

Eliana Ferreira da Silva

**IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA
PREVENÇÃO DA CLASSE II ESQUELÉTICA**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Eliana Ferreira da Silva

**IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA
PREVENÇÃO DA CLASSE II ESQUELÉTICA**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Eliaana Ferreira da Silva

IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA PREVENÇÃO DA CLASSE II ESQUELÉTICA

Trabalho apresentado à
Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre em
Medicina Dentária.

(Eliaana Ferreira da Silva)

Porto, 2015

RESUMO

Introdução: Hoje em dia, existe um vasto consenso na literatura de que a amamentação, especialmente se prolongada, pode proteger a criança, do risco de má-oclusão de Classe II esquelética. Vários autores acreditam que as crianças amamentadas por um longo período de tempo estão menos suscetíveis ao desenvolvimento de má-oclusão, devido à estimulação do crescimento sagital da mandíbula e da correta relação intermaxilar, através do estímulo mecânico dos músculos faciais.

Objectivos: o trabalho efectuado apresenta como objectivo geral, aferir a consciencialização existente ou não, nas mulheres mães e grávidas (primíparas ou múltiparas) quanto aos benefícios da amamentação. Para tal, foi necessário obter das participantes respostas a várias questões, tais como: tempo de amamentação ideal; motivo de interrupção da amamentação; motivo que levaria a optar por amamentar; influência da amamentação no desenvolvimento da boca e face do neonato; número de políticas de promoção e apoio à amamentação existentes no estabelecimento de saúde que frequentavam.

Materiais e métodos: foi desenvolvido um estudo observacional descritivo, aplicado a mães e grávidas (primíparas e múltiparas), que frequentaram os serviços de ginecologia e obstetrícia do Centro Materno Infantil do Norte. 122 participantes constituíram a amostra. Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário e foram introduzidos no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 22.0 para Windows®. Foi ainda utilizado o teste de Qui-Quadrado e quando não foi possível a sua aplicação, optou-se pela utilização do teste de Bonferroni.

Resultados e Conclusão: Em relação ao tempo de amamentação, o que se confirmou foi que, em termos amostrais, há uma diminuição do tempo médio de amamentação à medida que o número de filhos aumenta. O motivo mais frequentemente relatado pelas mães que conduziu à interrupção da amamentação foi a Hipogalactia. O vínculo afectivo entre mãe e filho foi indicado pela maioria das participantes como o motivo pelo qual optaram por amamentar. As inquiridas revelaram pouco conhecimento quando questionadas sobre a influência do biberão e amamentação no desenvolvimento da boca e face do bebé. As políticas de promoção e apoio à amamentação são escassas e revelam-se pouco eficazes nos estabelecimentos de saúde.

ABSTRACT

Introduction: There is a usual vast consensus in literature that breastfeeding, if long-term used, can protect the child from developing a Class II skeletal malocclusion. Several authors believe that long-term breastfed children are less likely to develop a malocclusion due to the stimulation of sagittal growth of the jaw and the right intermaxilar relationship, through mechanical stimulation of the facial muscles.

Objectives: the work done has as main objective, to assess the existing awareness or not, in mothers and pregnant women (primiparous or multiparous) about the benefits of breastfeeding. To do this, it was necessary to get the participants answers to several questions, such as: optimal breastfeeding time; breastfeeding interruption reason; reason would lead to choose to breastfeed; influence of breastfeeding on the development of the mouth and face of the newborn; number of promotion and support of breastfeeding policies at health facility attending.

Methods: a descriptive observational study was developed, implicating mothers and pregnant woman (primiparous and multiparous), who requested the gynecology and obstetrics services of the Centro Materno Infantil do Norte. 122 participants took part in this study. Data were collected from a questionnaire and after introduced in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) version 22.0 for Windows® Program. A test called “Chi-Square” was also used. Whenever its application wasn’t possible, the “Bonferroni” test was selected to be used.

Results and Conclusion: Concerning the breastfeeding period, this sample showed that there is a decrease in the average period of breastfeeding as the number of children increases. Hypogalactia was considered to be the most frequently reported reason for mothers to stop the breastfeeding. The emotional bond between mother and child was the main reason to breastfeed. The inquired people reveal little know-how when questioned about the influence of bottle feeding and of breastfeeding in the children mouth and face’s development. Breastfeeding promotion and support policies are short-lived and it is proved to be ineffective in the health facilities.

DEDICATÓRIAS

Aos meus pais, meus heróis, com amor, admiração e gratidão pelo apoio incondicional e pelo esforço que ambos fazem para que os meus sonhos se tornem realidade.

Ao Rodrigo, meu irmão, por ser a minha alegria.

Ao Tiago, pelo amor, força, compreensão e apoio.

Aos meus queridos avós pelos seus ensinamentos e carinho.

AGRADECIMENTOS

Presto os meus profundos agradecimentos ...

... à docente Maria Gabriel Queirós, minha orientadora, por quem tenho grande admiração e consideração, pela disponibilidade, amabilidade e profissionalismo que demonstrou.

... à Doutora Maria da Luz Loureiro e ao Doutor Serafim Guimarães, que me indicaram as pessoas certas com quem falar no Centro Materno Infantil do Norte (CMIN).

... ao Doutor Jorge Braga, director do serviço de obstetrícia do CMIN, pela orientação, disponibilidade e paciência.

... à enfermeira Anabela, por me dispensar o seu gabinete durante o período em que estive no CMIN a proceder à recolha de dados.

... à Sara, à Raquel e à Joana pela amizade e por tudo o que já fizeram por mim.

... ao Doutor Valdemar Gomes, por ser um grande amigo e por me ter ajudado muito ao longo do meu percurso académico.

... aos meus colegas de faculdade pelos momentos agradáveis que me proporcionaram ao longo destes cinco anos.

... a todos os meus familiares e amigos que me apoiaram sempre que precisei.

ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO	1
1. Objectivos	1
II. DESENVOLVIMENTO	3
1. Materiais e métodos	3
II.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	4
1. Amamentação.....	4
1.1. Enquadramento Histórico.....	4
1.2. Anatomofisiologia da Mama e do Lactente na Amamentação	6
1.2.1. Anatomofisiologia da Mama.....	6
1.2.1.1. Malformações da mama, variações do mamilo e outros problemas que podem condicionar a amamentação	8
1.2.2. Anatomofisiologia do lactente na amamentação.....	11
1.2.2.1. Fatores que influenciam e/ou contribuem para uma amamentação ineficaz.....	12
1.3. Anatomia e Fisiologia do Sistema Estomatognático.....	14
1.3.1. As Funções do Sistema Estomatognático	14
1.3.2. O Sistema Estomatognático	14
1.3.3. O Reflexo de Sucção	16
1.4. Mecânica da Amamentação	17
1.4.1. Mecanismos que ocorrem durante a sucção que facilitam a extração do leite.....	18
1.5. Desenvolvimento Crânio-facial.....	21
1.6. Tempo de amamentação e a má-oclusão.....	22
1.7. Aleitamento Natural vs Artificial.....	23
1.8. Hábitos orais.....	25
1.8.1. Hábitos orais não-nutritivos	25
1.9. A Má-oclusão de Classe II esquelética	26
1.9.1. Epidemiologia	27
1.9.2. Características	27
1.9.3. Etiologia	28
1.9.4. Diagnóstico clínico.....	29
II.1.1. DISCUSSÃO	30

II.2. INVESTIGAÇÃO	32
1. Protocolo do Estudo	32
1.1. Tipologia do estudo	32
1.2. População alvo	32
1.3. Amostra	32
1.3.1. Tipo e tamanho da amostra	34
1.4. Local de recolha de dados	34
1.5. Critérios de inclusão e exclusão	34
1.5.1. Critérios de inclusão	34
1.5.2. Critérios de exclusão	35
1.6. Plano Operacional	35
1.7. Autorizações	36
1.8. Recursos	37
1.8.1. Materiais	37
1.8.2. Financeiros	37
1.9. Recolha de Informação	37
1.9.1. Métodos	37
1.9.2. Caracterização do inquérito	37
1.10. Metodologia da análise estatística	38
II.3. RESULTADOS	40
1. Caracterização da amostra	40
1.1. Dados Pessoais	40
1.2. Dados relativos à amamentação	43
2. Análise Estatística Inferencial	59
II.4. DISCUSSÃO	65
1. Idade	65
2. Habilitações literárias	65
3. Gravidez	65
4. Número de filhos	65
5. Tempo de amamentação	66
6. Motivo para a interrupção da amamentação	66
7. Tempo mínimo ideal de duração da amamentação	67
8. Influência do aleitamento materno na saúde geral da criança no futuro	67

9. Influência do aleitamento no desenvolvimento da boca e face do bebê	68
10. Motivo que levaria a optar por amamentar	68
11. Políticas de promoção e apoio à amamentação no estabelecimento de saúde ..	69
12. Necessidade de obter informações sobre a amamentação e o seu impacto na saúde oral e geral da criança	70
III. CONCLUSÃO	71
Bibliografia.....	73
ANEXOS	82
ANEXO 1- Autorização Centro Hospitalar do Porto	83
ANEXO 2 – Consentimento Informado.....	87
ANEXO 3 - Inquérito	89

Siglas e abreviaturas

ATM – Articulação Temporomandibular

CHP – Centro Hospitalar do Porto

CMIN – Centro Materno Infantil do Norte

DEFI - Departamento de Ensino, Formação e Investigação

SEG – Sistema Estomatognático

SEI/CES- Secretariado dos Estudos de Investigação/ Comissão de Ética para a Saúde

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1- CICLO DE SUCCÃO COMPLETO. FONTE: (MANNEL <i>ET AL.</i> , 2011).....	18
FIGURA 2- CICLO DE SUCCÃO COMPLETO. FONTE: (MANNEL <i>ET AL.</i> , 2011).....	19
FIGURA 3- CICLO DE SUCCÃO COMPLETO. FONTE: (MANNEL <i>ET AL.</i> , 2011).....	20
FIGURA 4- CICLO DE SUCCÃO COMPLETO. FONTE: (MANNEL <i>ET AL.</i> , 2011).....	20
FIGURA 5- DADOS FORNECIDOS PELO INE.	34
FIGURA 6- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR FAIXA ETÁRIA (EM%).	40
FIGURA 7- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR HABILITAÇÃO LITERÁRIA (EM %).	42
FIGURA 8- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “ESTÁ GRÁVIDA?” (EM %).	43
FIGURA 9 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “ESTÁ GRÁVIDA?” (EM %).	44
FIGURA 10- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “Nº DE FILHO (A/AS/OS)?” (EM %).	45
FIGURA 11- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “MOTIVO PELO QUAL DEIXOU DE AMAMENTAR?” (EM %).	49
FIGURA 12- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “NA SUA OPINIÃO, QUAL SERÁ O TEMPO MÍNIMO IDEAL DE DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO?” (EM %). ...	50
FIGURA 13- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “O ALEITAMENTO MATERNO PODE INFLUENCIAR A SAÚDE GERAL DA CRIANÇA FUTURAMENTE?” (EM %).	52
FIGURA 14- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “O FACTO DE O BEBÉ SER ALIMENTADO POR BIBERÃO E NÃO PELO PEITO MATERNO, PODE INFLUENCIAR O DESENVOLVIMENTO DA SUA BOCA E FACE?” (EM %).	53
FIGURA 15- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “NA SUA OPINIÃO, QUAL O MOTIVO QUE A LEVARIA A OPTAR POR AMAMENTAR?” (EM %).	54
FIGURA 16- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE QUE FREQUENTA/FREQUENTOU NO PERÍODO DE PRÉ- PARTO E/OU INTERNAMENTO, EXISTE/EXISTIA ALGUMA DAS SEGUINTESS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO?” (EM %).	56

FIGURA 17- NÚMERO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXISTENTES NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE A QUE AS PARTICIPANTES RECORRERAM. 57

FIGURA 18- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “APÓS TER RESPONDIDO COM TOTAL SINCERIDADE ÀS QUESTÕES QUE LHE FORAM COLOCADAS NESTE INQUÉRITO, NECESSITA DE OBTER MAIS INFORMAÇÕES/ESCLARECIMENTOS, RELATIVAMENTE AO IMPACTO QUE A AMAMENTAÇÃO TEM NA SAÚDE ORAL E GERAL DA CRIANÇA?” (EM %). 58

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- CINCO TIPOS BÁSICOS DE MAMILOS. ADAPTADO: (MANNEL <i>ET AL.</i> 2011).	9
TABELA 2 – ACTIVIDADE DOS MÚSCULOS ENVOLVIDOS NA AMAMENTAÇÃO E NO ALEITAMENTO. ADAPTADO: (CARVALHO E TAMEZ, 2005).....	25
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR FAIXA ETÁRIA (EM %).	40
TABELA 4 - MEDIDAS DESCRITIVAS DA VARIÁVEL IDADE.	41
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR HABILITAÇÃO LITERÁRIA (EM %).	42
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “ESTÁ GRÁVIDA?” (EM %).	43
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “TEM FILHO (A/AS/OS)?” (EM %).	44
TABELA 8 - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS GRAVIDEZ (ESTÁ GRÁVIDA?) E EXISTÊNCIA DE FILHOS (TEM FILHO(A/AS/OS)?) (N).	45
TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “Nº DE FILHO (A/AS/OS)?” (EM %).	45
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “TEMPO EM SEMANAS DE AMAMENTAÇÃO DO 1º FILHO”.	46
TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “TEMPO EM SEMANAS DE AMAMENTAÇÃO DO 2º FILHO”.	47
TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “TEMPO EM SEMANAS DE AMAMENTAÇÃO DO 3º FILHO”.	47
TABELA 13 - MEDIDAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS TEMPO DE AMAMENTAÇÃO EM SEMANAS DO 1º, 2º E 3º FILHOS.	48
TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “MOTIVO PELO QUAL DEIXOU DE AMAMENTAR?” (EM %).	49
TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “NA SUA OPINIÃO, QUAL SERÁ O TEMPO MÍNIMO IDEAL DE DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO?” (EM %). ...	50
TABELA 16 - RESPOSTAS DAS INQUIRIDAS QUANTO AO TEMPO MÍNIMO IDEAL DE AMAMENTAÇÃO.	51
TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “O ALEITAMENTO MATERNO PODE INFLUENCIAR A SAÚDE GERAL DA CRIANÇA FUTURAMENTE?” (EM %).	51

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “O FACTO DE O BEBÉ SER ALIMENTADO POR BIBERÃO E NÃO PELO PEITO MATERNO, PODE INFLUENCIAR O DESENVOLVIMENTO DA SUA BOCA E FACE?” (EM %).	53
TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “NA SUA OPINIÃO, QUAL O MOTIVO QUE A LEVARIA A OPTAR POR AMAMENTAR?” (EM %).	54
TABELA 20 - RELAÇÃO ENTRE A INTENÇÃO DE AMAMENTAR DE GRÁVIDAS (PRIMÍPARAS E MULTÍPARAS).	55
TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE QUE FREQUENTA/FREQUENTOU NO PERÍODO DE PRÉ-PARTO E/OU INTERNAMENTO, EXISTE/EXISTIA ALGUMA DAS SEGUINTE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO?” (EM %).	56
TABELA 22 - NÚMERO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXISTENTES NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE A QUE AS PARTICIPANTES RECORRERAM.	57
TABELA 23 - MEDIDAS DESCRITIVAS DA VARIÁVEL: POLÍTICAS DE PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXISTENTES NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.	58
TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À QUESTÃO “APÓS TER RESPONDIDO COM TOTAL SINCERIDADE ÀS QUESTÕES QUE LHE FORAM COLOCADAS NESTE INQUÉRITO, NECESSITA DE OBTER MAIS INFORMAÇÕES/ESCLARECIMENTOS, RELATIVAMENTE AO IMPACTO QUE A AMAMENTAÇÃO TEM NA SAÚDE ORAL E GERAL DA CRIANÇA?” (EM %).	58
TABELA 25 - RELAÇÃO ENTRE A HABILITAÇÃO LITERÁRIA E A QUESTÃO 8 DO INQUÉRITO (O ALEITAMENTO MATERNO PODE INFLUENCIAR A SAÚDE GERAL DA CRIANÇA FUTURAMENTE?).	60
TABELA 26 - RELAÇÃO ENTRE A HABILITAÇÃO LITERÁRIA E A QUESTÃO 9 (O FACTO DE O BEBÉ SER ALIMENTADO POR BIBERÃO E NÃO PELO PEITO MATERNO, PODE INFLUENCIAR O DESENVOLVIMENTO DA SUA BOCA E FACE?).	61
TABELA 27 - RELAÇÃO ENTRE A HABILITAÇÃO LITERÁRIA E A QUESTÃO 10 (NA SUA OPINIÃO, QUAL O MOTIVO QUE A LEVARIA A OPTAR POR AMAMENTAR?).	62
TABELA 28 - RELAÇÃO ENTRE A IDADE E A QUESTÃO 10 (NA SUA OPINIÃO, QUAL O MOTIVO QUE A LEVARIA A OPTAR POR AMAMENTAR?).	63

I. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Projecto de Pós-Graduação/ Dissertação, do 5ºano, do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Universidade Fernando Pessoa, foi proposta a realização de um trabalho monográfico como requisito à conclusão do Mestrado.

A decisão e o interesse de efetuar um estudo que abordasse a temática da amamentação e que envolvesse as áreas da Ortodontia e Odontopediatria, foi ganhando contornos ao longo do percurso académico.

Hoje em dia, existe um vasto consenso na literatura de que a amamentação, especialmente se prolongada, pode proteger a criança, do risco de má-oclusão de Classe II esquelética.

A importância da amamentação advém não só do leite materno, mas também das vantagens inerentes à sucção.

Vários autores acreditam que as crianças amamentadas por um longo período de tempo estão menos suscetíveis ao desenvolvimento de má-oclusão, devido à estimulação do crescimento sagital da mandíbula e da correta relação intermaxilar, através do estímulo mecânico dos músculos faciais.

Este trabalho, consiste numa revisão bibliográfica das evidências científicas já existentes acerca do tema e na aplicação de um inquérito, com a respectiva análise e discussão dos resultados *a posteriori*, no sentido de avaliar os conhecimentos de mães e grávidas (primíparas ou múltíparas), do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), face ao tema em questão.

1. Objectivos

Os objectivos específicos que se pretendem atingir com este estudo são os seguintes:

- Aferir o tempo de amamentação das mães inquiridas;
- Identificar os motivos pelos quais as mães interrompem a amamentação;

- Aferir o conhecimento das mães e grávidas relativamente ao tempo de amamentação ideal;
- Aferir o conhecimento das inquiridas quanto à influência da amamentação na saúde geral da criança no futuro;
- Aferir o conhecimento das inquiridas quanto à influência da amamentação e aleitamento no desenvolvimento da boca e face do neonato;
- Aferir a intenção de amamentar de grávidas;
- Identificar o que motiva mães e grávidas a amamentar;
- Aferir a existência ou ausência de estratégias de promoção e apoio à amamentação no estabelecimento de saúde em causa;
- Aferir se as inquiridas necessitam de obter mais informações acerca do impacto que a amamentação tem na saúde geral e oral da criança.

Este trabalho inicia-se com a revisão bibliográfica, seguindo-se o protocolo do estudo, passando depois pela apresentação de resultados e respectiva análise e discussão, finalizando com a conclusão do estudo.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Materiais e métodos

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados “*PubMed*”, “*SciELO*”, “*B-On*”, “*ScienceDirect*”, “*LILACS*” e “*GoogleScholar*”, e ainda, no website “*IBFAN*” (<http://www.ibfanportugal.org>). As palavras-chave utilizadas durante a pesquisa foram as seguintes: “*breastfeeding history*”, “*breast-feeding*”, “*breast feeding*”, “*malocclusion*”, “*oral development*”, “*stomatognathic system*”, “*craniofacial development*”, “*sucking habit*”, “*sucking non-nutritive*”, “*suction cycle*”, “*deleterious oral habits*”, “*artificial feeding*”, “*finger sucking*”, “*class ii angle*”, “*malocclusion prevention*”.

Ao resultado da pesquisa foram aplicados os seguintes critérios de exclusão:

- Artigos que não estivessem escritos em inglês, português ou espanhol;
- Artigos que não iam de encontro ao assunto em questão.

A pesquisa inicialmente foi definida para englobar apenas o período de 2000 a 2015, no entanto, houve necessidade de alargar esse espaço temporal, optando-se (nesses casos), por não restringir a pesquisa quanto à data. Para além disto, foram consultados alguns livros de Anatomia, Ortodontia e manuais relacionados com a Amamentação. Assim, a pesquisa bibliográfica foi baseada em artigos científicos e livros, publicados entre os anos de 1972 e 2015.

