo assim, para que haja melhor promoção do AM, é necessário que ocorram mudanças nas orientações durante as consultas de PN na UBS estudada. Inicialmente, é necessário que o cirurgião-dentista se integre ao assunto, fazendo com que as orientações sobre a importância do AM para a saúde bucal do bebê e sobre os riscos do uso de bicos artificiais façam parte das consultas de PN odontológico. Além disso, é importante que toda a equipe trabalhe de maneira multiprofissional, promovendo a importância da prática de AM e do PN odontológico, para que assim possamos melhorar o acesso as informações e a prevalência de AM no território. Ademais, é necessário que ocorram esforços coletivos intersetoriais para que ações de proteção e promoção do AM sejam mais efetivas, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada.

Este estudo possui algumas limitações. Primeiramente, a população da amostra se limitou a mães que pertenciam somente a uma UBS do município. Como avaliado pelo estudo de Boccolini, Carvalho e Oliveira¹⁵, considerando esse possível efeito de contexto, é plausível que as nutrizes que residem nas mesmas regiões ou municípios (incluindo distritos, bairros ou unidades censitárias) compartilhem fatores sociais e econômicos que influenciam na duração do AM exclusivo, por exemplo, padrões e atitudes em relação ao AM, a organização e o acesso aos serviços de saúde de seu bairro e o nível de ação e políticas de promoção, proteção e apoio a esta prática. No entanto, estudos como este são importantes para fomentar estratégias focadas no território em específico, uma vez que, a APS se baseia em levantar dados e atuar de acordo com cada realidade. Em sequência, o sistema utilizado para levantamento de dados da amostra (PEC e-SUS AB) pode não apresentar dados fidedignos da realidade populacional do território, visto que é alimentado por profissionais da UBS durante as visitas domiciliares e consultas. No entanto, estes profissionais se empenham para que o sistema esteja sempre atualizado e preenchido da maneira correta. Por fim, este trabalho limita-se à população amostral feminina, sem considerar que conhecimentos sobre saúde bucal deveriam ser exigidos nos demais membros da unidade familiar. Optou-se por abordar apenas as mães devido ao questionário conter perguntas específicas sobre a gestação e a experiência com o aleitamento materno.

Por último, recomenda-se que mais estudos sejam conduzidos sobre o tema para que se conheça melhor as orientações e a forma como vêm sendo prestadas na APS, uma vez que, pesquisas que avaliam os determinantes do AM são de vital importância para a saúde pública e os estudos epidemiológicos têm um papel relevante para a compreensão dessa temática no Brasil.

CONCLUSÃO

A prevalência de AM exclusivo encontrada na população estudada foi de 63,2%, se aproximando da média brasileira e de outros estudos. Estima-se que o uso de bicos artificiais possa prejudicar a prática de AM, uma vez que, crianças que utilizavam chupeta apresentaram menos frequência de AM exclusivo.

Para que o conhecimento das mães sobre o tema seja aprimorado e incorporado na prática, é necessário que haja mudança nas estratégias de promoção e apoio ao AM na Unidade, principalmente no que tange aos riscos do uso de bicos artificiais, aos benefícios do AM continuado após os 2 anos e a relação entre AM e boa oclusão dentária. Para isso, é fundamental fortalecer o trabalho multiprofissional, por meio do incentivo a consultas compartilhadas e grupos educativos sobre o assunto.

É essencial que haja mais estímulo à realização de consultas odontológicas no período gestacional, uma vez que, a maioria das participantes não realizaram esse tipo de consulta. No entanto, é necessário que os profissionais, especialmente os cirurgiões-dentistas, estejam capacitados a dar orientações sobre o tema, para que estas sejam efetivas e as mães possam se sentir seguras e superar possíveis dificuldades do processo.

Por fim, recomenda-se que mais estudos sejam conduzidos sobre o tema, para que se conheça melhor os fatores associados à prevalência de AM na sociedade, bem como a forma com que as orientações vêm sendo prestadas na APS, a fim de desenvolver e aprimorar políticas públicas voltadas para o apoio ao AM.

FINANCIAMENTO

Próprio.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices [Internet]. Washington; 2007 [citado em 2024 jan. 7]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf?sequence=1.
2. Azad MB, Nickel NC, Bode L, Brockway M, Brown A, Chambers C et al. Breastfeeding and the origins of health: interdisciplinary perspectives and priorities. *Matern Child Nutr.* 2021; 17(2). doi: 10.1111/mcn.13109
3. Roberts TJ, Carnahan E, Gakidou E. Can breastfeeding promote

child health equity? A comprehensive analysis of breastfeeding patterns across the developing world and what we can learn from them. *BMC Med.* 2013; 11(254). doi: 10.1186/1741-7015-11-254