II.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. Amamentação

1.1. Enquadramento Histórico

A amamentação nos seres humanos não é apenas biologicamente determinada, é também condicionada por fatores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. Em função disto, a amamentação deixou de ser uma prática universal, resultando assim, em divergências entre a expectativa biológica da espécie e a cultura. (Giugliani, 2013)

Na pré-história o homem caçava e procurava alimentos para sobreviver e a mulher cuidava dos filhos, mas quando não podia amamentar, a criança estava condenada à morte, a menos que outra mulher a substituísse. Nesta época, a amamentação prolongava-se, provavelmente, até a criança ser capaz de procurar o seu próprio alimento. Mais tarde, com a domesticação de rebanhos, muitas crianças passaram a sobreviver sendo alimentadas com leite animal, oferecido através de utensílios ou directamente do úbere do animal. (Flandrin e Montanari, 1998)

Durante o período pré-industrial, os costumes pouco variaram, e a sobrevivência estava relacionada com a amamentação ou com a sua substituição pelo leite de uma “ama-de-leite”. Caso isso não fosse possível, os lactentes recebiam leite animal, alimentos pré-mastigados ou papas pobres em nutrientes e contaminadas, que determinavam altos índices de mortalidade. Nada podia substituir a amamentação com sucesso, e dela dependia a sobrevivência da espécie. (Castilho e Barros Filho, 2010)

As peculiaridades da alimentação infantil são muito antigas e o aleitamento artificial está presente desde os tempos mais remotos. (Granja e Cunha, 2011)

Talvez o aleitamento artificial seja tão antigo quanto a história da civilização humana. Tal facto evidencia-se pelos registos de recipientes encontrados ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas (séc. V e VII), sugerindo que as crianças gregas recebiam alimentos de outras fontes além do leite materno, através de vasilhas de barro encontradas em tumbas de recém-nascidos daquela época. Esses

achados possibilitam afirmar que a substituição da amamentação por outras formas de alimentação constitui uma prática muito antiga. (Bosi e Machado, 2005)

No Renascimento (séculos XIII a XVII), o espírito humanístico e a invenção da imprensa impulsionaram a publicação de livros, surgindo os primeiros tratados de pediatria que foram responsáveis por mudanças nos costumes, como a valorização do laço afetivo que se estabelecia quando a mãe amamentava o filho nas primeiras horas de vida e o desaconselhamento de amas-de-leite e da introdução de outros alimentos antes dos 6 meses. (Fildes, 1986)

No entanto, entre o final do século XVII e início do XVIII, o número de mulheres que contratavam amas voltou a crescer. A prática tornou-se tão comum que agências passaram a recrutar amas e intermediar a negociação deste serviço com os interessados. As mães que não queriam amamentar justificavam-se alegando efeitos adversos sobre a sua saúde, aspeto e beleza, dificuldades por apresentarem mamilos planos ou invertidos (decorrentes das roupas apertadas que usavam) e com a atitude dos maridos frente à ideia de que quem amamentava não podia manter relações sexuais, pois a Igreja Católica proibia a união carnal durante a lactação. (Larsson e Bishara, 2003)

Com a Revolução Industrial, iniciada em Inglaterra, no século XVIII, as mulheres que costumavam amamentar foram trabalhar na indústria e para longe de casa, motivando a busca de alternativas para nutrir os lactentes. (Castilho e Barros Filho, 2010)

A industrialização e a urbanização crescentes implantaram novas rotinas e hábitos na alimentação, atingindo mães e filhos. Em meados do século XX, a indústria moderna introduziu o leite em pó que, através de intensas campanhas de incentivo, foi conquistando o mercado com facilidade. (Antunes *et al.*, 2008)

Na década de sessenta, os seios, que até então tinham conotação funcional, adquiriram papel estético e sexual. Os meios artificiais de aleitamento foram adoptados como um símbolo de libertação da mulher. (Jelliffe e Jelliffe, 1978)

O avanço tecnológico e a entrada das mulheres no mercado de trabalho, associados à forte publicidade sobre a comodidade e praticabilidade do leite industrializado, constituíram a base do declínio da amamentação até aos dias de hoje. (Moimaz *et al.*, 2011)

A partir dos anos setenta, verificou-se o regresso da amamentação, principalmente nas mulheres mais informadas. (Levy e Bértolo, 2012)

Ainda em Fevereiro de 2014, o Comité dos Direitos das Crianças da ONU manifestou preocupação com o marketing agressivo da indústria do leite em pó para bebés em Portugal e com o declínio da amamentação e início da diversificação alimentar aos quatro meses de vida. (Noronha, 2014)

1.2. Anatomofisiologia da Mama e do Lactente na Amamentação

1.2.1. Anatomofisiologia da Mama

A glândula mamária é o único órgão que não se encontra totalmente desenvolvido ao nascer. Passa por quatro fases de crescimento e desenvolvimento: *in utero*, durante os primeiros dois anos de vida, na puberdade e, finalmente, durante a gravidez e lactação. (Mannel *et al.*, 2011)

Após o parto, na fase de lactação, a prolactina, em conjunto com outras hormonas, estimula a secreção do leite. A mama em lactação é composta, quase totalmente, de alvéolos distendidos por leite. No entanto, são encontrados alvéolos em diferentes fases de secreção, observando-se células altas, com secreção de lípidos e proteínas, ao lado de células baixas quase sem produto de secreção no seu interior. Essa é uma característica que auxilia no reconhecimento do tecido mamário em secreção ativa. (Carvalho e Tamez, 2005)

O processo de lactação depende do equilíbrio e sincronia entre o sistema nervoso e o complexo hormonal feminino envolvido neste processo, estando ambos relacionados com a maturação fisiológica das glândulas mamárias, secreção e ejeção do leite e manutenção da lactação. (Riordan e Countryman, 1980)

Durante a gravidez, duas hormonas são secretadas pela placenta: os estrogénios, responsáveis pelo desenvolvimento dos sistemas de ductos mamários, pelo aumento da quantidade de estroma e pela deposição de gordura nas mamas e a progesterona, responsável pelo desenvolvimento dos alvéolos mamários e pela diferenciação da célula secretora. Estas hormonas estruturam a mama para a lactação preparando-a, mas também possuem o efeito inibidor na secreção de leite durante a gestação. Após o

nascimento e conseqüente remoção da placenta, a concentração de estrogênio e progesterona baixa, cessando, assim, os efeitos inibitórios de secreção do leite e a hormona secretora inicia a sua função. (Guyton e Hall, 1997)

Na secreção do leite, a hormona envolvida é a prolactina, também desenvolvida durante a gravidez. É uma hormona hipofisária que aumenta a concentração sanguínea até ao parto, onde alcança níveis muito elevados. A prolactina promove secreção de leite através das células secretoras que se encontram nos alvéolos mamários. (Riordan, 2010)

O estímulo das terminações nervosas do complexo mamilo-aréola pelo recém-nascido envia impulsos pela via neural reflexa aferente ao hipotálamo materno, que resulta na secreção de prolactina pela hipófise anterior e ocitocina pela hipófise posterior. (Riordan e Countryman, 1980)

A ocitocina alcança a mama através da corrente sanguínea e produz a contração das células mioepiteliais dos alvéolos mamários resultando na ejeção do leite para os ductos e no seu fluxo para os mamilos. Este processo é rápido desde que o bebê começa a sugar o peito materno, porém nas mulheres primíparas pode ser mais demorado. (Guyton e Hall, 1997)

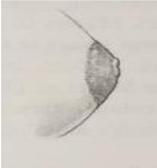
O nível de prolactina diminui após o parto, voltando para níveis “não-gravídicos”. No entanto, a cada estimulação do mamilo na amamentação, impulsos nervosos são conduzidos até à medula espinal e depois até ao hipotálamo. À medida que aumenta a estimulação, ocorre a libertação em pico da prolactina garantindo a secreção de leite nas próximas mamadas. Se a mãe não insistir nesta estimulação, ou se a amamentação não prosseguir, a secreção de leite cessa após alguns dias. Se o processo não for interrompido, a produção de leite pode continuar por muitos anos, independentemente de alterações endócrinas, como as que ocorrem nos ciclos menstruais e na nova gravidez. (Carvalho e Tamez, 2005)

1.2.1.1. Malformações da mama, variações do mamilo e outros problemas que podem condicionar a amamentação

A) Malformações da mama

- **Hipermastia:** presença de uma glândula mamária acessória. Apresenta-se proeminente durante a gravidez e lactação. O tecido glandular acessório pode produzir leite e sofrer alterações malignas. (Velanovich, 1995; Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002)
- **Hipertelia:** mamilo sem o tecido mamário correspondente.
- **Hipertrofia:** mama anormalmente grande.
- **Hipomastia:** mama anormalmente pequena.
- **Hiperplasia:** sobredesenvolvimento da mama.
- **Hipoplasia:** subdesenvolvimento da mama. As mamas são, frequentemente, assimétricas e muito espaçadas. Pode constituir um risco acrescido de insuficiência de leite. (Huggins, Petok e Mireles, 2000)

B) Variações do mamilo

Tipo de Mamilo	Antes do Estímulo	Depois do Estímulo
<p>Mamilo comum</p> <p>A maioria das mães tem o denominado mamilo comum. É ligeiramente protuberante no seu estado normal e fica ereto, facilitando a pega, quando estimulado. Um bebê não tem qualquer dificuldade em encontrar e fazer a pega com este mamilo, de modo a introduzir uma grande quantidade de tecido mamário na boca e estirá-lo até atingir o palato.</p>		
<p>Mamilo plano e/ou curto</p> <p>O mamilo plano pode ser macio, maleável e ter a capacidade de ficar protuberante, o que lhe permite moldar-se à boca do lactente sem problemas. O mamilo plano pode ter uma ligeira “haste” que dificulta a protusão e torna mais difícil ao bebê encontrar e fazer a pega. Em resposta à estimulação, este mamilo pode manter-se inalterado ou retrair-se com a compressão. Pode existir um ligeiro movimento para dentro ou para fora, mas não o suficiente para ajudar o bebê a encontrar e fazer a pega inicial no centro da mama. Este mamilo pode beneficiar com o uso de seringa para aumentar a sua proeminência.</p>		

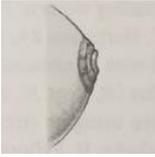
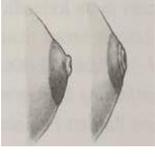
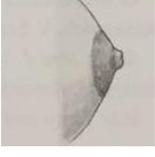
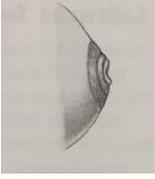
Tipo de Mamilo	Antes do Estímulo	Depois do Estímulo
<p>Mamilo pseudo-invertido Um mamilo pseudo-invertido pode parecer invertido, mas fica ereto após compressão e/ou estimulação. Este mamilo não precisa de correção e não apresenta dificuldades na capacidade para fazer a pega.</p>		
<p>Mamilo retraído O mamilo retraído é o tipo mais comum de mamilo invertido. Inicialmente, este mamilo parece perfeitamente apto para a pega. Contudo, ao ser estimulado, retrai-se, tornando-a difícil. Este mamilo responde bem a técnicas que visem aumentar a proeminência do mamilo.</p>		
<p>Mamilo invertido O verdadeiro mamilo invertido mantém-se retraído, quer no estado normal, quer quando estimulado. Este tipo de mamilo é muito invulgar e é mais difícil para o bebé pegar. Todas as técnicas utilizadas para aumentar a proeminência do tecido mamário podem ser utilizadas para facilitar a pega. Mesmo se o mamilo se mantiver retraído, o bebé deve ser capaz de fazer a pega se a mãe ajudar a introduzir a mama na boca.</p>		

Tabela 1- Cinco tipos básicos de mamilos. Adaptado: (Mannel *et al.* 2011).

Outras variações de mamilo:

- Bolboso: mamilo grande que pode dificultar a pega do bebé.
- Encovado: risco acrescido de maceração, uma vez que o mamilo é envolvido pela aréola.
- Bifurcado;
- Dois e/ou mais mamilos juntos;
- Verruga: tem maior prevalência durante a gravidez.

C) Outros problemas comuns

O ingurgitamento mamário caracteriza-se por distensão excessiva do tecido mamário, causando grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. A mama encontra-se com tamanho aumentado, dolorosa, com áreas difusas avermelhadas,

edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade. Costuma ocorrer com mais frequência entre o terceiro e o quinto dia após o parto e, geralmente, está associado a um dos seguintes fatores: início tardio da amamentação, mamadas pouco frequentes, restrição da duração das mamadas, uso de suplementos e sucção ineficaz do bebê. (Biancuzzo, 1999)

Mamilos muito dolorosos e com alterações de cor, forma ou volume apesar de muito comuns, não são normais. Os traumas mamilares incluem eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras e equimoses. A causa mais comum de dor ao amamentar deve-se a traumas mamilares por posicionamento e pega inadequados. Outras causas incluem variações anatómicas do mamilo, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não-nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não interrupção da sucção da criança antes de retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e contacto prolongado com tecidos húmidos. (Giugliani, 2004)

A mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama que pode ou não progredir para uma infeção bacteriana. Ocorre mais frequentemente na segunda e terceira semanas após o parto e raramente após a 12^a semana. Qualquer fator que favoreça a estagnação do leite materno predispõe ao aparecimento de mastite, como por exemplo: redução súbita do número de mamadas, longo período de sono do bebê à noite, uso de chupetas ou biberões, não esvaziamento completo das mamas, freio de língua curto, criança com sucção débil, produção excessiva de leite, separação entre a mãe e o bebê e desmame abrupto. (World Health Organization, 2000)

A baixa produção de leite materno deve-se ao facto de a lactogénese, que se inicia no 3^o ou 4^o dia de puerpério, ser de controlo autócrino e depender basicamente do esvaziamento da mama. Portanto, é a qualidade e a quantidade de sucção da criança que passam a governar a síntese do leite materno. A integridade do eixo hipotálamo-hipófise, regulando os níveis de prolactina e ocitocina, é essencial tanto para o início como para a manutenção da síntese láctea. A libertação da ocitocina pode ocorrer também em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, a ansiedade, o medo e a falta de

confiança podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação. (Riordan e Countryman, 1980)

1.2.2. Anatomofisiologia do lactente na amamentação

A cavidade oral é limitada pelo palato, pavimento da boca, pelos lábios e bochechas. O palato duro é curto, largo e ligeiramente arqueado, com rugas palatinas bem evidentes. O palato mole e a epiglote estão muito próximos. (Morris e Klein, 2000)

O palato duro opõe-se à língua ajudando a comprimir o mamilo e a estabilizá-lo na boca. Após o nascimento, a forma do palato duro é delineada pela pressão contínua da língua, uma vez que esta fica encostada ao palato quando a boca está fechada; a inclinação do palato deve ser moderada e suave. (Merkel-Walsh e Rosenfeld-Johnson, 2003)

O palato mole é um músculo que trabalha em conjunto com a língua criando uma união posterior da cavidade oral, permitindo a criação de sucção. Deve estar intacto e elevar-se durante a deglutição. (Lawrence e Lawrence, 2005)

Os maxilares fornecem estabilidade aos movimentos da língua, lábios e bochechas. O retrognatismo mandibular é característico dos lactentes. (Mannel *et al.*, 2011)

O recém-nascido apresenta a mandíbula distalizada em relação à maxila. Esta diferença varia entre 0 a 8 mm, sendo em média 2,5 mm no gênero feminino e 2,7 mm no masculino. Nos recém-nascidos, os movimentos mandibulares são pequenos, apenas no sentido ântero-posterior, devido ao pequeno desenvolvimento do côndilo mandibular e da cavidade glenóide. (Neto *et al.*, 2009)

São os movimentos exercidos na sucção do peito materno durante a amamentação que anteriorizam a postura mandibular, estimulando o crescimento da mesma.

Os bebês prematuros apresentam, muitas vezes, instabilidade dos maxilares, resultante da imaturidade dos músculos e do baixo tônus muscular. (Palmer, 1993)

Os processos alveolares estão cobertos pelos abaulamentos gengivais que se segmentam para indicar os locais de desenvolvimento dos dentes. A boca edêntula da criança apresenta mucosa gengival de cor rósea e firmemente aderida. (Neto *et al.*, 2009)

A língua normalmente é macia, fina e móvel, com uma ponta arredondada e boa tonicidade. É usada pelo bebé em conjunto com os lábios, para se aproximar do mamilo, ajudando os lábios a vedar a cavidade oral, quando o bebé é amamentado. (Palmer, 1993)

Em relação ao tecido duro da boca, a posição de repouso da língua molda as estruturas em torno dela. Por essa razão, a língua afeta a dentição e fala do bebé. (Merkel-Walsh e Rosenfeld-Johnson, 2003)

As bochechas são definidas pelos músculos bucinador e masséter, são constituídas por tecido adiposo, formando *coxins* de gordura que ajudam na estabilização da cavidade oral, durante a sucção, e a proporcionar limites laterais para a língua. Estes depósitos de gordura subcutânea ajudam a fornecer um suporte estrutural para a actividade oral e da faringe do lactente. (Morris e Klein, 2000)

O fraco desenvolvimento das bochechas afeta a tonicidade facial, baixando-a, facto este com repercussões a dois níveis. Segundo Wolf e Glass (1992), o bebé pode sentir dificuldades em manter os níveis de sucção adequados. Uma vez que a hipotonia das bochechas também influencia a junção labial durante a amamentação, quando esta é reduzida dificulta a junção labial enquanto a criança amamenta, o que, por sua vez, pode levar a uma perda de líquido durante a mamada (derrame de leite).

Por seu lado, Mannel *et al.* (2011), refere que o lactente usa os lábios para se aproximar do mamilo e estabilizá-lo dentro da boca. Os lábios circundam e unem-se suavemente em torno da mama durante a amamentação. A tonicidade labial hipotónica resulta na fraca capacidade dos lábios em unirem-se à volta da mama. Isto pode afectar a sucção, dado que o lactente perde repetidamente a junção dos lábios, tendo de voltar a formá-la, o trabalho na mamada aumenta, tornando-se ineficaz e cansativo.

1.2.2.1. Fatores que influenciam e/ou contribuem para uma amamentação ineficaz

A) Anomalias da face, da boca ou da faringe

- Lábio leporino/palato fendido.
- Macroglossia: língua excessivamente grande.

- Micrognatismo: maxilar recuado e língua em posição posterior.
- Anquiloglossia: freio da língua curto.
- Arco palatino elevado: palato em forma de bolha.

B) Disfunção do Sistema Nervoso Central ou Periférico ou da Musculatura

- Distrofia muscular;
- Paralisia cerebral;
- Prematuridade;
- Síndrome de Down;
- Asfixia;
- Hemorragia intracraniana;
- Infecção do SNC (Sistema Nervoso Central).

C) Analgesia/anestesia materna;

D) Medicação da mãe durante o período pré-natal;

E) Fatores relacionados com o nascimento do bebê (tipo de parto, parto por ventosa);

F) Separação da mãe e do bebê;

G) Políticas ou práticas hospitalares que limitem a duração e/ou frequência da amamentação;

H) Introdução precoce de dispositivos artificiais e/ou substitutos do leite materno;

I) Temperatura ambiente: a pressão de sucção diminui quando a temperatura ambiente aumenta de 26,6 para 32,2°C; (Anderson, 1982)

J) Dor na cavidade oral (lesões provocadas por herpes *simplex*, aftas, trauma oral secundário à sucção, entubação).

1.3. Anatomia e Fisiologia do Sistema Estomatognático

1.3.1. As Funções do Sistema Estomatognático

A respiração, a deglutição e a sucção são funções do SEG (Sistema Estomatognático) que influenciam e acompanham o crescimento do esqueleto cefálico, estando presentes desde o nascimento e sendo funções fulcrais e vitais à sobrevivência humana. (Rodrigues, Bolini e Minarelli-Gaspar, 2006)

Diversos autores reiteram que a amamentação é a primeira mastigação, antes da maturidade neurológica da função, pelo que, a sucção, deglutição e respiração, funções primárias do bebê, são desenvolvidas através de uma correta forma de amamentação, devendo constituir um sistema equilibrado. (Carvalho e Tamez, 2005; Antunes *et al.*, 2008)

1.3.2. O Sistema Estomatognático

Somente a amamentação natural, realizada de forma correta, estimulará o SEG e, assim, o seu desenvolvimento ocorrerá da forma mais completa possível. (Brizola, Senandes e Ferreira, 2005)

No ato de amamentar, a criança realiza um exercício físico contínuo que propicia o desenvolvimento da musculatura e estrutura óssea bucal, proporcionando o desenvolvimento facial harmónico. Isto direciona o crescimento das estruturas importantes, como o seio maxilar para a respiração e fonação, desenvolvimento do tônus muscular, crescimento ântero-posterior dos ramos mandibulares, anulando o retrognatismo mandibular. Além disso, ele impede alterações no SEG, a saber: prognatismo mandibular, musculatura labial superior hipotónica, musculatura labial inferior hipertónica, atresia do palato, interposição da língua e atresia do arco superior e evita má-oclusão, como mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e aumento da sobressaliência. (Antunes *et al.*, 2008)

Na amamentação, estão envolvidas cerca de oito estruturas musculares do SEG: o músculo masséter, o pterigóideo lateral, pterigóideo medial, temporal, língua, orbicular dos lábios, mental e bucinador.

Com o desenvolvimento desses músculos a criança apresentará uma face harmoniosa, diminuindo os riscos de oclusopatias, facto que ocorre com maior frequência em crianças amamentadas por meios artificiais. (Tomita *et al.*, 2004)

Do ponto de vista funcional, os movimentos efetuados durante a amamentação natural ocasionam a movimentação de cerca de vinte músculos orofaciais, com abaixamento, protusão, elevação e retrusão da mandíbula, por meio da atuação dos músculos pterigóideo lateral e medial, masséter, temporal, digástrico, génio-hioideo e milo-hioideo. Assim, a amamentação natural previne a ocorrência da síndrome do respirador bucal, além de prevenir o desenvolvimento da deglutição atípica, das más oclusões, das disfunções craniomandibulares, das alterações na fonação e de patologias do aparelho respiratório. (Neto *et al.*, 2009)

A língua é formada por um grupo de músculos. Se existir falta de trabalho muscular, como na amamentação artificial, a língua fica hipotónica, mole e pesada, e este facto tem repercussão na mastigação, na deglutição, na fala, na oclusão e na respiração. (Carvalho e Tamez, 2005)

Na amamentação natural toda a musculatura da língua trabalha ativamente. A ponta da língua permanece anteriorizada, o dorso baixo, e durante o processo de recepção do leite os bordos da língua encontram-se elevados, fazendo a “concha” para receber o leite e, quando cheia, aciona o processo de deglutição. (Pellizzaro *et al.*, 2008)

O músculo bucinador é o principal componente da bochecha, produz pressão negativa na sucção em dispositivos artificiais. O seu estado hipertónico, por excesso de trabalho, é a etiologia da diminuição transversal da maxila e do estreitamento da base nasal. (Vinha, 2003)

A mama permite um exercício fisioterápico, necessário ao desenvolvimento do SEG. Através da amamentação, a mandíbula posiciona-se mais anteriormente; alguns músculos mastigatórios, como o temporal, o pterigóideo lateral e o milo-hioideo iniciam a sua maturação e reposicionamento; a língua estimula o palato, evitando que a ação dos bucinadores seja inadequada; o orbicular dos lábios mostra-se eficiente na orientação do crescimento e desenvolvimento da região anterior do SEG, ou seja, promove a integração entre a recepção de estímulos corretos e respostas adequadas. (Neto *et al.*, 2009)

1.3.3. O Reflexo de Sucção

Segundo Almeida (*cit. in* Medeiros 2005), ainda no ventre da mãe, o ser humano já começa a exercer sucção dos dedos, língua e lábios, numa atitude instintiva dos mamíferos.

O reflexo de sucção é um reflexo adaptativo, modulado pela formação reticular do tronco encefálico, é observado *in útero* entre as 15 e as 18 semanas de gestação. (Ianniruberto e Tajani, 1981)

O mecanismo de sucção inicia-se com o reflexo de procura. Esse reflexo é um precursor para a pega correta, pois, quando os lábios ou as bochechas são estimulados, a criança move a face em direção ao estímulo, executando abertura da boca e protrusão da língua. (Neiva *et al.*, 2003)

O recém-nascido, normalmente, apresenta sucção reflexa como resposta a qualquer objeto que lhe toque nos lábios. Um ligeiro toque do mamilo ou de um dedo nos lábios ou na língua dá origem aos complexos movimentos do ato de amamentar. (Premji e Paes, 2000)

O primeiro contacto estabelecido entre a mãe e o bebé é muito importante para o estabelecimento e desenvolvimento dos reflexos motores que proporcionarão uma amamentação adequada. Para o bebé, o contacto com o mamilo da mãe estimula terminações nervosas periorais e intra-orais, que modulam regiões do tronco encefálico, aperfeiçoando o reflexo de sucção e permitindo uma amamentação quantitativamente melhor. Por conseguinte, é de extrema importância o bebé receber a primeira mamada durante a primeira hora de vida. Por outro lado, a sedação durante o parto e a separação do bebé da mãe, por longos períodos de tempo, podem retardar os reflexos de sucção. (Carvalho e Tamez, 2005)

A ausência ou a diminuição da sucção pode indiciar imaturidade do SNC, prematuridade, maturação tardia, mau desenvolvimento do SNC (várias trissomias), lesões pré-natais no SNC (devido a medicamentos tomados pela mãe durante o parto, asfixia, trauma) ou problemas congénitos sistémicos (doença cardíaca, sepsis, hipotiroidismo infantil). (Mcbride e Danner, 1987)

1.4. Mecânica da Amamentação

Estudos feitos com cineradiografias e ultrassonografias viabilizaram mais conhecimentos sobre como o bebê se alimenta pelo peito materno.

Abertura

O primeiro movimento é o de abertura e abaixamento mandibular. Para a execução deste movimento trabalham os músculos abaixadores da mandíbula (supra e infra-hióideos, milo-hióideo, génio-hióideo e digástrico), participando também o feixe inferior do músculo pterigóideo lateral. Os infra-hióideos fixam o osso hióide impedindo-o de subir, enquanto os supra-hióideos, apoiados no próprio hióide, provocam um abaixamento mandibular. (Weber, Woolridge e Baum, 1986; Woolridge, 1986)

Protusão Mandibular

Este movimento tem como objetivo alcançar os seios maternos que se encontram sob a aréola mamária. Entram em ação os músculos pterigóideo medial, masséter e essencialmente os pterigóideos laterais, mais precisamente o feixe inferior. O movimento de protrusão mandibular é o responsável pelo crescimento mandibular. Na ATM (articulação temporomandibular) observa-se translação dos côndilos para anterior com rotação para distal, colocando o côndilo sobre a tuberosidade maxilar. Nesta fase os ligamentos retrodisciais tensionam os côndilos, que são constituídos por cartilagem secundária e, por isso, são suscetíveis a estímulos externos, alterando a velocidade e a quantidade de crescimento, estimulando um crescimento mandibular para posterior (em direção à cavidade temporal) mas com deslocamento para anterior, aumentando o crescimento ósseo da mandíbula. (Petrovic, 1972; Weber, Woolridge e Baum, 1986; Woolridge, 1986)

Fecho da Mandíbula

O movimento de fecho da mandíbula tem como objetivo comprimir os seios, utilizando o masséter, pterigóideo medial e temporal (fibras verticais). Para a compressão ser efetiva, o rebordo alveolar inferior eleva-se contra o superior, a língua justapõe-se o

mais firmemente possível em relação ao mamilo e os seios maternos, comprimidos, ejetam o leite. Na ATM, observa-se rotação dos côndilos para anterior, mantendo o côndilo na região do tubérculo articular com os ligamentos retrodiscais estirados, ou seja, exercendo tensão na cartilagem condiliana e estimulando o seu crescimento. (Escott, 1989)

Retrusão Mandibular

A compressão dos seios maternos por si só não é suficiente para extração do leite. Inicia-se um movimento retrusivo para que os rebordos gengivais e a língua, já comprimindo os seios, levem o leite do peito para a cavidade oral do lactente. Entram então em ação, as fibras oblíquas e horizontais do músculo temporal, o digástrico e as fibras superiores do músculo pterigóideo lateral, comandando o retorno do menisco articular dentro da cavidade temporal. (Weber, Woolridge e Baum, 1986; Elad *et al.*, 2014)

Quando o leite cai na língua do lactente, já no palato mole, um movimento peristáltico é disparado, iniciando-se na ponta da língua e direcionando-se para a orofaringe, comprimindo todo o mamilo contra o palato duro, da aréola até ao mamilo, terminando o trabalho de extração do leite. (Weber *cit. in* Carvalho e Tamez, 2005)

1.4.1. Mecanismos que ocorrem durante a sucção que facilitam a extração do leite

A) Pressão negativa na cavidade oral

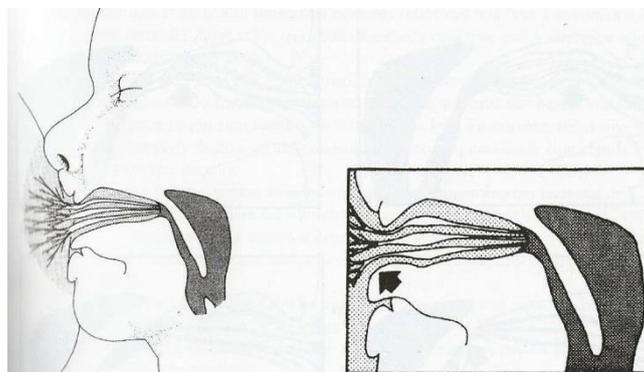


Figura 1- Ciclo de sucção completo. Fonte: (Mannel *et al.*, 2011).

Os recetores táteis dos lábios do bebé detetam o mamilo materno e levam os músculos labiais (orbicular dos lábios e controladores da comissura) a contraírem-se firmemente em torno do mamilo, caracterizando um selamento hermético. O colo do mamilo é o primeiro a ser comprimido, entre o rebordo gengival superior e a ponta da língua, cobrindo o rebordo gengival inferior com uma depressão da mandíbula e da língua, o que requer o trabalho dos músculos linguais. São estes fenómenos que criam uma pressão negativa na boca do lactente. (Douglas, 1998)

Junto a estes eventos ocorre a movimentação mandibular. Quando a mandíbula desce, o mamilo atinge um comprimento três vezes maior, momento em que a sucção é exercida por diminuição da pressão intrabucal, que se torna negativa. (Bervian, Fontana e Caus, 2008)

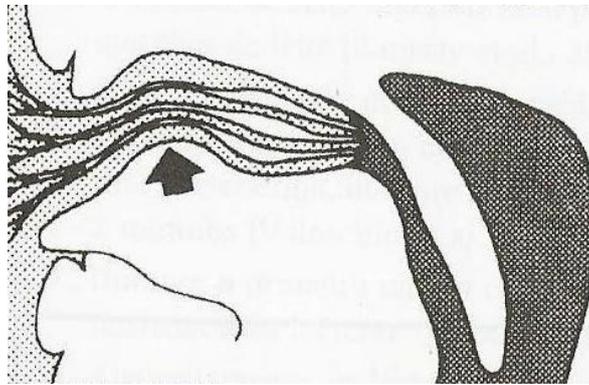


Figura 2- Ciclo de sucção completo. Fonte: (Mannel *et al.*, 2011).

A língua tem de ser capaz de elevar, livre e levemente, o mamilo da mãe contra o palato duro, de modo a que, a cada abaixamento subsequente da língua, exista uma ampliação adequada da cavidade oral para criar uma pressão negativa. (Ramsay *et al.*, 2004)

B) Pressão positiva da língua contra o bico (mamilo e aréola)

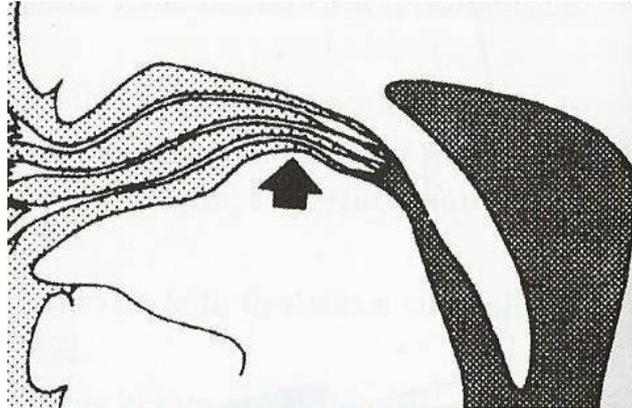


Figura 3- Ciclo de sucção completo. Fonte: (Mannel *et al.*, 2011).

Após o leite ser depositado na língua, inicia-se a fase de pressão positiva, pois ocorre a contração da musculatura elevadora da mandíbula. A mandíbula e a língua, elevadas em conjunto com a contração do bucinador, determinam na cavidade oral uma pressão positiva. Esta pressão é aumentada quando o centro da língua passa de côncavo para convexo, impedindo o leite de ir em excesso para a faringe, sendo designada como função de êmbolo. (Colunista Portal-Educação, 2013)

C) Movimento peristáltico da língua ao longo do bico

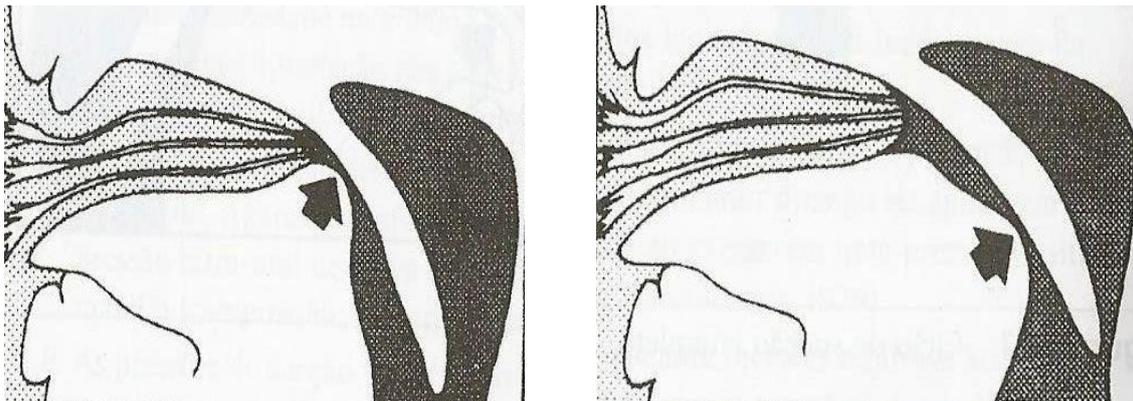


Figura 4- Ciclo de sucção completo. Fonte: (Mannel *et al.*, 2011).

Os bordos laterais da língua formam um sulco ou canal central que conduz o leite para a parte posterior da cavidade oral. A acumulação de leite na cavidade oral posterior provoca a deglutição. (Woolridge, 1986; Wolf e Glass, 1992)

Na sucção, a língua apresenta ondulações rítmicas na superfície, do sentido anterior para o posterior. Estas ondulações rítmicas têm como objectivo orientar o bolo lácteo até à faringe com a ajuda também das amígdalas palatinas, as quais modulam o fluxo de deglutição. (Bervian, Fontana e Caus, 2008)

D) Aumento da pressão intraductal

A secreção de leite é lenta e ocorre no intervalo entre as mamadas; o leite fica armazenado principalmente nos alvéolos mamários e em pequena quantidade no sistema de ductos mamários. Embora haja secreção nos alvéolos pela acção da prolactina, o leite formado não flui automaticamente para os ductos e mamilo. Há a necessidade de produzir um reflexo neurogénico e hormonal que garanta a ejeção do leite, conhecido como reflexo de ejeção ou “descida” do leite. (Carvalho e Tamez, 2005)

A pressão intra-oral não é suficiente para a descida do leite, por isso, é necessária a contração dos alvéolos mamários, que são estruturas glandulares localizadas junto aos ductos (ou canais), de forma a aumentar a pressão intraductal. É a ocitocina que produz a contração das células mioepiteliais dos alvéolos mamários, resultando na ejeção do leite para os ductos e do seu fluxo para o mamilo. (Bervian, Fontana e Caus, 2008)

1.5. Desenvolvimento Crânio-facial

O crescimento do crânio e da face, além do carácter genético, está dependente do trabalho dos músculos envolvidos na mastigação e músculos periorais, dos dentes, do comportamento da língua, da deglutição, e todas essas funções, estão dependentes da amamentação. Assim, entende-se a importância da amamentação, tanto nos aspetos mecânicos do trabalho muscular durante a sucção do peito da mãe, quanto na maturidade neural e na evolução e adequação das funções orais conseguidas na prática da amamentação. (Carvalho, Brandão e Vinha, 2002)

O crescimento ósseo-mandibular deve-se aos exercícios de abaixamento, antero-posteriorização e elevações concomitantes da mandíbula durante a sucção, os quais

modificarão a relação maxilo-mandibular para uma posição méso-cêntrica. Com este crescimento, ocorre uma ampliação do espaço oral e uma melhor organização e distribuição dos gérmenes dentários no osso alveolar, contribuindo para a acomodação e livre movimentação da língua dentro da cavidade bucal, que anteriormente se encontrava alargada. (Guedes-Pinto, 2003)

As inserções musculares dos masséteres e pterigóideos mediais, juntamente com o ângulo mandibular vão-se diferenciando e normalizando às custas da função. Inicialmente, para o correto e eficaz movimento ântero-posterior da mandíbula durante a amamentação, os músculos mandibulares encontram-se dispostos horizontalmente, com o desenvolvimento, o ângulo modela-se e os músculos verticalizam-se para, posteriormente, executar a função mastigatória corretamente. (Casagrande *et al.*, 2008)

Além de ser um excelente exercício muscular, a amamentação é um excelente exercício respiratório, pois o recém-nascido sincroniza a respiração com a atividade muscular favorecendo, assim, o desenvolvimento do terço médio da face. O número de sucções durante a mamada pode variar de 5 a 30 por minuto, mas a cada duas ou três sucções a criança inspira, deglute e expira. (Camargo, 1998; Luz, Garib e Arouca, 2006)

A amamentação é um exercício de primordial importância para o desenvolvimento do SEG como um todo, pois estimula a função gástrica normal do bebé (Baldrigui *et al.*, 2001), promove estímulos neurais para um adequado crescimento ósseo e muscular (Queluz e Gimenez, 2000), proporciona a prática muscular e respiratória (Camargo, 1998) e a correta postura da língua (Carvalho, 1997) e possui papel preventivo nas alterações miofuncionais e ortodônticas (Baldrigui *et al.*, 2001; Luz, Garib e Arouca, 2006; Mohebbi *et al.*, 2008; Scavone *et al.*, 2008).

1.6. Tempo de amamentação e a má-oclusão

A Organização Mundial de Saúde, até 2002, recomendava o aleitamento materno exclusivo por 4 a 6 meses. (Carvalho e Tamez, 2005)

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até ao sexto mês de vida e o complementado até aos dois anos ou mais, pelos benefícios que daí decorrem para a saúde e bem-estar do bebé, da mãe, para o ambiente e para a sociedade. Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde recomenda o incentivo

desta prática e assume-a como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais. Apesar das recomendações, as taxas de aleitamento materno, no nosso país, continuam aquém do recomendado. (Pinto, 2008)

Segundo a literatura, a amamentação exclusiva por 6 meses, após o nascimento, é de extrema importância. A sucção do peito materno provoca um desenvolvimento da musculatura da face que, conseqüentemente, conduzirá o crescimento e desenvolvimento ósseo correto da mandíbula, prevenindo as más-oclusões no futuro. No entanto, se o desmame ocorrer precocemente (antes dos 6 meses) e for introduzido o aleitamento artificial, o bebê sentirá a necessidade de procurar um outro tipo de sucção (dedo; chupeta; outros objectos) que o satisfaça emocionalmente e que lhe possam dar um prazer semelhante ao de sugar o seio materno.

Segundo Ferreira *et al.* (2010), a literatura é vasta em associar o tempo de amamentação ao desenvolvimento de hábitos orais deletérios. Recentes estudos realizados demonstraram que a prática da amamentação (quando superior a seis meses) contribui para o decréscimo da ocorrência de hábitos parafuncionais (sucção de chupeta e/ou dedo) e vários autores sugerem que a sucção não-nutritiva pode ser responsável pelo surgimento de más-oclusões na infância.

No estudo realizado por Pereira *et al.* (2003), em que 105 crianças de uma creche brasileira foram avaliadas, com o intuito de estabelecer uma associação entre o período de aleitamento dessas crianças e a presença de hábitos bucais com a instalação de más oclusões, verificou-se que, as crianças que não apresentavam hábitos deletérios (47,4%) encontravam-se no grupo das que foram amamentadas para além do tempo ideal (além dos seis meses de idade).

1.7. Aleitamento Natural vs Artificial

O aleitamento artificial pode substituir o natural por diversos motivos, tais como hipogalactia da puérpera, ingurgitamento mamário, interrupção da produção de leite por causas psicoemocionais, razões específicas que comprometam a saúde da mãe e da criança, como a contaminação do lactente pelo vírus HIV, ou até mesmo por desejo da mãe. (Vinha, 2002)

Segundo Carvalho e Sies (2002), o aleitamento natural e o artificial diferem quanto ao tipo de estimulação neuromotora do complexo craniofacial. O biberão e o peito materno apresentam diferenças marcantes como: a forma da tetina/mamilo, o fluxo de leite, os estímulos tátil-sinestésicos, olfativos, auditivos e visuais que produzem.

O leite do biberão também é extraído por pressão negativa, mas para que isso ocorra a mandíbula realiza apenas dois movimentos: abertura e fecho. A ausência dos movimentos de protrusão e retrusão resulta na manutenção do retrognatismo fisiológico, porque a mandíbula perde o estímulo de crescimento. (Carvalho, Brandão e Vinha, 2002)

De uma maneira geral, o biberão é o recurso artificial escolhido para substituir o peito materno. Através do biberão, a criança alcança, em apenas alguns minutos, a sensação de plenitude alimentar, devido ao grande fluxo de leite que extrai através da tetina. Desta forma, segundo Queluz e Gimenez (2000) e Mercadante (2002), o trabalho da musculatura perioral no momento da sucção é minimizado e com um menor número de sucções, no entanto, o êxtase emocional não é alcançado pela criança, a qual procurará substitutos que a satisfaçam, como o dedo, chupeta ou outros objectos.

É importante ressaltar que, ao ser alimentado pelo seio materno o bebê executa de 2000 a 3500 movimentos com a mandíbula, contrariamente ao que acontece na alimentação por biberão, em que o número desses movimentos é apenas de 1500 a 2000. (Baldrigui *et al.*, 2001; Tomita *et al.*, 2004)

No aleitamento natural é muito maior o número de movimentos mandibulares, o que amplia a estimulação do sistema oral motor-sensorial, favorecendo o adequado desenvolvimento das estruturas da face, evitando oclusopatias. (Mendes, Valença e Lima, 2008)

Músculo	Amamentação	Aleitamento
Masséter	+++	+
Pterigóideo lateral	++++	-
Pterigóideo medial	++++	+
Temporal (fibras verticais)	++++	+
Temporal (fibras horizontais)	++++	-
Língua antero-posterior	++++	+++
Língua transversal (concha)	++++	+++
Língua vertical (elevação dorsal)	+	+++
Lábio superior	++++	+
Lábio inferior	++	+
Mento	+	++++
Bucinator	+	++++

Tabela 2 – Actividade dos músculos envolvidos na amamentação e no aleitamento. Adaptado: (Carvalho e Tamez, 2005).

Quando é necessário recorrer ao uso do biberão, este deverá reproduzir ao máximo a amamentação no seio, mesmo que não seja dado pela mãe. A força de sucção exercida pelo bebé deve assemelhar-se à exercida no seio materno para que se consiga um melhor desenvolvimento da musculatura facial. (Areias *et al.*, 2008)

1.8. Hábitos orais

Estudos indicam que as crianças aleitadas por meios artificiais ficam mais suscetíveis ao desenvolvimento de hábitos orais deletérios, comparativamente àquelas que são amamentadas naturalmente. (Sousa *et al.*, 2004; Cavalcanti, Bezerra e Moura, 2007)

1.8.1. Hábitos orais não-nutritivos

Os hábitos orais deletérios são atitudes repetidas com uma determinada finalidade. Assim, quando a sucção é realizada sem fins nutritivos pela prática repetitiva, pode levar à instalação de um hábito indesejável, como por exemplo, os hábitos de sucção não-nutritivos. A realização do ato, inicialmente, é consciente, até que se automatiza e torna-se inconsciente. Em resultado, os hábitos orais deletérios são capazes de provocar desequilíbrios na musculatura facial, dando origem a maloclusões dentárias. Contudo, o grau de deformidade na oclusão dependerá, dentre outros fatores, da duração, frequência e intensidade do hábito. (Mendes, Valença e Lima, 2008)

Entre os hábitos orais deletérios, podem-se destacar: a sucção do polegar e outros dedos; sucção e mordida dos lábios; deglutição atípica; postura; onicofagia; sucção habitual do

lápiz; chupetas e outros objectos e perturbações funcionais gnatológicas: abrasão, bruxismo diurno e noturno e respiração bucal. (Queluz e Gimenez, 2000)

As crianças amamentadas, tendem a não desenvolver hábitos orais deletérios no futuro, devido a um intenso trabalho muscular realizado durante a sucção do leite materno, resultando numa musculatura perioral fatigada e evitando, assim, que procurem outro tipo de sucção (como dedo, chupeta ou objectos) a fim de se satisfazerem nutricional e emocionalmente. (Bervian, Fontana e Caus, 2008)

Quando a criança é aleitada, o fluxo de leite é bem maior que na amamentação natural, portanto a criança satisfaz-se nutricionalmente em menos tempo e com menor esforço, no entanto, o prazer emocional associado ao impulso da sucção não é atingido, e a criança procura, por este motivo, substitutos como dedo, chupeta e outros objectos para se satisfazer. (Sousa *et al.*, 2004)

Praetzel *et al.* (2002), no seu estudo relacionado com o tipo de aleitamento e o uso de chupeta, concluiu que nos seis primeiros meses de vida da criança esta relação é directamente proporcional ao tempo do aleitamento artificial. Os resultados mostraram que o número de crianças que utilizaram a chupeta foi maior quanto mais precocemente foi introduzido o biberão.