4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016; 387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
5. World Health Organization. Guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age. Geneva: WHO; 2023 [citado em 2024 jan. 7]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373358/9789240081864-eng.pdf?sequence=1>.
6. Lunteren AWVM, Voortman T, Elfrink MEC, Wolvius EB, Kragt L. Breastfeeding and childhood dental caries: results from a socially diverse birth cohort study. *Caries Res.* 2021; 55(2):153-61. doi: 10.1159/000514502
7. Chiao C, Kaye E, Scott T, Hayes C, Garcia RI. Breastfeeding and early childhood caries: findings from the national health and nutrition examination survey, 2011 to 2018. *Pediatr Dent.* 2021; 43(4):276-81.
8. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X et al. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467):62-84. doi: 10.1111/apa.13118
9. Ávila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015; 10(11). doi: 10.1371/journal.pone.0142922
10. Dođramaci EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW. Malocclusions in young children: does breast-feeding really reduce the risk? A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc.* 2017; 148(8):566-74. doi: 10.1016/j.adaj.2017.05.018
11. Park EH, Kim JG, Yang YM, Jeon JG, Yoo JI, Kim JK et al. Association between breastfeeding and childhood breathing patterns: a systematic review and meta-analysis. *Breastfeed Med.* 2018; 13(4):240-7. doi: 10.1089/bfm.2017.0222
12. Thomaz EBAF, Alves CMC, Silva LFG, Almeida CCCR, Alves MTSSB, Hilgert JB et al. Breastfeeding versus bottle feeding on malocclusion in children: a meta-analysis study. *J Hum Lact.* 2018; 34(4):768-88. doi: 10.1177/0890334418755689
13. Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467):54-61. doi: 10.1111/apa.13103
14. Batista CLC, Ribeiro V, Nascimento MDSB, Rodrigues

- VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *J Pediatr*. 2018; 94(6):596-601. doi: 10.1016/j.jpmed.2017.10.005
15. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49(91). doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005971
16. Ling HTB, Sum FHKMH, Zhang L, Yeung CPW, Li KY, Wong HM et al. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health*. 2018; 18(1). doi: 10.1186/s12903-018-0610-7
17. Rosa DP, Bonow MLM, Goettems ML, Demarco FF, Santos IS, Matiiasevich A et al. The influence of breastfeeding and pacifier use on the association between preterm birth and primary-dentition malocclusion: a population-based birth cohort study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2020; 157(6):754-63. doi: 10.1016/j.ajodo.2019.06.014
18. Peres KG, Chaffee BW, Feldens CA, Flores-Mir C, Moynihan P, Rugg-Gunn A. Breastfeeding and oral health: evidence and methodological challenges. *J Dent Res*. 2018; 97(3):251-8. doi: 10.1177/0022034517738925
19. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(4):1077-88. doi: 10.1590/1413-81232018234.10752016
20. Busch DW, Logan K, Wilkinson A. Clinical practice breastfeeding recommendations for primary care: applying a tri-core breastfeeding conceptual model. *J Pediatr Health Care*. 2014; 28(6):486-96. doi: 10.1016/j.pedhc.2014.02.007
21. Witt AM, Witt R, Lasko L, Flocke S. Translating team-based breastfeeding support into primary care practice. *J Am Board Fam Med*. 2019; 32(6):818-26. doi: 10.3122/jabfm.2019.06.190118
22. Moimaz SAS, Ramirez GTV, Saliba TA, Saliba O, Garbin CAS. Expectativa e prática materna do aleitamento exclusivo e a saúde bucal do bebê. *Rev Ciência Plural*. 2017; 3(2):30-41. doi: 10.21680/2446-7286.2017v3n2ID12562
23. Universidade Federal do Rio de Janeiro (BR). Estudo nacional de alimentação e nutrição infantil: ENANI-2019: resultados preliminares: indicadores de aleitamento materno no Brasil. Rio de Janeiro; 2020 [citado em 2024 jan. 7]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio-preliminar-AM-Site.pdf>.
24. Boronat-Catalá M, Bellot-Arcís C, Montiel-Company JM, Almerich-Silla M, Catalá-Pizarro M. Does breastfeeding have a long-term positive effect on dental occlusion? *J Clin Exp Dent*. 2019; 11(10):947-51. doi: 10.4317/jced.56312
25. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 2024 jan. 7]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
26. Puebla LGNF, González MFR, Hernández LC, Moreno CL, Alonso AA, Aubert AC et al. Oral health knowledge of Spanish breastfeeding mothers. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2023; 24(1):139-45. doi: 10.1007/s40368-022-00769-9
27. Cerqueira AGS, Magno MB, Baria-Fidalgo F, Vicente-Gomila J, Maia LC, Fonseca-Gonçalves A. Recommendations from paediatric dentistry associations of the Americas on breastfeeding and sugar consumption and oral hygiene in infants for the prevention of dental caries: a bibliometric review. *Int J Paediatr Dent*. 2021; 31(5):664-75. doi: 10.1111/ipd.12754
28. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhov N, Horton S, Lutter CK, Martines JC et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016; 387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2