O dano causado no SEG pelo hábito depende das variáveis: frequência, intensidade e duração do hábito (Tríade de Graber). Todo o hábito que perdurar após os três anos ou tiver alta frequência será mais deletério e capaz de causar oclusopatias graves. (Soares e Totti, 1996)

1.9. A Má-oclusão de Classe II esquelética

A má-oclusão é um distúrbio relacionado com alterações dentárias que ocorrem durante o crescimento e desenvolvimento do sistema craniofacial que afeta a função e a estética, exercendo assim uma influência sobre a qualidade de vida e interações sociais. (Corrêa-Faria *et al.*, 2014)

Segundo Gimenez *et al.* (2008), as más oclusões, desvios morfológicos de natureza biofísica do aparelho mastigatório, devido à sua alta prevalência, são consideradas um problema de saúde pública. O mesmo autor, defende ainda que o estudo das más oclusões e da sua etiologia é de fundamental importância para o médico dentista que,

por meio do diagnóstico precoce e de medidas preventivas, inclusive, com a conscientização do paciente e/ou responsáveis, consegue impedir e/ou interceder problemas de difícil solução a longo prazo.

1.9.1. Epidemiologia

“Os problemas oclusais têm sido evidenciados como uma das doenças da civilização moderna, como o são a diabetes e as doenças coronárias, com vários agentes concebíveis, como a alergia respiratória, dieta mole, perda prematura de dentes decíduos, ausência de amamentação”. (Areias *et al.*, 2008)

A má-oclusão de classe II esquelética é um dos problemas ortodônticos mais frequentemente encontrados que ocorre em cerca de um terço da população. A eficácia dos tratamentos ortopédicos funcionais para essa má-oclusão é um tema amplamente debatido, com resultados controversos na literatura ortodôntica. (D'Antó *et al.*, 2015)

1.9.2. Características

A Classe II ocupa um lugar de destaque na literatura ortodôntica. Surgem em maior número casos de Classe II esquelética nas clínicas de ortodontia, devido ao grande comprometimento estético que acarreta, apesar de ser menos frequente do que a Classe I na população. Além disso, a atuação ortodôntica processa-se marcadamente durante a fase de crescimento e de desenvolvimento craniofacial. (Freitas *et al.*, 2005)

A má-oclusão de Classe II de Angle é caracterizada por uma discrepância dentária ântero-posterior, que pode ou não estar associada a alterações esqueléticas. Além do comprometimento estético, o facto de vir associada a um overjet acentuado faz com que o paciente fique mais exposto a traumas dentários. (Freitas, 2009)

A relação molar de Classe II estabelece-se, seja na dentição decídua, mista ou permanente. Esta não se autocorrigue apesar do crescimento da mandíbula poder ocorrer a um ritmo maior e por mais tempo do que o da maxila. O crescimento diferencial não é o suficiente para corrigir este tipo de má-oclusão. (Bishara, 2006)

1.9.3. Etiologia

Toda a má-oclusão apresenta uma origem multifactorial e não uma única causa específica. Uma interação de vários fatores pode influenciar o crescimento e o desenvolvimento dos maxilares resultando em más oclusões. (Almeida *et al.*, 2000)

A hereditariedade constitui um dos principais fatores etiológicos pré-natais das más oclusões. Existem certas características populacionais e familiares que podem comprometer a morfologia dento-facial de um indivíduo. (Ferreira, 1996)

As más oclusões de ordem esquelética Classe II possuem um componente genético na sua etiologia. Na maioria dos casos, quando um indivíduo apresenta uma má-oclusão de Classe II, muito provavelmente, algum dos seus antecedentes também a exibiu. Este facto pode ser facilmente comprovado observando-se fotografias de gerações anteriores. (Lundström, 1984)

A Classe II de origem esquelética possui forte componente hereditário como fator causador, relacionado tanto com tendência familiar quanto com etnia, características fundamentais na variação morfológica das más oclusões. (Freitas *et al.*, 2005)

As deformidades congénitas, assim como os fatores hereditários, também constituem uma das causas etiológicas pré-natais das más oclusões, e caracterizam-se por apresentar grande influência genética. Essas deformidades, agem sobre o embrião, desde a sua formação intra-uterina até ao momento do nascimento, apresentando manifestações clínicas imediatas ou tardias (Fissuras de Lábio e/ou Palato; Disostose Cleidocraniana; Displasia Ectodérmica; Síndrome de Blochsulzberger; Síndrome de Rieger). (Silva Filho *et al.*, 1992)

Segundo diversos autores, as deformações adquiridas, que podem provocar uma má-oclusão, caracterizam os fatores etiológicos pós-natais, podendo estes serem divididos em gerais, locais e proximais/ambientais:

- Fatores gerais: fatores traumáticos, endocrinopatias, doenças sistémicas e fatores nutricionais. (Almeida *et al.*, 2000)

- Fatores locais: representam os fatores mais diretamente relacionados com a cavidade oral e talvez sejam, para os ortodontistas, a causa mais importante das más oclusões

(perda prematura de dentes decíduos; perda de dentes permanentes; retenção prolongada e reabsorção anormal dos dentes decíduos; anomalias dentárias de número; anquilose; cistos; erupção ectópica de dentes permanentes; freios labiais). (Bittencourt e Machado, 2010)

- Fatores proximais/ambientais: onde se inserem o tipo de aleitamento e os hábitos orais deletérios, assuntos abordados ao longo deste trabalho. (Bishara, 2006)

1.9.4. Diagnóstico clínico

Quando de origem esquelética, a Classe II caracteriza-se pela presença de discrepância sagital no tamanho ou na posição das bases apicais, sendo frequentemente acompanhada por compensações dentárias. Ela pode compreender a deficiência mandibular, o prognatismo maxilar ou a associação destes. A deficiência mandibular resulta de uma mandíbula pequena ou retraída em relação à maxila. O paciente apresenta, geralmente, ângulo nasolabial normal, protrusão relativa dos dentes superiores anteriores, deficiência do mento, sulco mentolabial pronunciado, com lábio inferior invertido e rotação da mandíbula para baixo e para trás, devido ao tamanho reduzido do corpo e/ou do ramo, com altura facial posterior diminuída e plano mandibular inclinado para baixo. Quando o corpo é menor e o ramo mandibular tem comprimento normal ou exagerado, a altura facial anterior geralmente apresenta-se reduzida. (Bishara, 1998)

A taxa de sucesso no tratamento da má-oclusão de Classe II pode ser significativamente influenciada por fatores tais como: protocolo de tratamento, severidade da má-oclusão, idade do paciente e o grau de colaboração do paciente. (Janson *et al.*, 2009)

II.1.1. DISCUSSÃO

A literatura mostra que a forma de aleitamento interfere no padrão de movimentação dos músculos mastigatórios, no correto estabelecimento da deglutição e da respiração, além de suprir as necessidades nutricionais e neurológicas da criança, sendo a sucção considerada a primeira fase da mastigação. A falta ou ausência da amamentação correlaciona-se com o hipodesenvolvimento do complexo mastigatório, com a instalação de respiração mista ou bucal, deglutição atípica e, conseqüentemente, com o desenvolvimento inadequado que conduz às más oclusões.

Num estudo realizado por Gimenez *et al.* (2008), observou-se que as más oclusões foram menos frequentes em crianças que foram amamentadas por mais de 6 meses. Os autores concluíram que devido à falta de informação e orientação das mães e gestantes em relação aos benefícios da amamentação, a maioria das crianças estudadas foram aleitadas precocemente. Concluíram ainda, que a simples presença do aleitamento num único momento do dia já foi suficiente para a observação de más oclusões, principalmente da mordida aberta anterior, estando em concordância com a literatura consultada. Os autores defendem também que este acontecimento tenha sido decorrente do facto de as crianças aleitadas também serem portadoras do hábito de sucção de chupeta.

Vianna *et al.* (2004), pelo contrário, referem que ao nascimento, a sucção é uma actividade imprescindível para o desenvolvimento do bebé, porém a persistência desse e de outros hábitos como a sucção de polegar, de chupeta, a interposição de língua e de lábio e a deglutição atípica, podem provocar alterações nas posições dos dentes.

No estudo desenvolvido por Medeiros *et al.* (2005), a duração e o tipo de aleitamento, foram considerados fatores predisponentes para o desenvolvimento de possíveis hábitos orais deletérios e, conseqüentemente, de más oclusões.

Com base na literatura consultada, foi possível concluir que a amamentação favorece o desenvolvimento do SEG e previne o aparecimento de maus hábitos orais que, por sua vez, podem levar à má-oclusão dentária. É imprescindível que os profissionais que se dedicam ao atendimento de crianças estejam aptos para um diagnóstico etiológico e precoce. Os profissionais de saúde, de uma maneira geral, incluindo os Médicos Dentistas, em particular, os Ortodontistas e Odontopediatras, devem divulgar

socialmente a importância da amamentação, indicando todos os benefícios que esta acção traz ao desenvolvimento das funções orais, nutricionais, imunológicas, afetivas e psicológicas do bebé. O profissional, caso a criança apresente alterações funcionais, deverá orientar, corrigir ou mesmo encaminhar a outro especialista na área. (Casagrande *et al.*, 2008)

Sendo o Médico Dentista um profissional de saúde ligado ao processo de desenvolvimento da face, é de extrema importância, que o mesmo, tenha este conhecimento e exerça o seu papel dentro de uma equipa multidisciplinar.

Ressalta-se a importância da consciencialização da população sobre o valor da amamentação para suprir as necessidades nutricionais, psicológicas e como medida preventiva à instalação de hábitos de sucção não-nutritivos e consequente má-oclusão. (Mendes, Valença e Lima, 2008)

Tendo em mente o facto do desmame precoce trazer consequências no desenvolvimento do SEG, na oclusão, na respiração e em outros aspectos da criança, ressalta-se a importância da amamentação, para que o incentivo desta prática e o estabelecimento do correcto padrão de sucção seja a base para a prevenção de alterações oclusais e funcionais. (Neiva *et al.*, 2003)

Giugliani (2005), refere que para haver sucesso na amamentação é necessário torná-la um hábito cultural e educar a população em geral sobre as vantagens e a importância desta prática, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, integrando intervenções em conformidade com os conhecimentos científicos mais recentes, apoiar as mães durante a amamentação, criar condições nos locais de trabalho, fazer cumprir as leis vigentes em matéria de amamentação e propor novas leis que promovam melhorar esta prática, tornando-se imperioso restringir a publicidade inadequada dos substitutos do leite humano, assim como o uso de biberões, tetinas e chupetas.

II.2. INVESTIGAÇÃO

1. Protocolo do Estudo

1.1. Tipologia do estudo

Estudo observacional descritivo.

1.2. População alvo

O CHP (Centro Hospitalar do Porto), é um hospital central e universitário pela sua associação ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, que visa a excelência em todas as suas actividades numa perspetiva global e integrada da saúde. Do CHP fazem parte o Hospital Santo António, o Hospital Joaquim Urbano e a antiga Maternidade Júlio Dinis, actual Centro Materno Infantil do Norte (CMIN).

O presente estudo realizou-se no CMIN, no departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva, responsável pelos serviços de Obstetrícia e Ginecologia.

Os Serviços de Obstetrícia e Ginecologia do CMIN foram os locais escolhidos para a realização do estudo, por serem os locais onde existe grande probabilidade de encontrar a população alvo pretendida, mães e grávidas (primíparas ou multíparas) e, também, por ser na cidade do Porto, cidade onde se situa a Universidade Fernando Pessoa.

O CMIN serve utentes do Porto Ocidental e Gondomar, em primeira referência, seguido da população de Trás-os-Montes.

1.3. Amostra

Tendo em conta que as populações dos concelhos do Porto e Gondomar frequentam o CMIN, em primeira referência, e uma vez que o inquérito aplica-se à população feminina em idade fértil (18-49 anos de idade) que frequentem as consultas de obstetrícia e ginecologia do CMIN, para determinar o tamanho da amostra, seria necessário um dado estatístico fornecido pelo CMIN que permitisse saber o número médio de mulheres que por mês frequentam esses serviços. Só assim seria possível calcular o tamanho da amostra, com o auxílio do programa *OpenEpi*

(<http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>), que ajuda a determinar estatísticas epidemiológicas para a saúde pública.

Esse dado estatístico não foi fornecido pelo CMIN. Então, recorreu-se ao Instituto Nacional de Estatística (INE), solicitou-se por e-mail o envio do número de mulheres em idade fértil (dos 14 aos 49 anos de idade) habitantes no concelho do Porto e Gondomar, no ano de 2014 e/ou no de 2015.

O INE respondeu, fornecendo o número de pessoas residentes no ano de 2013 (ano disponível pelo INE), por local de residência, género e grupo etário e, ainda forneceu outro dado, a percentagem de mulheres em idade fértil na população residente feminina por local de residência, também referente ao ano 2013.

Com o auxílio do programa disponível na internet “*OpenEpi*” e com os dados fornecidos pelo INE determinou-se o tamanho da amostra com 95% de confiança. O tamanho amostral, incluindo Gondomar e Porto, com 95% de confiança, foi de 384. No entanto, este tamanho amostral não foi utilizado, uma vez que, se fosse utilizado, considerava-se que todas essas mulheres frequentavam o CMIN, o que na realidade não acontece.

Período de referência dos dados	Local de residência (NUTS - 2002) (1)	População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo e Grupo etário; Anual (2)							
		Sexo							
		M							
		Grupo etário							
		10 - 14 anos	15 - 19 anos	20 - 24 anos	25 - 29 anos	30 - 34 anos	35 - 39 anos	40 - 44 anos	45 - 49 anos
		N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
2013	Continente	252 692	251 800	261 998	277 005	336 002	398 012	387 820	378 135
	Norte	97 133	99 878	103 272	106 194	124 276	145 375	148 719	149 447
	Grande Porto	32 570	32 582	33 477	36 403	44 648	51 947	53 010	52 517
	Gondomar	4 484	4 432	4 679	4 909	5 675	6 709	7 319	7 283
	Porto	4 478	4 878	4 788	5 417	6 428	7 472	7 729	8 513

Tamanho da amostra para a frequência em uma população

Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp)(N): 161064
 frequência % hipotética do fator do resultado na população (p): 50%+/-5
 Limites de confiança como % de 100(absoluto +/-%)(d): 5%
 Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF): 1

Tamanho da Amostra(n) para vários Níveis de Confiança

Intervalo Confiança (%)	Tamanho da amostra
95%	384
80%	165
90%	271
97%	470
99%	661
99.9%	1076
99.99%	1501

Equação

Tamanho da amostra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$

Resultados do OpenEpi, Versão 3, calculadora de código aberto--SSPropor
 Imprima a partir do navegador com ctrl-P
 ou seleccione o texto para copiar e colar em outros programas.

Figura 5- Dados fornecidos pelo INE.

1.3.1. Tipo e tamanho da amostra

Optou-se pela utilização de uma amostra de conveniência, constituída por mães e grávidas (primíparas e multíparas), utentes do CMIN, com idades compreendidas entre os 16 e os 44 anos, um total de 122 participantes.

1.4. Local de recolha de dados

A recolha de dados realizou-se nas salas de espera dos serviços de Obstetrícia e Ginecologia do CMIN.

1.5. Critérios de inclusão e exclusão

1.5.1. Critérios de inclusão

- mulheres que frequentaram os serviços de ginecologia e obstetrícia do CMIIN;
- mulheres em idade fértil, compreendida entre os 14 e os 49 anos;
- mães e grávidas (primíparas ou multíparas);

1.5.2. Critérios de exclusão

- mulheres fora da idade fértil;
- mulheres que não tinham filhos e que não se encontravam grávidas.

1.6. Plano Operacional

Numa primeira etapa, que decorreu entre Setembro e Novembro de 2014, foi realizada a pesquisa bibliográfica necessária à definição dos objectivos do estudo e à construção do inquérito.

Na segunda etapa, iniciou-se a recolha de dados no CMIN. O início da recolha teve lugar no dia 16 de Março e terminou dia 10 de Abril de 2015.

Os questionários foram entregues pela autora, Eliana Ferreira da Silva, nas salas de espera dos serviços de obstetrícia e ginecologia do CMIN, onde mães e grávidas preencheram os inquéritos e onde foi dada a oportunidade de esclarecer qualquer dúvida que surgisse durante o preenchimento.

Os inquéritos, de resposta simples e rápida, foram preenchidos anonimamente.

1º Apresentação do estudo: objectivos, população alvo, método de recolha de dados e de tratamento desses mesmos dados.

2º Apresentação do formulário de consentimento informado (ANEXO 2) da Universidade Fernando Pessoa (área não-clínica, participantes maiores de idade) para garantir a participação no estudo.

3º Por fim, apresentação do inquérito (ANEXO 3) à participante para posterior preenchimento.

Uma vez que no formulário de consentimento informado constava o nome da participante no estudo, e sendo o inquérito anónimo, o formulário de consentimento informado não foi anexado ao inquérito.

Finalmente, nos meses de Maio e Junho, seguiu-se com o tratamento e análise dos dados recolhidos com o auxílio do *software* IBM SPSS Statistics 22.

1.7. Autorizações

O parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa foi recebido pouco tempo depois da entrega da documentação necessária à sua aprovação na secretaria da Universidade. A documentação foi entregue no dia 24/10/2014 e o parecer favorável foi dado dia 25/11/2014.

Para que fosse possível obter autorização por parte do CMIN para realização da recolha de dados, foi pedida uma reunião com o Dr. Serafim Guimarães (Director do Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva do CMIN), no dia 14 de Outubro de 2014, às oito e meia da manhã no CMIN. Ao Dr. Serafim Guimarães e ao Dr. Jorge Sousa Braga (Director do Serviço de Obstetrícia do CMIN), no dia da reunião, foi-lhes apresentado o inquérito e um documento com a apresentação sumária do projecto. Durante a reunião foram esclarecidos os objectivos do projecto, a quem se dirigia e quais os momentos em que seria realizada a recolha de dados.

Foram fornecidos pelo Dr. Jorge Sousa Braga, os formulários e documentos que constam na “*checklist*” do DEFI (Departamento de Ensino, Formação e Investigação) do CHP para aprovação deste estudo na instituição.

Os formulários foram preenchidos pela autora deste estudo e assinados, no dia 24 de Outubro, pelos elementos da direcção do CMIN, pelo director do Departamento da Mulher e Medicina Reprodutiva, pelos directores dos serviços de Obstetrícia e Ginecologia, bem como, pela autora e pela docente orientadora Mestre Maria Gabriel Araújo Queirós. Depois de devidamente preenchidos e assinados, os formulários foram entregues no SEI/CES (Secretariado dos Estudos de Investigação/ Comissão de Ética para a Saúde) do CHP.

O parecer favorável por parte do DEFI do CHP, demorou cerca de 3 meses, a autora recebeu uma carta com o parecer favorável na sua residência em Fevereiro de 2015 (ANEXO 1).

1.8. Recursos

1.8.1. Materiais

O inquérito e o consentimento informado foram impressos em papel e foram facultadas canetas para o seu preenchimento.

1.8.2. Financeiros

Impressão dos inquéritos e consentimentos informados e deslocações frequentes ao CMIN.

1.9. Recolha de Informação

O inquérito foi realizado após pesquisa bibliográfica. Foram trocadas impressões com a docente orientadora Mestre Maria Gabriel Queirós para corrigir possíveis falhas na construção do inquérito.

1.9.1. Métodos

Depois de ter sido elaborado e antes da sua aplicação para objecto de estudo, foram distribuídos cerca de 20 inquéritos a familiares e amigos, não envolvidos na área da Medicina Dentária, no sentido de detetarem possíveis falhas de compreensão ou escrita ou outras dificuldades durante o preenchimento dos inquéritos. Esses inquéritos não foram incluídos no estudo. Os erros encontrados nos inquéritos, foram corrigidos antes dos inquéritos serem entregues aos participantes no estudo.

1.9.2. Caracterização do inquérito

O inquérito elaborado apresentava perguntas de resposta fechada e aberta. Sendo as de resposta fechada, respondidas com uma cruz na opção que as participantes achassem a mais adequada e as de resposta aberta quando se questionavam outros motivos que não os expostos na pergunta. A linguagem utilizada foi simples e clara, pouco científica, propositadamente, tendo em conta a população a que se destinava.

As primeiras duas perguntas referiam-se aos dados pessoais da participante, como a data de nascimento e habilitação literária. De seguida, surgiam as perguntas relacionadas

com a amamentação, que perfaziam um total de 10. As duas primeiras permitiam aferir se a participante estava grávida e se tinha ou não filhos. As questões seguintes relacionavam-se com os temas: tempo de amamentação (quanto tempo amamentou a criança (s), se ainda estava a amamentar ou se não amamentou); motivos pelos quais as mães deixaram de amamentar (hipogalactia, mastite, fissuras mamilares, ingurgitamento, pudor em amamentar em público); tempo mínimo de duração da amamentação que consideravam ideal; influência do aleitamento materno na saúde geral da criança, no futuro; influência da amamentação e aleitamento no desenvolvimento da boca e face do bebé; motivos que levariam as participantes a amamentarem (não pretende amamentar; económico; prático; promove o vínculo afectivo entre mãe e filho); existência de políticas de promoção ao aleitamento materno no estabelecimento de saúde que as participantes frequentavam; necessidade ou não da obtenção de mais esclarecimentos relativamente ao impacto que a amamentação tem na saúde oral e geral da criança.

1.10. Metodologia da análise estatística

Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário, como foi referido anteriormente, e foram introduzidos no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 22.0 para Windows®.

Para a caracterização da amostra e tratamento dos dados, foram utilizadas medidas descritivas, tendo sempre em consideração a natureza das variáveis em análise. Assim, utilizou-se quando possível, medidas como: médias, valores mínimos e máximos e as frequências de resposta de cada participante em cada item do inquérito (número de casos válido, n; e percentagem de casos válidos, %).

Quando garantidos os pressupostos e perante variáveis de pendor qualitativo ou nominal, foi utilizado o teste da independência de Qui-Quadrado. Este teste aplicável a variáveis nominais, permite-nos verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos, no que toca a estas variáveis. Quando não foi possível a sua aplicação, optou-se pela utilização do teste de Bonferroni, que sendo um teste mais indicado para amostras pequenas, permite-nos averiguar diferenças de peso ou proporção entre os diferentes grupos. No caso deste teste, não existem valores de prova,

indica-nos as classes que têm maior peso em relação a outras, desde que essas diferenças sejam estatisticamente relevantes.

II.3. RESULTADOS

1. Caracterização da amostra

1.1. Dados Pessoais

1.1.1. Idade

Em relação à distribuição da amostra no que concerne à idade, verificou-se a existência de 8 participantes com idades entre os 16 e os 20, 16 com idades entre os 21 e os 25 anos, 41 entre os 26 e os 30 anos, 29 com 31 a 35 anos, 27 com idades entre os 36 e os 40, e por fim, uma participante com idade entre os 41 e os 45 anos.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
16-20 anos	8	6,6
21-25 anos	16	13,1
26-30 anos	41	33,6
31-35 anos	29	23,8
36-40 anos	27	22,1
41-45 anos	1	0,8
Total	122	100,0

Tabela 3 - Distribuição da amostra por faixa etária em (%).

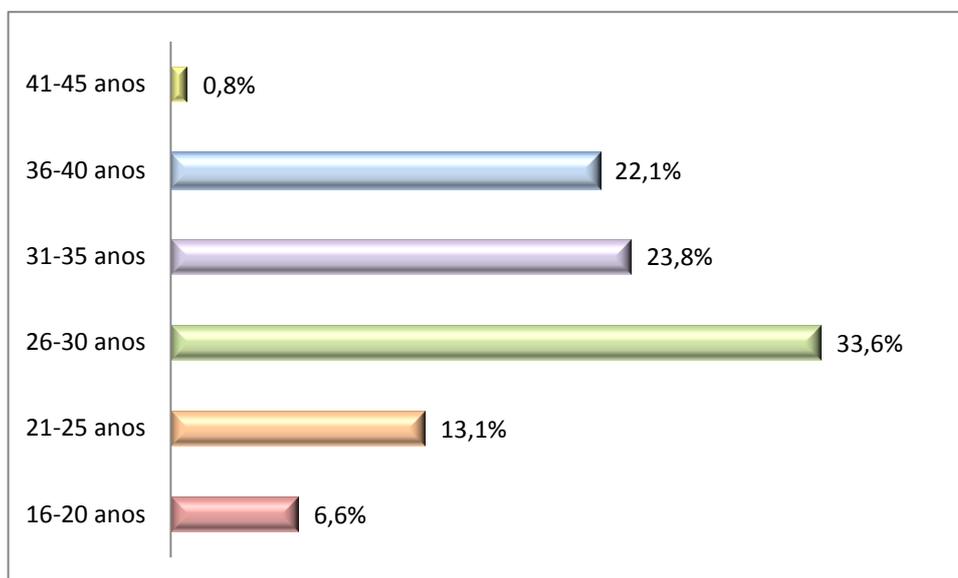


Figura 6- Distribuição da amostra por faixa etária (em%).

Verificou-se também pela análise da tabela e gráfico expostos, que 19,7 % das inquiridas tinham 25 anos ou menos, 57,4 % das mesmas tinham entre 26 e 35 anos e 22,9% das inquiridas tinham 36 anos ou mais.

Recorrendo ao cálculo de algumas medidas quantitativas, concluiu-se que a idade média da amostra foi de 30,11 anos, com um mínimo de 16 anos e um máximo de 44 anos.

		Idade
Média		30,11
Mediana		30
Valor Mínimo		16
Valor Máximo		44
Percentis	25	26,00
	50	30,00
	75	34,25

Tabela 4 - Medidas descritivas da variável Idade.

1.1.2. Habilitação Literária

Em termos de habilitação literária, concluiu-se que 40 das inquiridas afirmaram deter o Ensino Secundário, 32 afirmaram-se como detentoras do grau de Licenciatura e 31 detentoras do Ensino Básico – 3º ciclo, nomeadamente o 9º ano. Indicando como grau máximo declarado de formação o 6º ano de escolaridade (Ensino Básico – 2º ciclo) foram obtidas 8 respostas e com o grau de Mestrado 6 respostas. Com o 4º ano de escolaridade (Ensino Básico – 1º ciclo) surgiram 2 inquiridas.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Ensino Básico – 1º ciclo	2	1,7
Ensino Básico – 2º ciclo	8	6,6
Ensino Básico – 3º ciclo	31	25,4
Ensino Secundário	40	32,8
Licenciatura	32	26,2
Pós-graduação	1	0,8
Mestrado	6	4,9
Doutoramento	1	0,8
Sem resposta	1	0,8
Total	122	100,0

Tabela 5 - Distribuição da amostra por Habilitação Literária (em %).

Residuais foram as inquiridas detentoras de Pós-Graduação (apenas uma inquirida) e de Doutoramento (também apenas uma inquirida). Uma inquirida não respondeu a esta questão.

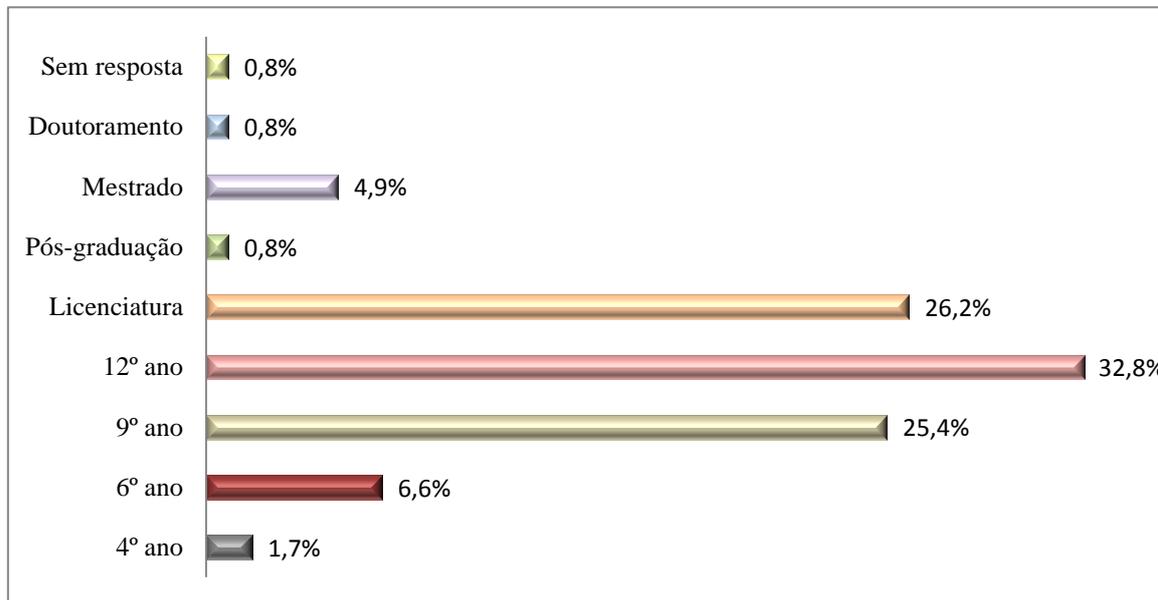


Figura 7- Distribuição da amostra por Habilitação Literária (em %).

1.2. Dados relativos à amamentação

1.2.1. Gravidez

Quando questionadas se estavam grávidas à data do inquérito, a grande maioria das inquiridas (n = 109) afirmou que sim. Apenas 13 mulheres indicaram não estarem grávidas à data do inquérito.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	109	89,3
Não	13	10,7
Total	122	100,0

Tabela 6 - Distribuição da amostra relativamente à questão “Está grávida?” (em %).

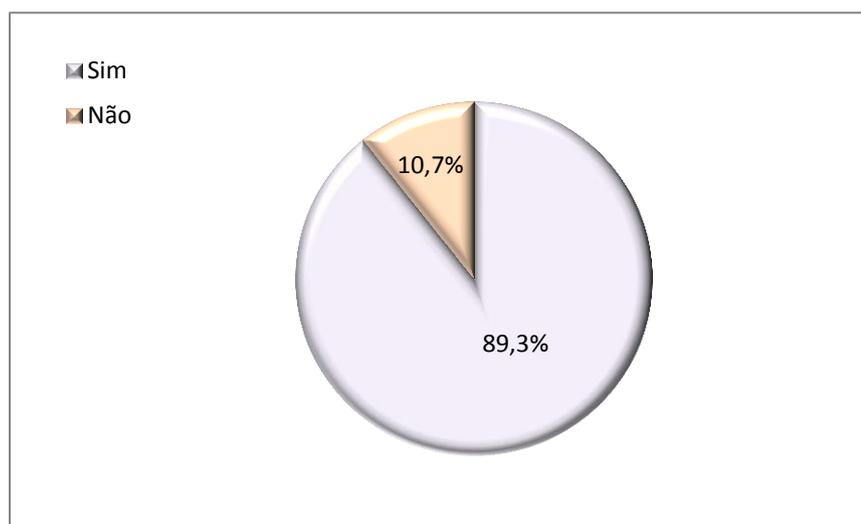


Figura 8- Distribuição da amostra relativamente à questão “Está grávida?” (em %).

1.2.2. Existência de filhos

No que concerne à existência de filhos, praticamente metade das inquiridas (n = 60; 49,2%) afirmaram ter filhos e 62 (50,8%) afirmaram não os ter.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	60	49,2
Não	62	50,8
Total	122	100,0

Tabela 7 - Distribuição da amostra relativamente à questão “Tem filho (a/as/os)?” (em %).

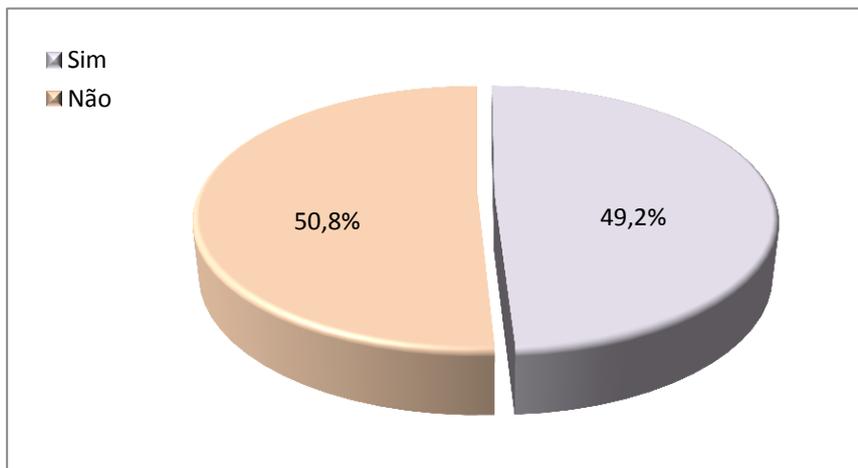


Figura 9 - Distribuição da amostra relativamente à questão “Está grávida?” (em %).

No sentido de descobrir quais as participantes grávidas primíparas e múltíparas, efectuou-se uma tabela de dupla entrada, relacionando as duas variáveis anteriores, ou seja, a gravidez e a existência de filhos.

Assim, concluiu-se que das 109 inquiridas que referiram estar grávidas, 62 eram primíparas e 47 múltíparas.

Tem filho (a/as/os)?			Total
	Sim	Não	
Está grávida?	Sim	13	60
	Não	0	62
	Total	13	122

Tabela 8 - Relação entre as variáveis Gravidez (Está grávida?) e Existência de filhos (Tem filho(a/as/os)?) (n).

No que respeita ao número de filhos, das 60 inquiridas (grávidas e não grávidas) que responderam positivamente, 44 afirmaram ter 1 filho, 10 indicaram 2 filhos e 4 inquiridas afirmaram ter 3 filhos. Duas inquiridas não responderam a esta questão.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Em gestação	62	50,8
1 Filho	44	36,1
2 Filhos	10	8,2
3 Filhos	4	3,3
Sem resposta	2	1,6
Total	122	100,0

Tabela 9 - Distribuição da amostra relativamente à questão “Nº de filho (a/as/os)?” (em %).

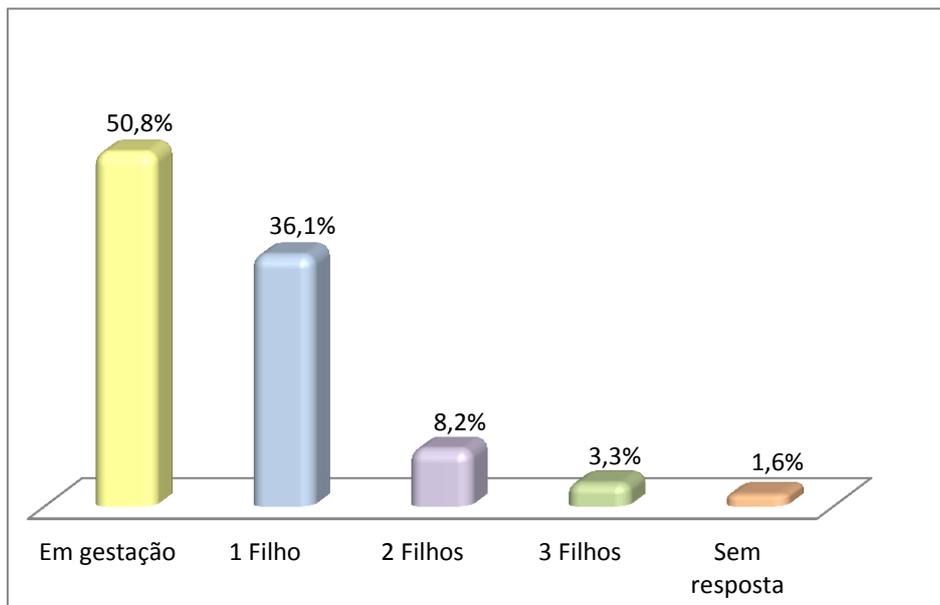


Figura 10- Distribuição da amostra relativamente à questão “Nº de filho (a/as/os)?” (em %).

1.2.3. Tempo de amamentação

Para que fosse possível avaliar os períodos de amamentação das mães inquiridas, foi pedido a estas que indicassem o tempo, em semanas, de amamentação dos seus filhos.

Analisando a tabela abaixo exposta, verificou-se que 16 inquiridas afirmaram amamentar o 1º filho entre 1 a 12 semanas, 19 amamentaram entre 13 a 24 semanas, 6 entre 25 a 36 semanas, 4 indicaram entre 37 a 48 semanas, 2 amamentaram o seu primeiro filho entre 49 a 60 semanas, e por fim, 5 das mães inquiridas amamentaram o primeiro filho por mais de 60 semanas.

Uma mãe indicou ainda estar a amamentar o seu primeiro filho e 5 das mães inquiridas afirmaram que não amamentaram o primeiro filho.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
1 a 12 semanas	16	27,6
13 a 24 semanas	19	32,8
25 a 36 semanas	6	10,4
37 a 48 semanas	4	6,9
49 a 60 semanas	2	3,4
Mais de 60 semanas	5	8,6
Ainda a amamentar	1	1,7
Não amamentou	5	8,6
Total	58 ¹	100,0

Tabela 10 - Distribuição da amostra relativamente à questão “Tempo em semanas de amamentação do 1º filho”.

Em relação ao tempo de amamentação do 2º filho, verificou-se que só 14 mães responderam a esta questão. Duas delas afirmaram ter amamentado o seu 2º filho entre 1 a 12 semanas, 2 afirmaram entre 13 a 24 semanas e ainda 2 delas afirmaram como tempo de amamentação do 2º filho entre 25 a 36 semanas. Uma inquirida afirmou ter amamentado o 2º filho entre 37 a 48 semanas e outra inquirida indicou entre 49 a 60 semanas como tempo de amamentação do 2º filho.

Nenhuma das mães inquiridas indicou como tempo de amamentação do seu segundo filho mais de 60 semanas.

¹ Nota: o total é de 58, dado ser a somatória de mães que referiram ter 1 filho (n=44), 2 filhos (n=10), e 3 filhos (n=4).

Concluiu-se ainda, que tal como na questão anterior (apesar desta questão se referir ao 2º filho), uma mãe afirmou encontrar-se ainda a amamentar o 2º filho e 5 mães afirmaram não terem amamentado o 2º filho.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
1 a 12 semanas	2	14,3
13 a 24 semanas	2	14,3
25 a 36 semanas	2	14,3
37 a 48 semanas	1	7,1
49 a 60 semanas	1	7,1
Mais de 60 semanas	0	0,0
Ainda a amamentar	1	7,1
Não amamentou	5	35,8
Total	14 ²	100,0

Tabela 11 - Distribuição da amostra relativamente à questão “Tempo em semanas de amamentação do 2º filho”.

No que concerne ao tempo de amamentação do 3º filho, das três mães que amamentaram o seu 3º filho, uma delas amamentou durante 4 semanas, outra durante 24 semanas, e por fim, outra amamentou durante 40 semanas.

Concluiu-se com a tabela abaixo exposta, que uma das quatro mães que afirmou ter três filhos, referiu não ter amamentado o seu 3º filho.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
4 semanas	1	25,0
24 semanas	1	25,0
40 semanas	1	25,0
Não amamentou	1	25,0
Total	4	100,0

Tabela 12 - Distribuição da amostra relativamente à questão “Tempo em semanas de amamentação do 3º filho”.

² Nota: o total desta vez é de 14, dado ser a somatória das mães que afirmaram ter 2 filhos (n=10) e 3 filhos (n=4).

Analisando os tempos médios de amamentação, expostos na tabela 13 que a seguir se apresenta, concluiu-se que o tempo médio de amamentação das mães com o 1º filho foi de 26,18 semanas, com um valor mínimo de 2 semanas e um máximo de 144 semanas.

Em relação ao tempo de amamentação do 2º filho, concluiu-se que o valor médio foi de 26,88 semanas, com um valor mínimo de 4 semanas e um máximo de 60 semanas.

Relativamente ao 3º filho, o valor médio de amamentação indicado pelas mães que o fizeram foi de 22,67 semanas, com um valor mínimo de 4 semanas e um máximo de 60 semanas.

	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
Tempo de amamentação 1º filho (em semanas)	26,18	2	144
Tempo de amamentação 2º filho (em semanas)	26,88	4	60
Tempo de amamentação 3º filho (em semanas)	22,67	4	60

Tabela 13 - Medidas descritivas das variáveis Tempo de Amamentação em semanas do 1º, 2º e 3º filhos.

1.2.4. Motivo para a interrupção de amamentação

Nesta questão, obteve-se 57 respostas, tendo em conta que esta questão não podia ser respondida por mães que ainda estivessem a amamentar o seu primeiro filho, uma vez que estas ainda não teriam motivo para interromperem a amamentação.

Analisando a tabela a seguir, verificou-se que 38 das 57 mães que tiveram que interromper o processo de amamentação, fizeram-no devido a Hipogalactia (baixa produção de leite materno).

No caso de 15 mães inquiridas, a causa indicada para a interrupção da amamentação foi outro motivo, desde motivos profissionais até ao crescimento da criança.

As fissuras mamilares, foram indicadas por 3 mães como causa para o fim da amamentação. Apenas uma mãe teve que interromper a amamentação devido ao ingurgitamento (endurecimento do peito).

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Hipogalactia (baixa produção de leite materno)	38	66,7
Fissuras mamilares (feridas dolorosas nos mamilos)	3	5,3
Ingurgitamento (endurecimento do peito)	1	1,8
Outro(s) motivo(s)	15	26,3
Total	57	100,0

Tabela 14 - Distribuição da amostra relativamente à questão “Motivo pelo qual deixou de amamentar?” (em %).

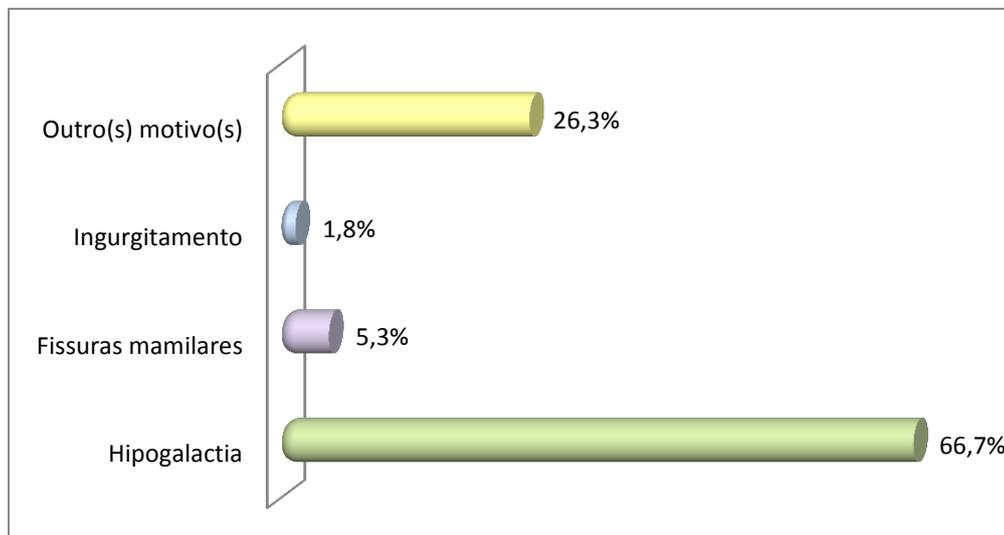


Figura 11- Distribuição da amostra relativamente à questão “Motivo pelo qual deixou de amamentar?” (em %).

1.2.5. Tempo mínimo ideal de duração da amamentação

Quando questionadas sobre qual o tempo mínimo ideal de duração da amamentação, mais de metade das inquiridas (n = 71) indicaram 6 meses, seguidas por 41 que indicaram os 2 anos.

Para 6 das 122 inquiridas, o tempo mínimo ideal de duração da amamentação é de mais de 2 anos e para 3 delas é de 3 meses.

Apenas uma das mães inquiridas indicou um mês como tempo mínimo ideal de duração da amamentação.

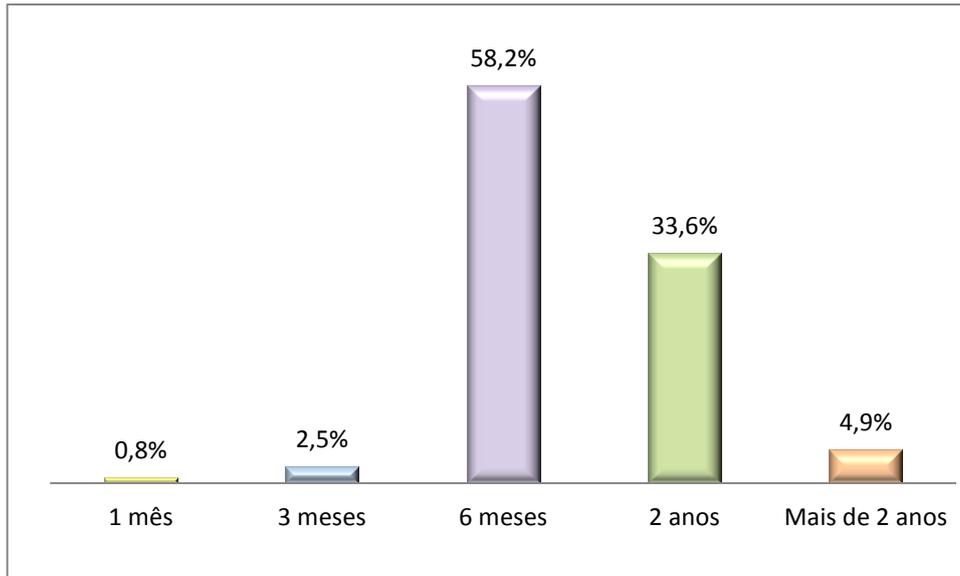


Figura 12- Distribuição da amostra relativamente à questão “Na sua opinião, qual será o tempo mínimo ideal de duração da amamentação?” (em %).

	Frequência (n)	Percentagem (%)
1 mês	1	0,8
3 meses	3	2,5
6 meses	71	58,2
2 anos	41	33,6
Mais de 2 anos	6	4,9
Total	122	100,0

Tabela 15 - Distribuição da amostra relativamente à questão “Na sua opinião, qual será o tempo mínimo ideal de duração da amamentação?” (em %).

Para aferir o conhecimento das mães e grávidas (primíparas e múltíparas) quanto ao tempo mínimo ideal de amamentação, construiu-se uma tabela de dupla entrada, exposta de seguida.

		Tem filho (a/as/os)?				Total
		Sim		Não		
		Está grávida?	Está grávida?	Está grávida?	Está grávida?	
		Sim	Não	Sim	Não	
Na sua opinião, qual será o tempo mínimo ideal de duração da amamentação?	0 semanas	0	0	0	0	0
	1 semana	0	0	0	0	0
	1 mês	0	0	1	0	1
	3 meses	0	0	3	0	3
	6 meses	27	7	37	0	71
	2 anos	17	6	18	0	41
	Mais de 2 anos	3	0	3	0	6
Total		47	13	62	0	122

Tabela 16 - Respostas das inquiridas quanto ao tempo mínimo ideal de amamentação.

Analisando a tabela construída, verificou-se que em ambos os casos, com e sem filhos anteriores à gravidez actual, o tempo mínimo ideal de duração da amamentação mais indicado pelas inquiridas foi de 6 meses, seguido pela opção dos dois anos.

Apenas 3 inquiridas, em ambos os casos grávidas (primípara e múltípara) indicaram como tempo mínimo ideal de duração de amamentação mais de dois anos.

1.2.6. Influência da amamentação na saúde geral da criança

Quando questionadas sobre se o aleitamento materno poderia influenciar a saúde geral da criança futuramente, a grande maioria das inquiridas (n = 111) acredita que sim. Com opinião contrária aparecem 9 inquiridas e ainda 2 afirmaram não saber se existe alguma influência do aleitamento materno na saúde geral da criança.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	111	91,0
Não	9	7,4
Não Sei	2	1,6
Total	122	100,0

Tabela 17 - Distribuição da amostra relativamente à questão “O aleitamento materno pode influenciar a saúde geral da criança futuramente?” (em %).

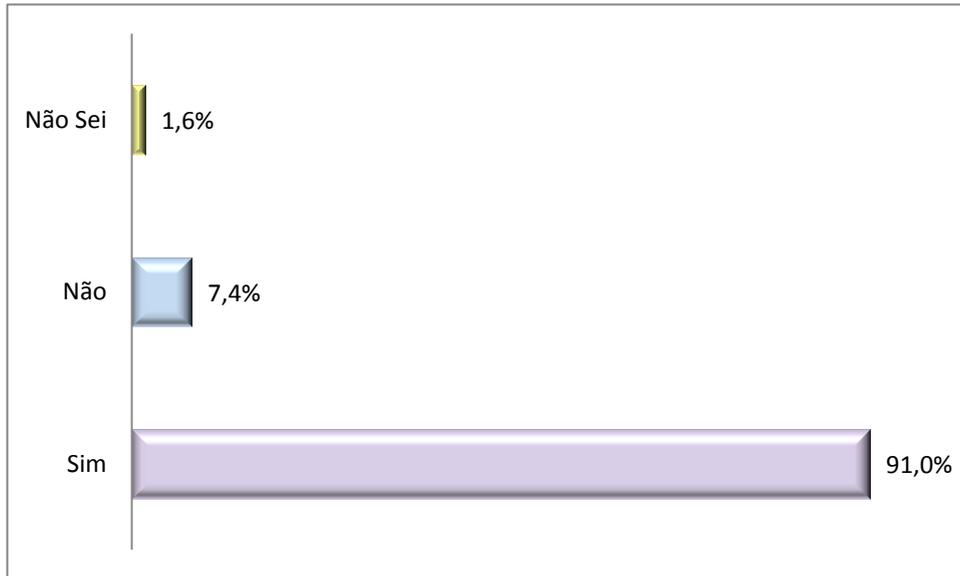


Figura 13- Distribuição da amostra relativamente à questão “O aleitamento materno pode influenciar a saúde geral da criança futuramente?” (em %).

1.2.7. Influência do aleitamento pelo biberão e não pelo peito materno no desenvolvimento da boca e face do bebé

Analisando as respostas das inquiridas, à questão sobre a opinião delas em relação à influência no desenvolvimento da boca e face do bebé decorrente da alimentação por biberão e não pelo peito materno, os resultados são um pouco diferentes.

Neste caso, 60 das 122 inquiridas afirmaram que a alimentação por biberão e não pelo peito materno tem influência no desenvolvimento da boca e da face do bebé e 29 das participantes afirmaram que esse tipo de alimentação não tem influência futura na formação da boca e face do bebé.

Afirmando não saberem se o facto de o bebé ser alimentado por biberão e não pelo peito materno poderia influenciar o desenvolvimento da boca e face da criança, surgiram 33 das inquiridas.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	60	49,2
Não	29	23,8
Não Sei	33	27,0
Total	122	100,0

Tabela 18 - Distribuição da amostra relativamente à questão “O facto de o bebé ser alimentado por biberão e não pelo peito materno, pode influenciar o desenvolvimento da sua boca e face?” (em %).

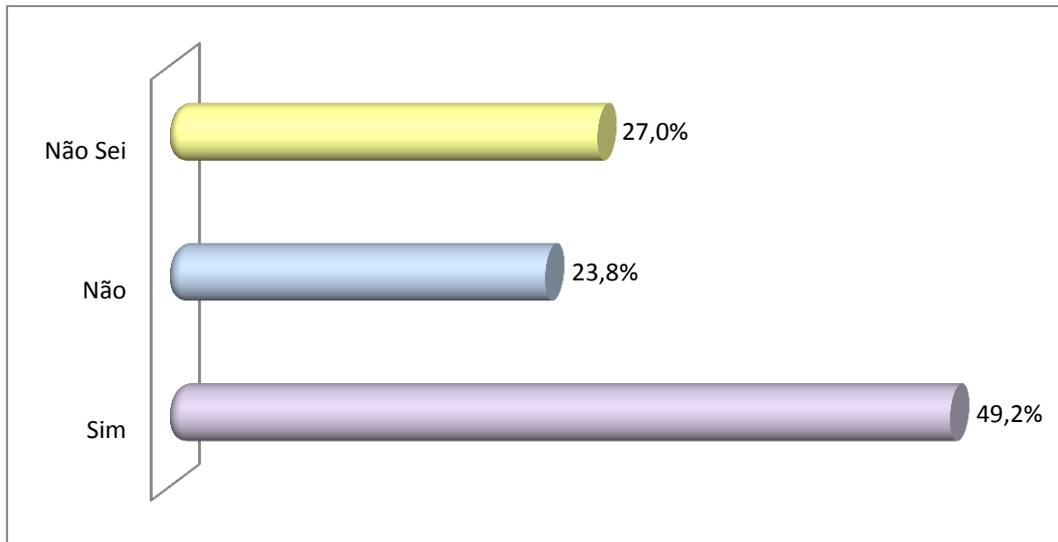


Figura 14- Distribuição da amostra relativamente à questão “O facto de o bebé ser alimentado por biberão e não pelo peito materno, pode influenciar o desenvolvimento da sua boca e face?” (em %).

1.2.8. Motivos que levariam as participantes a optarem por amamentar

Quando questionadas sobre amamentação, verificou-se pelas respostas dadas, que a grande maioria das inquiridas (n = 120) pretende amamentar.

A amamentação promovendo o vínculo afectivo entre mãe e filho, foi o motivo mais indicado, mais de metade das participantes (n = 95). De seguida, apontado por 9 das inquiridas aparece o facto de a amamentação ser um método muito económico, e também por 9 das inquiridas surgiram outros motivos que as levam a optar por amamentar, como por exemplo o facto de o leite materno ser um alimento saudável para a saúde futura do bebé.

A amamentação ser um método prático foi um motivo indicado por 7 das participantes.

Por fim, apenas 2 das 122 participantes, afirmaram que não pretendem amamentar.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Não pretendo amamentar	2	1,6
Muito económico (custo nulo)	9	7,4
Método prático	7	5,7
Promove o vínculo afetivo entre mãe e filho	95	77,9
Outro(s) motivo(s)	9	7,4
Total	122	100,0

Tabela 19 - Distribuição da amostra relativamente à questão “Na sua opinião, qual o motivo que a levaria a optar por amamentar?” (em %).

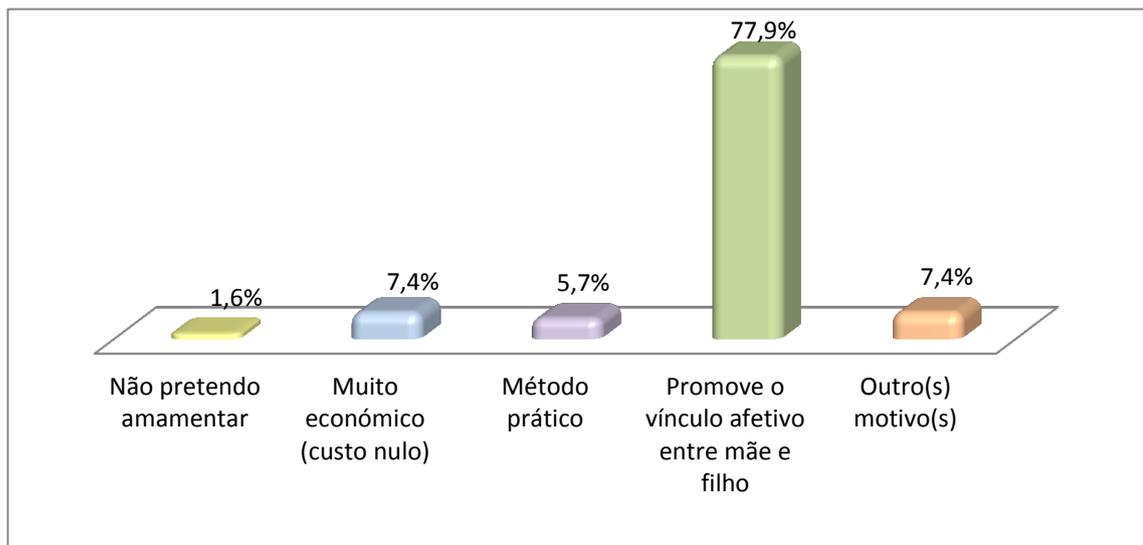


Figura 15- Distribuição da amostra relativamente à questão “Na sua opinião, qual o motivo que a levaria a optar por amamentar?” (em %).

Para que fosse possível aferir a intenção de amamentar das grávidas (primíparas e múltíparas), recorrendo à tabela abaixo exposta, verificou-se que em ambos os casos, a grande maioria das grávidas indicou como motivo, a promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho decorrente da amamentação.

Importante salientar que as duas grávidas que afirmaram que não pretendiam amamentar eram grávidas primíparas.

		Tem filho (a/as/os)?				Total
		Sim		Não		
		Está grávida?	Está grávida?	Está grávida?	Está grávida?	
		Sim	Não	Sim	Não	
Na sua opinião, qual o motivo que a levaria a optar por amamentar?	Não pretendo amamentar	0	0	2	0	2
	Muito económico (custo nulo)	4	0	5	0	9
	Método prático	4	1	2	0	7
	Promove o vínculo afectivo entre mãe e filho	32	12	51	0	95
	Outro(s) motivo(s)	7	0	2	0	9
	Total		47	13	62	0

Tabela 20 - Relação entre a intenção de amamentar de grávidas (primíparas e múltíparas).

1.2.9. Políticas de promoção e apoio à amamentação no estabelecimento de saúde

No que respeita à existência de estratégias de promoção e apoio à amamentação no estabelecimento de saúde que as inquiridas frequentavam, verificou-se que a estratégia mais mencionada, por 63 participantes foi a presença de cartazes elucidativos. As sessões de esclarecimento acerca da amamentação foram mencionadas como existentes por 43 participantes.

As sessões de instrução/demonstração das técnicas de amamentação foi mencionada por 42 das inquiridas como uma promoção existente no estabelecimento de saúde que frequentavam, 40 das participantes mencionaram a presença de pessoal auxiliar formado para ajudar as mães a iniciarem a amamentação na primeira meia hora após o nascimento do bebé.

Por fim, a existência de um grupo de apoio ao aleitamento materno, foi mencionado como uma estratégia de promoção, que existia no estabelecimento de saúde a que recorriam 10 das inquiridas.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Cartazes elucidativos	63	31,8
Sessões de esclarecimento	43	21,7
Grupo de apoio	10	5,1
Sessões de instrução/demonstração	42	21,2
Pessoal auxiliar formado	40	20,2
Total	198 ³	100,0

Tabela 21 - Distribuição da amostra relativamente à questão “No estabelecimento de saúde que frequenta/frequentou no período de pré-parto e/ou internamento, existe/existia alguma das seguintes políticas de promoção ao aleitamento materno?” (em %).

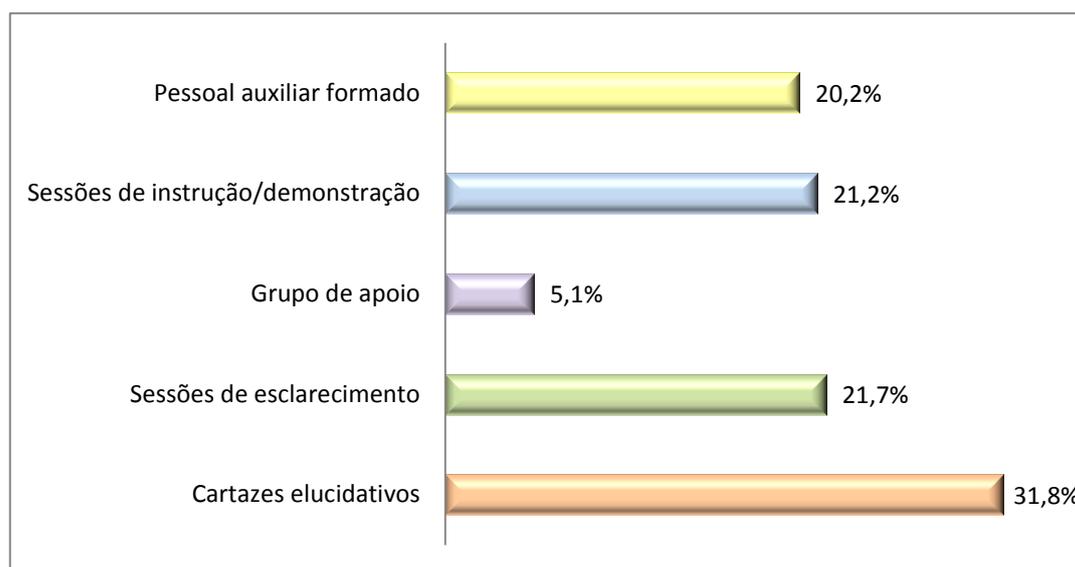


Figura 16- Distribuição da amostra relativamente à questão “No estabelecimento de saúde que frequenta/frequentou no período de pré-parto e/ou internamento, existe/existia alguma das seguintes políticas de promoção ao aleitamento materno?” (em %).

Como as inquiridas podiam nesta questão escolher mais do que uma opção, quis-se analisar o total de políticas existentes nos diversos estabelecimentos de saúde a que estas recorrem e/ou recorreram.

Assim, pela análise da tabela abaixo exposta verificou-se, que 46 inquiridas indicaram apenas uma política de promoção existente no estabelecimento de saúde e 24 indicaram que não existia nenhuma política.

³ Nota: como nesta questão as inquiridas podiam escolher mais do que uma opção de resposta, o total excede o valor de 122.

No caso de 20 inquiridas, no estabelecimento de saúde a que recorrem e/ou recorreram existiam 3 políticas de promoção ao aleitamento materno, para 19 existiam 2 políticas, e para 11 existiam 4 políticas.

Por fim, apenas duas participantes indicaram que o estabelecimento de saúde a que recorrem/recorreram tinha presente 5 políticas de promoção à amamentação.

Pela análise da tabela 23, verificou-se também que o valor médio de políticas de promoção à amamentação presentes nos estabelecimentos de saúde a que as participantes recorreram foi de 1,62, com um valor mínimo de 0 políticas e um máximo de 5 políticas.

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
0	24	19,7
1	46	37,7
2	19	15,6
3	20	16,4
4	11	9,0
5	2	1,6
Total	122	100,0

Tabela 22- Número de políticas de promoção ao aleitamento materno existentes no estabelecimento de saúde a que as participantes recorreram.

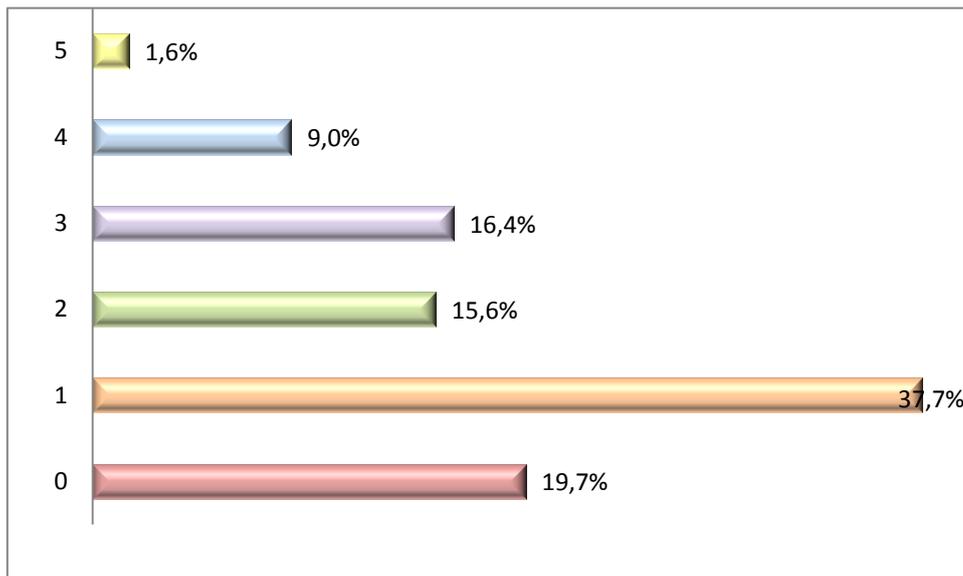


Figura 17- Número de políticas de promoção ao aleitamento materno existentes no estabelecimento de saúde a que as participantes recorreram.

	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
Total de políticas de promoção ao aleitamento materno existentes no estabelecimento de saúde	1,62	0	5

Tabela 23 - Medidas descritivas da variável: políticas de promoção ao aleitamento materno existentes no estabelecimento de saúde.

1.2.10. Necessidade de obter informações sobre amamentação e o seu impacto na saúde oral e geral da criança

Por fim, quando questionadas sobre se necessitavam de obter mais informações/esclarecimentos relativamente ao impacto que a amamentação tem na saúde oral e geral da criança, 67 das 122 inquiridas afirmaram que sim e 55 indicaram que não.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	67	54,9
Não	55	45,1
Total	122	100,0

Tabela 24 - Distribuição da amostra relativamente à questão “Após ter respondido com total sinceridade às questões que lhe foram colocadas neste inquérito, necessita de obter mais informações/esclarecimentos, relativamente ao impacto que a amamentação tem na saúde oral e geral da criança?” (em %).

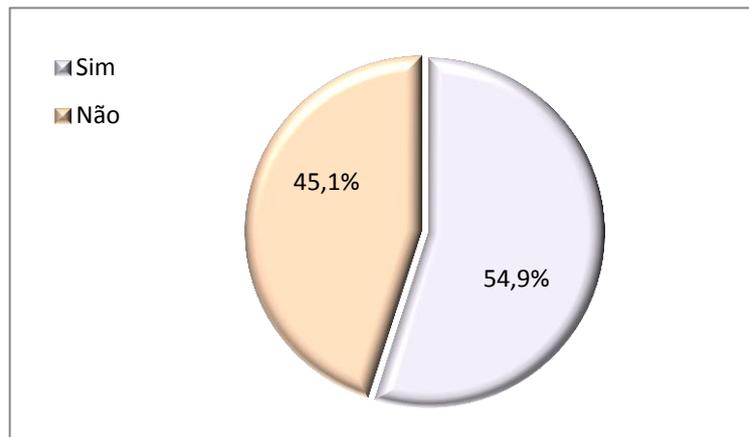


Figura 18- Distribuição da amostra relativamente à questão “Após ter respondido com total sinceridade às questões que lhe foram colocadas neste inquérito, necessita de obter mais informações/esclarecimentos, relativamente ao impacto que a amamentação tem na saúde oral e geral da criança?” (em %).

2. Análise Estatística Inferencial

Um estudo de caso surge na sequência de se pretender conhecer melhor um fenómeno, uma situação, que deve ser significativa.

A análise descritiva, sendo relevante, não permite tirar conclusões para além da própria amostra. Não obstante, o objetivo de um trabalho de investigação não deve ser meramente a descrição da amostra, mas a tentativa de, a partir da mesma, inferir conclusões para a população que foi objecto de estudo, nomeadamente através da aplicação de testes de hipóteses.

Os testes que foram aplicados seguidamente são os que melhor se ajustam com as questões em estudo e com os objectivos desta pesquisa.

Os testes de hipóteses utilizados foram efectuados com um nível de confiança de 95%, considerado como o nível standard. Significa este nível que, se seleccionarmos outras 100 amostras igual ou muito similar à actual, em 95 destas, iremos obter resultados idênticos.

Inicia-se a análise averiguando a relação existente entre a Habilitação Literária das inquiridas e a questão número 8 do inquérito (O aleitamento materno pode influenciar a saúde geral da criança futuramente?).

Para se poder efectuar esta análise, consideraram-se 3 tipos de habilitação: participantes detentoras do Ensino Básico (até ao 9º ano), do Ensino Secundário e de um diploma de Ensino Superior.

		O aleitamento materno pode influenciar a saúde geral da criança futuramente?			
		Sim	Não	Não Sei	Total
Habilitação Literária	Ensino Básico	32	7	2	41
	Ensino Secundário	38	2	0	40
	Ensino Superior	40	0	0	40
	Total	110	9	2	121⁴

Tabela 25 - Relação entre a Habilitação Literária e a questão 8 do inquérito (O aleitamento materno pode influenciar a saúde geral da criança futuramente?).

O que se verificou foi que em todos os casos a larga maioria das participantes, independentemente do seu grau de habilitação académica entenderam que o aleitamento materno pode influenciar a saúde geral da criança no futuro.

O que se notou foi que à medida que aumenta o grau de habilitação, as participantes que responderam “Não” foi diminuindo, enquanto que as que responderam “Sim” foi aumentando. Viu-se que com a habilitação literária de Ensino Básico, 7 inquiridas responderam “Não” e 32 “Sim”, enquanto com a habilitação literária de Ensino Secundário apenas duas inquiridas responderam “Não”, enquanto 38 responderam “Sim” e com um grau de Ensino Superior todas as inquiridas responderam “Sim”.

Como já foi referido anteriormente, utilizou-se o teste de Qui-Quadrado para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Este teste apresenta algumas limitações no caso de amostras de tamanho reduzido, na medida em que requer uma presença mínima de 5 elementos em cada uma das categorias seleccionadas, por forma a se poderem considerar válidos os resultados do mesmo.

Desta forma, foram suprimidas as duas respostas correspondentes a “Não Sei”, por forma a ser possível aplicar tanto o Teste de Qui-Quadrado, como o Teste de Bonferroni.

Assim, aplicando o teste do Qui-Quadrado, obteve-se um valor de prova de 0,008, mas com a particularidade de mais de 20% das classes consideradas terem um número de

⁴ Nota: como só 121 participantes responderam à questão da habilitação literária, esse é o valor total de inquiridas que responderam simultaneamente a ambas as questões.

casos inferior a 5, situação em que o teste do Qui-Quadrado poderá ter os seus resultados invalidados.

Nesta circunstância, decidiu-se utilizar o teste de comparação de proporções de Bonferroni, que indica que há apenas um caso com uma proporção diferente dos restantes. Ou seja, quando as participantes detêm apenas a habilitação literária de Ensino Básico, tendem a responder com maior frequência que a amamentação não influencia a saúde geral da criança no futuro, comparativamente ao número de participantes que detêm o Ensino Secundário e Ensino Superior.

Segue-se a análise da relação entre o grau de Habilidade Literária das participantes e as suas respostas à questão 9 (O facto de o bebé ser alimentado por biberão e não pelo peito materno, pode influenciar o desenvolvimento da sua boca e face?).

		O facto de o bebé ser alimentado por biberão e não pelo peito materno, pode influenciar o desenvolvimento da sua boca e face?			
		Sim	Não	Não Sei	Total
Habilitação Literária	Ensino Básico	13	19	9	41
	Ensino Secundário	18	7	15	40
	Ensino Superior	29	2	9	40
	Total	60	28	33	121

Tabela 26 - Relação entre a Habilidade Literária e a questão 9 (O facto de o bebé ser alimentado por biberão e não pelo peito materno, pode influenciar o desenvolvimento da sua boca e face?).

O que se verificou foi que as participantes detentoras do Ensino Básico, responderam maioritariamente que “Não” (19 responderam “Não” e 13 responderam “Sim”). O caso inverso ocorreu nas participantes detentoras do Ensino Secundário (7 responderam “Não” e 18 responderam “Sim”), bem como nas participantes detentoras de um grau de Ensino Superior (2 responderam “Não” e 29 responderam “Sim”).

Note-se ainda o elevado número de participantes que não sabiam responder a esta questão (33), repartindo-se por 9 detentoras do grau de Ensino Básico, 15 do grau de Ensino Secundário e 9 do grau de Ensino Superior.

Mais uma vez aplicando o teste do Qui-Quadrado, obteve-se um valor de prova de 0,000, pelo que com 95% de confiança foi possível afirmar que o grau de habilitação literária influencia a forma como as participantes responderam a esta questão.

Para averiguar de que forma isso aconteceu, aplicou-se novamente o teste de Bonferroni. Assim, aquilo que este teste nos mostrou foi que as detentoras do grau de Ensino Básico apresentaram maior proporção de respostas negativas a esta questão do que as detentoras do grau de Ensino Secundário e Superior.

Por outro lado, as detentoras do Ensino Superior deram mais respostas afirmativas do que as detentoras do Ensino Básico, em termos proporcionais.

Não existiram outras diferenças proporcionais estatisticamente significativas.

Analisando desta vez a eventual existência de relações entre o Grau de Habilidade Literária e a questão 10 (Na sua opinião, qual o motivo que a levaria a optar por amamentar?), verificou-se de acordo com a tabela, que independentemente do Grau de Habilidade, o maior volume de respostas concentrou-se na promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho, tendo os restantes casos valores residuais.

Na sua opinião, qual o motivo que a levaria a optar por amamentar?

		Não pretendo amamentar	Muito económico (custo nulo)	Método prático	Promove o vínculo afetivo mãe/ filho	Outro(s) motivo(s)	Total
Habilitação Literária	Ensino Básico	2	6	5	25	3	41
	Ensino Secundário	0	3	1	34	2	40
	Ensino Superior	0	0	1	36	3	40
	Total	2	9	7	95	8	121

Tabela 27 - Relação entre a Habilidade Literária e a questão 10 (Na sua opinião, qual o motivo que a levaria a optar por amamentar?).

Com base na tabela acima, concluiu-se também que apenas duas participantes com a habilitação literária do Ensino Básico não pretendem amamentar. Nenhuma participante com a habilitação literária de Ensino Superior apresentou o factor custo como decisivo para amamentar e 5 participantes com o Ensino Básico consideraram que a

amamentação é um método prático, por contraponto a apenas uma com o Ensino Secundário e uma com o Ensino Superior.

No entanto, é de salientar que todos estes valores foram extremamente baixos e que não permitiram comparações válidas em termos estatísticos.

De forma não surpreendente a aplicação do teste Qui-Quadrado conduziu a um resultado inválido, porque a larga maioria das células apresentavam uma contagem inferior a 5 e a aplicação do teste de Bonferroni não encontrou qualquer diferença em termos de proporções.

Por fim, analisou-se a relação entre a Idade das participantes e as respostas obtidas à questão 10 do inquérito (Na sua opinião, qual o motivo que a levaria a optar por amamentar?).

Na sua opinião, qual o motivo que a levaria a optar por amamentar?

	Não pretendo amamentar Média	Muito económico (custo nulo) Média	Método prático Média	Promove o vínculo afetivo mãe/filho Média	Outro(s) motivo(s) Média
Idade (em anos)	22	27	26	31	31

Tabela 28 - Relação entre a Idade e a questão 10 (Na sua opinião, qual o motivo que a levaria a optar por amamentar?).

Aquilo que se verificou foi que a idade média de participantes que não pretenderam amamentar foi de 22 anos, e a idade média das participantes que apresentaram o factor económico foi de 27 anos. Aquelas que afirmaram que é um método prático apresentaram uma idade média de 26 anos e 31 anos foi a média de idades das participantes que realçam a promoção do vínculo afectivo entre elas e o filho, bem como também a das participantes que apresentaram outros motivos que as levaram a optar pela amamentação.

Devido ao facto de em todas as classes menos uma o número de respostas ter sido muito baixo, não fez sentido a aplicação de testes à eventual diferença de médias, pois os mesmos não iriam apresentar resultados válidos.

Pode-se ainda dizer que em termos de amplitude de idades as participantes que apresentaram o fator económico variam entre 19 e 33 anos, as que afirmaram promover o vínculo afectivo entre mãe e filho variam entre 16 e 44 anos e as que apontaram outros motivos variam entre 20 e 38 anos. Nos restantes casos, o número de participantes foi residual, pelo que a análise foi bastante distorcida.

II.4. DISCUSSÃO

1. Idade

O inquérito destinava-se a mulheres em idade fértil, logo o local para a realização da recolha de dados, foi escolhido estrategicamente para que as idades das participantes se situassem dentro do período de idade fértil (14 aos 49 anos). Assim, as participantes neste estudo apresentaram idades compreendidas entre os 16 e os 44 anos, sendo em maior número a faixa etária dos 26 aos 30 anos, tal como previsto.

2. Habilitações literárias

Uma vez que neste trabalho interessava aferir o conhecimento das participantes acerca de questões alusivas à amamentação, tornou-se imperativo questionar quais as habilitações literárias destas, para que fosse possível conhecer a existência ou não de relação entre a habilitação literária e a informação/conhecimento por parte das inquiridas. Constatou-se, como esperado, que tal relação existia.

Uma participante não respondeu a esta questão, devido à inexistência de qualquer tipo de habilitação, pelo que a mesma, recorreu à ajuda do acompanhante para preenchimento do inquérito.

3. Gravidez

Tendo em conta o local onde foi realizado o inquérito, sala de espera dos serviços de obstetria e ginecologia do CHP, já era de esperar que a maioria das inquiridas se encontrasse grávida no momento em que foram aplicados os inquéritos (grávidas 89,3% e não grávidas 10,7%).

4. Número de filhos

Considerou-se necessário questionar o número de filhos, pois as participantes mães que tivessem um filho ou mais, apresentariam mais experiência e conseqüentemente mais conhecimento sobre a amamentação comparativamente com as participantes grávidas primíparas.

Como a maioria das participantes se encontrava grávida à data do inquérito, sendo que, das 109 (89,3%) das inquiridas referiram estar grávidas, 62 eram primíparas (grávidas pela primeira vez) e 47 múltiparas. Esperava-se então que o número de participantes com filhos fosse menor comparativamente com o número de participantes sem filho, ou seja, grávida pela primeira vez. Posto isto, 49,2% das participantes (mães e grávidas) afirmaram terem filhos e 50,8%, afirmaram não terem filhos, tal como esperado.

5. Tempo de amamentação

Seria de prever que, se a mulher viveu uma boa experiência quando amamentou o seu primeiro filho, seriam maiores as probabilidades de querer amamentar o (s) seguinte (s). Contrariamente ao previsto em relação ao tempo de amamentação, o que se confirmou foi que, em termos amostrais, há uma diminuição do tempo médio de amamentação à medida que o número de filhos aumenta. Esta situação dever-se-á a múltiplos fatores como o tipo de parto, nascimento prematuro, separação da mãe do filho por motivo de doença após o parto e depressão pós-parto, entre outros fatores.

6. Motivo para a interrupção da amamentação

O motivo mais referido pelas mães inquiridas para a interrupção da amamentação foi a Hipogalactia (baixa produção de leite) por 66,7% das inquiridas. Seguindo-se outros motivos apontados por 26,3% das inquiridas, como: retomar ao trabalho e não ter horário para amamentar a criança; a criança crescer e perder o interesse pelo peito materno; a introdução de outros alimentos que nutricionalmente substituem o leite materno.

Lembrando o que anteriormente foi exposto neste trabalho relativamente à baixa produção de leite materno (Hipogalactia), a sucção que é efectuada pelo bebé durante a amamentação é o principal estímulo desencadeante para a produção de leite. Tendo em conta o que já foi mencionado, se as inquiridas que referiram como motivo para a interrupção da amamentação a Hipogalactia, tivessem sido informadas que à medida que aumenta a estimulação, ocorre a libertação em pico da prolactina garantindo a secreção de leite nas próximas mamadas e que se a mãe não insistir nesta estimulação, ou se a amamentação não prosseguir, a secreção de leite cessa após alguns dias, talvez, estas mulheres, tivessem amamentado por mais tempo os seus filhos.

7. Tempo mínimo ideal de duração da amamentação

Esta questão foi colocada por se considerar necessário verificar se as participantes tinham conhecimento do tempo de amamentação exclusiva, conforme preconizada pela Organização Mundial de Saúde.

Quando questionadas sobre qual seria o tempo mínimo ideal de duração de amamentação, as inquiridas na maioria (58,2%) responderam correctamente, os 6 meses. No entanto, as participantes apresentaram muitas dúvidas nesta questão durante o preenchimento do inquérito. As dúvidas podem ter tido origem na falta de conhecimento das participantes, uma vez que muitas achavam que não haveria tempo mínimo ideal de duração da amamentação, que o ideal era dar sempre o máximo de tempo que a mãe conseguisse.

Um número pouco significativo de inquiridas assinalou a opção de 1 mês como tempo mínimo ideal de duração de amamentação e a opção de 3 meses também foi assinalada. Apesar de pouco significativo, não deixa de ser preocupante a falta de informação destas participantes, que depois terá repercussões negativas para os seus filhos. O desmame precoce poderá dar origem à hipotonicidade da musculatura da face e consequentemente impedir o correcto posicionamento e avanço da mandíbula, para além de que poderá estar na origem da instalação de hábitos orais deletérios e consequentes maloclusões.

8. Influência do aleitamento materno na saúde geral da criança no futuro

Quanto às respostas obtidas à questão (O aleitamento materno pode influenciar a saúde geral da criança futuramente?), tal como esperado, 91% das participantes responderam que “Sim”, apenas 7,4% responderam “Não” e 1,6% responderam “Não sei”. Previa-se que as participantes dessem grande valor ao facto do aleitamento materno ter benefícios para a saúde geral da criança, como prevenir a Diabetes tipo II, reforçar o sistema imunitário da criança prevenindo do risco de infecções, ser nutricionalmente completo para o desenvolvimento e crescimento da criança, entre outras. No que diz respeito às vantagens do aleitamento materno para a saúde geral da criança concluiu-se que as participantes estavam bem informadas acerca deste assunto.

Particularizando no que respeita às vantagens da amamentação e à importância desta no desenvolvimento do SEG da criança, respiratório e fonoaudiológico, observa-se pouco conhecimento pelas participantes. Esta informação foi obtida através da observação da autora durante a recolha de dados, quando esclareceu algumas dúvidas às participantes durante o preenchimento do inquérito.

9. Influência do aleitamento no desenvolvimento da boca e face do bebé

À questão “O facto de o bebé ser alimentado por biberão e não pelo peito materno, pode influenciar o desenvolvimento da sua boca e face?”, 49,2% das participantes responderam que a alimentação por biberão e não pelo peito materno tem influência no desenvolvimento da boca e face do bebé, 27,0% referiram não saber e 23,8% referiram não ter influência. Esta questão, foi a questão mais relevante do inquérito, a qual mereceu mais atenção. De facto, com as repostas obtidas concluiu-se que 49,2 % das participantes demonstraram algum conhecimento acerca deste assunto e mais de metade 50,8%, demonstraram desconhecimento.

Para que fosse possível, saber se as participantes que revelaram conhecimento nesta questão detêm grau de formação literária superior às que não revelaram conhecimento, recorreu-se a análise estatística inferencial. Concluiu-se então, que das 60 participantes que responderam “Sim” a esta questão, 29 frequentaram o ensino superior, 18 o ensino secundário e 13 o ensino básico. Verificou-se que a habilitação literária teve influência na resposta das participantes tendo em conta que 29 das 60 participantes que responderam “Sim” frequentaram o ensino superior.

10. Motivo que levaria a optar por amamentar

O vínculo afectivo entre mãe e filho foi o motivo mais indicado, mais de metade das participantes (77,9%), seguindo-se o facto de a amamentação ser um método económico (7,4%) e o facto de o leite materno ser um alimento saudável para a saúde futura do bebé (7,4%).

Segundo Arora *et al.* (2000), os motivos mais comuns para as mães iniciarem a amamentação são: 1º os benefícios relativos à saúde infantil; 2º por ser um acto natural e 3º vínculo afectivo com o bebé.

Comparando o presente estudo com o estudo de Coutinho (2009), constatou-se que as mulheres amamentaram os seus filhos baseadas essencialmente no conhecimento das vantagens da amamentação e porque a relação mãe e filho é melhorada. Mostrando assim, que as mulheres amamentam, pelo conhecimento das vantagens inerentes à amamentação, o que leva a considerar importante a transmissão destas vantagens por parte dos profissionais de saúde, para que a amamentação aumente na população.

Esta questão incluía ainda a opção “Não pretendo amamentar”, que foi assinalada por duas participantes, grávidas primíparas. As participantes detinham o Ensino Básico e tinham cerca de 22 anos. Tendo em conta a idade, formação e o facto de estarem grávidas pela primeira vez a opção assinalada talvez seja devida a falta de informação/esclarecimentos, inexperiência e insegurança por parte destas duas participantes.

11. Políticas de promoção e apoio à amamentação no estabelecimento de saúde

A política de promoção e apoio à amamentação mais mencionada, por 31,8% das participantes foi a presença de cartazes elucidativos, seguindo-se sessões de esclarecimento (21,7%) e sessões de instrução/demonstração das técnicas de amamentação (21,2%). A média de políticas de promoção à amamentação existentes no estabelecimento de saúde frequentado pelas participantes foi de 1,62, ou seja, não chegam a duas políticas de promoção e apoio à amamentação.

Segundo Nelas, Ferreira e Duarte (2008), a introdução de políticas de promoção e apoio ao aleitamento materno nos estabelecimentos de saúde são essenciais para fazer crescer a prática da amamentação. No acompanhamento e assistência pré-natal, as orientações/esclarecimentos sobre o aleitamento materno devem ser iniciados o mais precocemente possível, levando desta forma a futura mãe a reconhecer necessidade de amamentar logo após o nascimento do seu filho. O desejo de amamentar já na gravidez é um sinal positivo para o seu êxito. Entende-se que, para além da formação adequada no período pré-natal, é necessário que na preparação para a alta da puérpera seja incluído um instrumento informativo facilitador da amamentação e que, de algum modo, responda às suas dúvidas e a ajude a vencer possíveis dificuldades no aleitamento do seu filho.

12. Necessidade de obter informações sobre a amamentação e o seu impacto na saúde oral e geral da criança

Quando questionadas no final do inquérito se necessitavam de obter mais informações/esclarecimentos, relativamente ao impacto que a amamentação tem na saúde oral e geral da criança, 54,9 % mais de metade das inquiridas, assumiram necessitar de obter mais informações e 45,1 % afirmaram não necessitarem. Como, à questão anterior, “O facto de o bebé ser alimentado por biberão e não pelo peito materno, pode influenciar o desenvolvimento da sua boca e face?”, 50,8 % responderam “Não” e “Não sei” e 49,2% responderam “Sim”. Tendo em conta que a resposta correcta seria “Sim”, constatou-se, com este estudo, que apesar de existirem falta/falhas de informação nos estabelecimentos de saúde frequentados pelas participantes relativamente às vantagens da amamentação na saúde oral e geral da criança, 54,9 % das inquiridas demonstraram interesse em obter mais esclarecimento/informações em relação a este assunto.

III. CONCLUSÃO

Com base na literatura consultada, foi possível concluir que a amamentação favorece o desenvolvimento do SEG, permite o correto posicionamento da mandíbula e o seu avanço, uma vez que esta se apresenta, no recém-nascido, recuada relativamente à maxila, prevenindo assim a anomalia esquelética de Classe II.

A amamentação, quando prolongada, previne também o aparecimento de maus hábitos orais que, conseqüentemente, dão origem a maloclusões dentárias.

Apesar dos incentivos, muitas mães deixam de amamentar, introduzindo muito precocemente o aleitamento artificial. O motivo mais frequentemente relatado pelas mães que conduziu à interrupção da amamentação foi a Hipogalactia.

No que concerne ao conhecimento das vantagens do leite materno, mães e grávidas revelam conhecimento. Já no que respeita ao conhecimento das vantagens inerentes à sucção na amamentação, desconhecem-nas.

Com a realização deste trabalho, concluiu-se que é de extrema importância fazer chegar à população feminina em idade fértil, toda a informação necessária quanto à importância não só do leite materno, mas também, das vantagens inerentes à sucção na amamentação.

Concluiu-se também que as políticas de promoção e apoio à amamentação são escassas e revelam-se pouco eficazes nos estabelecimentos de saúde, sendo que a mais frequentemente aplicada é a utilização de cartazes elucidativos

O incentivo à prática da amamentação e o estabelecimento do adequado padrão de sucção são a base para o correto desenvolvimento das arcadas dentárias e musculatura mastigatória. Por conseguinte, torna-se imprescindível que os profissionais que se dedicam ao atendimento de crianças estejam aptos e atentos para um diagnóstico etiológico e precoce das anomalias esqueléticas maxilares, que recorram sempre que necessário a outros colegas especialistas e/ou que reencaminhem os pacientes para equipas multidisciplinares competentes.

Os Médicos Dentistas, Ortodontistas e Odontopediatras, especializados na área da saúde oral, conhecem melhor do que ninguém, a anatomia da cabeça e pescoço, o processo de

desenvolvimento crânio-facial, a mecânica do SEG e as anomalias esqueléticas maxilares. Portanto, sempre que possível e oportuno, compete-lhes informar e prestar esclarecimentos junto de mães e grávidas (primíparas ou múltíparas) quanto à importância da amamentação na prevenção da anomalia esquelética de Classe II. Compete-lhes, também, realizar o diagnóstico etiológico e precoce desta anomalia e interceptar o mais rápido possível o seu desenvolvimento.

Findo este trabalho, importa referir que ainda existe muito a desenvolver no âmbito desta temática, ficando assim o caminho aberto para outros estudos.

Bibliografia

1. Almeida, R. *et al.* (2000). Etiologia das Más Oclusões - Causas Hereditárias e Congénitas, Adquiridas Gerais, Locais e Proximais (Hábitos Bucais), *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 5(6), pp. 107-129.
2. Antunes, L. S. *et al.* (2008). Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (1), pp. 103-109.
3. Areias, C. *et al.* (2008). Saúde Oral em Pediatria, *Acta Pediátrica Portuguesa*, 39(4), pp. 163-170.
4. Arora, S. *et al.* (2000). Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply, *Pediatrics*, 109(5), pp.67.
5. Baldrigui, S. *et al.* (2001). A Importância do Aleitamento Natural na Prevenção de Alterações Miofuncionais e Ortodônticas, *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 6 (5), pp. 111-121.
6. Bervian, J., Fontana, M. e Caus, B. (2008). Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais - revisão de literatura, *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo*, 13 (2), pp. 76-81.
7. Biancuzzo, M. (1999). Maternal physical assessment and counseling. In: Biancuzzo, M. (Ed.). *Breastfeeding The Newborn: Clinical Strategies for Nurses*. St. Louis, Mosby, pp. 226-304.
8. Bishara, S. (1998). Mandibular changes in persons with untreated and treated Class II Division 1 malocclusion, *American Journal of Orthodontics Dentofacial Orthopedics*, 113(6), pp. 661-673.
9. Bishara, S. (2006). Class II malocclusions: Diagnostic and clinical considerations with and without treatment, *Seminars Orthodontics*, 12(1), pp. 11-24.
10. Bittencourt, M. e Machado, A. (2010). Prevalência de má-oclusão em crianças entre 6 e 10 anos - um panorama brasileiro, *Dental Press Journal of Orthodontics*, 15(6), pp. 113-122.

11. Bosi, M. L. M. e Machado, M. T. (2005). Amamentação: um resgate histórico, *Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará*, 1(1), pp. 1-9.
12. Brizola, D. R., Senandes, N. C. e Ferreira, R. (2005). Blogspot. [Em linha]. Disponível em < <http://www.artigosrafael.blogspot.pt/2005/06/amamentao-natural-uma-preveno-dos.html> >. [Consultado em 20/03/2015].
13. Camargo, M. (1998). *Atualização na Clínica Odontológica : Programa Preventivo de Maloclusões para Bebés*. São Paulo, Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas.
14. Carvalho, G. (1997). Amamentação: Uma Avaliação Abrangente II, *Revista Secretaria da Saúde*, 4(28), pp. 8-10.
15. Carvalho, G. D., Brandão, G. e Vinha, P. P. (2002). Os Respiradores Bucais e as Desordens Buco-Dentais. In: Cardoso, R. J. A. e Gonçalves, E. A. N. (Ed.). *Odontopediatria, Prevenção*. São Paulo, Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, pp. 179-193.
16. Carvalho, M. P. e Sies, M. L. (2002). Prevenção Fonoaudiológica dos Distúrbios Miofuncionais Bucofaciais. In: Cardoso, R. J. A. e Gonçalves, E. A. N. (Ed.). *Odontopediatria, Prevenção*. São Paulo, Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, pp. 169-177.
17. Carvalho, M. R. e Tamez, R. N. (2005). *Amamentação: Bases Científicas*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
18. Casagrande, L. *et al.* (2008). Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático, *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 49(2), pp. 11-17.
19. Castilho, S. e Barros Filho, A. (2010). The history of infant nutrition, *Jornal de Pediatria*, 86(3), pp. 179-188.
20. Cavalcanti, A. L., Bezerra, P. K. M. e Moura, C. (2007). Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros, *Revista de Salud Pública*, 9(2), pp. 194-204.

21. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2002). Breast Cancer and Breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease, *The Lancet Journals*, 360(9328), pp. 187-195.
22. Colunista Portal - Educação. (2013). Portal Educação. [Em linha] Disponível em: < <http://www.portaleducacao.com.br/fonoaudiologia/artigos/25554/succao#> >. [Consultado em 21/06/2015].
23. Corrêa-Faria, P. *et al.* (2014). Malocclusion in preschool children: prevalence and determinant factors, *European Archives of Paediatric Dentistry*, 15(2), pp. 89-96.
24. Coutinho, B.S.T. (2009). *A Importância da Amamentação na Relação Mãe/Filho*. [Dissertação de Licenciatura]. Ponte de Lima, Repositório Universidade Fernando Pessoa.
25. D'Antó, V. *et al.* (2015). Class II functional orthopaedic treatment: a systematic review of systematic reviews, *Journal of Oral Rehabilitation*, 42(8), pp. 624-642.
26. Douglas, C. (1998). *Patofisiologia oral: fisiologia normal e patológica aplicada à odontologia e fonoaudiologia*. São Paulo, Pancast.
27. Elad, D. *et al.* (2014). Biomechanics of milk extraction during breast-feeding, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(14), pp. 5230–5235.
28. Escott, R. (1989). Posicionamento, pega e transferência do leite, *Breastfeeding Review*, 14, pp. 31-36.
29. Ferreira, F. (1996). *Ortodontia diagnóstico e planeamento clínico*. São Paulo, Artes Médicas.
30. Ferreira, F. *et al.* (2010). Associação entre a duração do aleitamento materno e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos orais deletérios, *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 7 (1), pp. 35-40.
31. Fildes, V. (1986). *Breasts, bottles and babies: a history of infant feeding*. Edinburgh, Edinburgh University Press.

32. Flandrin, J. e Montanari, M. (1998). *História da alimentação*. São Paulo, Estação Liberdade.
33. Freitas, J. (2009). Má oclusão Classe II, divisão 1, de Angle com discrepância ântero-posterior acentuada, *Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial*, 14(2), pp. 131-143.
34. Freitas, M. R. *et al.* (2005). Cephalometric characterization of skeletal Class II, division 1 malocclusion in white brazilian subjects, *Journal of Applied Oral Science*, 13(2), pp. 198-203.
35. Gimenez, C. *et al.* (2008). Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis, *Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial*, 13(2), pp. 70-83.
36. Giugliani, E. (2004). Problemas comuns na lactação e seu manejo, *Jornal de Pediatria*, 80(5), pp. 147-154.
37. Giugliani, E. R. J. (2005). Amamentação exclusiva e sua promoção. *In: Carvalho, M.R. e Tamez, R. N. (Ed.). Amamentação: bases científicas*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 15-22.
38. Giugliani, E. R. J. (2013). Aleitamento materno: aspectos gerais. *In: Ducan, B.B. et al. (Ed.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4ª ed. Porto Alegre, Artmed, pp. 235-254.
39. Granja, D. M. A. e Cunha, M. C. (2011). Aleitamento materno e artificial ao longo da história: aspectos sócio-culturais, *Distúrb Comun*, 23 (2), pp. 237-238.
40. Guedes-Pinto, A. (2003). *Odontopediatria*. São Paulo, Santos Editora.
41. Guyton, A. e Hall, J. E. (1997). *Tratado de Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
42. Huggins, K., Petok, E. e Mireles, O. (2000). Markers of lactation insufficiency: a study of 34 mothers. *In: Auerbach, K.G. (Ed.). Current Issues in Clinical Lactation*. Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, pp. 25-35.

43. Ianniruberto, A. e Tajani, E. (1981). Ultrasonographic study of fetal movements, *Seminars in Perinatology*, 5(2), pp. 175-181.
44. Janson, G. *et al.* (2009). Relevant variables of Class II malocclusion treatment, *Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial*, 14(4), pp. 149-157.
45. Jelliffe, D. e Jelliffe, E. (1978). *Human milk in the modern world – psychosocial, nutritional, and economic significance*. Oxford, Oxford University Press.
46. Larsson, E. e Bishara, S. (2003). *The influence of oral habits on developing dentition and their treatment: clinical and historical perspectives*. Iowa City, E. Larsson.
47. Lawrence, R. A. e Lawrence, R. M. (2005). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. Philadelphia, Elsevier Mosby.
48. Levy, L. e Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa, Comité Português para a UNICEF.
49. Lundström, A. (1984). Nature versus nurture in dento-facial variation, *The European Journal of Orthodontics*, 6(2), pp. 77-91.
50. Luz, C., Garib, D. e Arouca, R. (2006). Association between Breastfeeding Duration and Mandibular Retrusion: a Cross-sectional Study of Children in the Mixed Dentition, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 130(4), pp. 531-534.
51. Mannel, R. *et al.* (2011). *Manual Prático Para Consultores de Lactação*. Loures, Lusociência.
52. McBride, M. C. e Danner, S. C. (1987). Sucking disorders in neurologically impaired infants: assessment and facilitation of breastfeeding, *Clinics Perinatology*, 14(1), pp. 109-130.
53. Medeiros, P. *et al.* (2005). Maloclusões, tipos de aleitamento e hábitos bucais deletéricos em pré-escolares - um estudo de associação, *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 5(3), pp. 267-274.

54. Mendes, A. C. R., Valença, A. M. G. e Lima, C. C. M. (2008). Associação entre aleitamento, hábitos de sucção não-nutritivos e maloclusões em crianças de 3 a 5 anos, *Ciência Odontológica Brasileira*, 11 (1), pp. 67-75.
55. Mercadante, M. M. N. (2002). *Ortodontia: Diagnóstico e Planejamento Clínico - Hábitos em Ortodontia*. São Paulo, Artes Médicas.
56. Merkel-Walsh, R. e Rosenfeld-Johnson, M. S. (2003). Connections between tongue placement and dental alignment, *Advance for Speech-Language Pathologists and Audiologists*, 13(36), p. 9.
57. Mohebbi, S. *et al.* (2008). Feeding habits as determinants of early childhood caries in a population where prolonged breastfeeding is the norm, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36 (4), pp. 363-369.
58. Moimaz, S. A. S. *et al.* (2011). Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos, *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), pp. 2477-2484.
59. Morris, S. e Klein, M. (2000). *Pre-feeding Skills*. Tucson, Therapy Skill Builders.
60. Neiva, F. *et al.* (2003). Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral, *Jornal de Pediatria*, 79 (1), pp. 7-12.
61. Nelas, P.A., Ferreira, M. e Duarte, J.C. (2008). Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida, *Revista Referência*, II (6), pp.39-56.
62. Neto, P. G. F. *et al.* (2009). Aleitamento Materno na Visão da Odontopediatria, *Saúde Colectiva*, 6(27), pp. 30-34.
63. Noronha, N. (2014). IBFAN, International Baby Food Action Network. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.ibfanportugal.org/#!notcias/cazc>>. [Consultado em 20/03/2015].
64. Palmer, M. M. (1993). Identification and management of the transitional suck pattern in premature infants, *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 7(1), pp. 66-75.

65. Pellizzaro, D. *et al.* (2008). Aleitamento Natural e sua Relação com o Sistema Estomatognático, *UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde*, 10(2), pp. 63-68.
66. Pereira, L. *et al.* (2003). Avaliação da Associação do Período de Amamentação e Hábitos Bucais com a Instalação de Más Oclusões, *Revista Gaúcha de Odontologia*, 51(4), pp. 203-209.
67. Petrovic, A. (1972). Mechanisms and regulation of mandibular condylar growth, *Acta Morphol Neerl Scand*, 10(1), pp. 25-34.
68. Pinto, T. V. (2008). Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade: Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta, *ArquiMed*, 22(2/3), pp. 57-68.
69. Praetzel, J. *et al.* (2002). Relação entre o Tipo de Aleitamento e o Uso de Chupeta, *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, 5 (25), pp. 235-240.
70. Premji, S. e Paes, B. (2000). Gastrointestinal function and growth in premature infants: is non-nutritive sucking vital?, *Journal of Perinatology*, 20(1), pp. 46-53.
71. Queluz, D. P. e Gimenez, C. M. M. (2000). Aleitamento e Hábitos Deletérios Relacionados à Oclusão, *Revista Paulista de Odontologia*, 22 (6), pp. 16-20.
72. Ramsay, D., Langton, D. e Gollow, I. (2004). *Ultrasound imaging of the effect of frenulotomy on breastfeeding infants with ankyloglossia*. Cambridge, Queens College.
73. Riordan, J. (2010). *Breastfeeding and Human Lactation*. Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
74. Riordan, J. e Countryman, B. (1980). Basics of breastfeeding: Part II: the anatomy and psychophysiology of lactation, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 9(4), pp. 210-213.
75. Rodrigues, J., Bolini, P. e Minarelli-Gaspar, A. (2006). Hábitos de sucção e suas interferências no crescimento e desenvolvimento craniofacial da criança, *Odontologia Clínico-Científica*, 5(4), pp. 257-260.

76. Scavone, H., Guimarães, C. H., Ferreira, R. I., Nahás, A. C. e Vellini-Ferreira, F. (2008). Association between breastfeeding duration and non-nutritive sucking habits, *Community Dental Health*, 25 (3), pp. 161-165.
77. Silva Filho, O. *et al.* (1992). Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação, *Revista Brasileira de Cirurgia*, 82(2), pp. 59-65.
78. Soares, C. e Totti, J. (1996). Hábitos deletérios e suas consequências, *Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais*, 2(1), pp. 21-25.
79. Sousa, F. *et al.* (2004). O aleitamento materno e sua relação com hábitos deletérios e maloclusão dentária, *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 4(3), pp. 211-216.
80. Tomita, L. *et al.* (2004). Relação entre tempo de aleitamento materno, introdução de hábitos orais e ocorrência de maloclusões, *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo*, 9 (2), pp. 101-104.
81. Velanovich, V. (1995). Ectopic breast tissue, supernummary breasts, and supernumerary nipples, *Southern Medical Journal*, 88(9), pp. 903-906.
82. Vianna, M. S. *et al.* (2004). Prevalência da mordida cruzada posterior e sua associação com hábitos de sucção não nutritivos, *Revista Gaúcha de Odontologia*, 52(4), pp. 246-248.
83. Vinha, P. (2003). Divisões funcionais dos músculos envolvidos na amamentação e no aleitamento com mamadeira. In: Carvalho, G.D. (Ed.). S.O.S. Respirador Bucal: Uma visão funcional e clínica da amamentação. São Paulo, Lovise, p. 233.
84. Vinha, V. (2002). *O Livro da Amamentação*. São Paulo, CLR Balieiro Editores.
85. Weber, F., Woolridge, M. W. e Baum, J. D. (1986). An ultrasonographic study of the organisation of sucking and swallowing in newborn infants, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 28(1), pp. 19-24.
86. Wolf, L. e Glass, R. (1992). *Feeding and Swallowing Disorders in Infancy: Assessment and Management*. Texas, Hammill Institute on Disabilities.

87. Woolridge, M. (1986). The Anatomy of Infant Sucking, *Midwifery Journal*, 2(4), pp. 164-71.
88. World Health Organization (2000). Mastitis: causes and management. [Em linha]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_13/en/. [Consultado em 19/04/2015].

ANEXOS

ANEXO 1- Autorização Centro Hospitalar do Porto

centro hospitalar
do Porto

Hospital Santo António | Hospital Maria Pia | Maternidade Júlio Dinis | Hospital Joaquim Urbano

Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 PORTO
www.hgsa.pt

Exma. Sra.
Eliana Silva
Rua Cimo de Vila n.º1974
3880-743 São João - Ovar

ASSUNTO: Trabalho Académico – MIMD – “Importância da Amamentação na Prevenção da Má-oclusão de Classe II Esquelética” - N/ REF.ª 2014.223(163-DEFI/192-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Obstetria, sendo o Investigador Principal, a aluna do da Universidade Fernando Pessoa, Eliana Silva.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direção Clínica, tendo obtido parecer favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
412/2015

Dr. SOLMARI ALLEGRO	Dr.ª ÉLIA GOMES
Presidente	Vogal Executiva
Dr. PAULO BARBOSA	Dr. RUI PEDROSO
Director Clínico	Vogal Executivo
Enf.ª EDUARDO ALVES	
Enfermeiro Director	

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO-MIM

Título: "Importância da Amamentação na Prevenção da Má-oclusão de Classe II Esquelética"	Ref.ª: 2014.223(163-DEFI/192-CES)
	Investigador: Eliana Silva Univ. Fernando Pessoa

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: _____	DIREÇÃO CLÍNICA: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: _____ Dr. PAULO BARBOSA Diretor Clínico - CHP Data: <u>3.12.15</u>
---	--

Em conformidade. Pode ser autorizado
Prof.ª Doutora Luísa Lobato
Diretora do DEFI
[Assinatura] 27/10/2015
Prof.ª Doutora Luísa Lobato
Diretora do DEFI

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 21.1.2015	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Importância da Amamentação na Prevenção da Má-oclusão de Classe II Esquelética"		Ref.º: 2014.223(163-DEFI/192-CES)
Protocolo/Versão:		Investigador: Eliaana Silva Universidade Fernando Pessoa

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de **Trabalho Académico - Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo
Vice-Presidente: Dr. Paulo Maia

Dr.ª Paulina Aguiar, Dr.ª Fernanda Manuela, Enf.ª Paula Duarte, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge, Dr. Jorge Andrade da Silva

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

AUTORIZADO

Dr. Severo Torres

Adjunto do Diretor Clínico

Data: 31/2/15

Data 21.1.2015

A Presidente da CES

Dr.ª Luisa Bernardo

ANEXO 2 – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Importância da Amamentação na Prevenção da Má-oclusão de Classe II Esquelética

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo)_____

_____ ,
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____ / ____ / 20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

ANEXO 3 – Inquérito



Inquérito nº _____
Data: _____

INQUÉRITO

IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA PREVENÇÃO DA MÁ-OCCLUSÃO DE CLASSE II ESQUELÉTICA

Solicito que responda com total sinceridade às questões colocadas. Este inquérito é confidencial e tem como finalidade servir de base a um trabalho de investigação, para obtenção do Grau de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

DADOS PESSOAIS

1. Data de nascimento: __/__/____ (dia/mês/ano)
2. Habilitação literária: _____

DADOS RELATIVOS AO ALEITAMENTO MATERNO

3. Está grávida? **Coloque uma cruz (X).**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

4. Tem filho(a/as/os)? **Coloque uma cruz (X).**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

CASO NÃO TENHA FILHO(A/AS/OS) AVANCE ATÉ À QUESTÃO 7.

5. Em média, durante quanto tempo amamentou o(a/os/as) seu/sua(s) filho(a/as/os)?

Criança	Indique o tempo em semanas que amamentou.	Ainda a amamentar Coloque uma cruz (X).	Não amamentou Coloque uma cruz (X).
1.			
2.			
3.			
4.			

CASO TENHA APENAS UM(A) FILHO(A) E AINDA ESTEJA A AMAMENTAR, AVANCE ATÉ À QUESTÃO 7.



UNIVERSIDADE
FERNANDO PESSOA
 WWW.UFP.PT

centro hospitalar
 do Porto

Inquérito nº _____
 Data: _____

6. Qual o motivo pelo qual deixou de amamentar? **Coloque uma cruz (X).**

Hipogalactia (baixa produção de leite materno)	
Fissuras mamilares (feridas dolorosas nos mamilos)	
Mastite (inflamação da mama)	
Ingurgitamento (endurecimento do peito)	
Pudor em amamentar em público	

Outro(s) motivo(s): _____

7. Na sua opinião, qual será o tempo mínimo ideal de duração da amamentação?

Selecione apenas uma opção colocando uma cruz (X).

0 semanas	
1 semana	
1 mês	
3 meses	
6 meses	
2 anos	
Mais de 2 anos	

8. O aleitamento materno pode influenciar a saúde geral da criança futuramente?

Selecione apenas uma opção colocando uma cruz (X).

Sim	
Não	
Não sei	

9. O facto de o bebé ser alimentado por biberão e não pelo peito materno, pode influenciar o desenvolvimento da sua boca e face? **Selecione apenas uma opção colocando uma cruz (X).**

Sim	
Não	
Não sei	



UNIVERSIDADE
FERNANDO PESSOA
WWW.UFP.PT

centro hospitalar
do Porto

Inquérito nº _____
Data: _____

10. Na sua opinião, qual o motivo que a levaria a optar por amamentar? **Selecione apenas uma opção colocando uma cruz (X), ou indique o seu motivo, caso esse não esteja mencionado na tabela abaixo.**

Não pretendo amamentar	<input type="checkbox"/>
Muito económico (custo nulo)	<input type="checkbox"/>
Método prático	<input type="checkbox"/>
Promove o vínculo afectivo entre mãe e filho	<input type="checkbox"/>

Outro(s) motivo(s): _____

11. No estabelecimento de saúde que frequenta/frequentou no período de pré-parto e/ou internamento, existe/existia alguma das seguintes políticas de promoção ao aleitamento materno? **Coloque uma cruz (X) apenas em caso afirmativo.**

RESPONDA A ESTA QUESTÃO APENAS CASO ESTEJA GRÁVIDA OU TENHA FILHO(A/OS/AS).

Cartazes elucidativos	<input type="checkbox"/>
Sessões de esclarecimento acerca do aleitamento materno	<input type="checkbox"/>
Grupos de apoio ao aleitamento materno	<input type="checkbox"/>
Sessões de instrução/demonstração das técnicas de amamentação	<input type="checkbox"/>
Pessoal auxiliar formado para ajudar as mães a iniciarem a amamentação na primeira meia hora após o nascimento	<input type="checkbox"/>

12. Após ter respondido com total sinceridade às questões que lhe foram colocadas neste inquérito, necessita de obter mais informações/esclarecimentos, relativamente ao impacto que a amamentação tem na saúde geral e na saúde oral da criança? **Selecione apenas uma opção colocando uma cruz (X).**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Muito obrigada pela sua colaboração!

Eliana Silva