

# LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM CRIANÇAS DE 0 A 30 MESES NA CIDADE DE RECIFE-PE.

## PARTE I: AVALIAÇÃO DA DIETA E HIGIENE BUCAL

### *EPIDEMIOLOGY ASSESSMENT IN 0 TO 30 MONTHS OF AGE CHILDREN IN THE CITY OF RECIFE-PE, BRAZIL.*

### *PART I: DIET'S AND ORAL HYGIENE'S EVALUATION*

Técia Daltro Borges Alves.\*

Elisa Maria Montandon.\*

Valdenice Aparecida de Menezes.\*\*

#### RESUMO

O presente trabalho foi realizado em 250 mães de crianças de 0 a 30 meses de idade que procuraram o atendimento médico ambulatorial do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Através de questionário aplicado à mãe, inquiriu-se sobre os hábitos dietéticos e de higiene bucal da criança, objetivando-se após a coleta de dados determinar o perfil alimentar e higiênico em crianças nessa faixa

etária. O questionário utilizado constava de perguntas relacionadas ao cardápio alimentar; ingestão, frequência e quantidade de açúcar consumido; tipo de aleitamento; alimentação noturna; tipo de higiene bucal, se realizada. A análise dos dados mostrou a importância de se priorizar a implantação de programas educativos com fins à prevenção de doenças bucais, enfatizando a cárie dentária.

#### UNITERMOS

Dieta, higiene bucal e bebês.

#### SUMMARY

This work was realized in 250 mothers from birth to thirteen-months-old babies' who had looked for medical attendance in the Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). These mothers answered a questionnaire about

dietetic habits and buccal hygiene. The aim of this work was to characterize feeding and cleaning for babies. It was concluded that educative programs to prevent buccal diseases, emphasizing tooth decay, represents a priority.

#### UNITERMS

Food, buccal hygiene, babies.

#### INTRODUÇÃO

Na infância são aprendidos os hábitos alimentares e de higiene bucal, que uma vez instalados, dificilmente serão modificados no futuro. Segundo a Divisão Nacional de Saúde Bucal<sup>13</sup> as principais doenças bucais quanto à extensão do dano são a cárie e a doença periodontal; ambas etiologicamente influenciadas pelos fatores dietéticos e

de higiene. O controle de placa comprovadamente reduz a prevalência de problemas no periodonto e associado à baixa ingestão de açúcar parece ter uma interação sinérgica, ao invés de apenas um efeito aditivo na prevenção da cárie<sup>17</sup>.

A cárie dental é uma doença de caráter multifatorial, onde interagem 3

\*Mestres em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco - UPE

\*\*Doutora em Odontopediatria e Coordenadora do Curso de Mestrado em Odontopediatria da FOP-UPE

principais fatores; o hospedeiro, a microflora e a dieta durante um determinado espaço de tempo; ela ocorre como resultado do desequilíbrio entre os processos de desmineralização e remineralização do esmalte dentário, decorrente do ataque provocado por ácidos provenientes da fermentação microbiana de substratos alimentares locais<sup>8,9</sup>.

As deficiências nutricionais podem trazer resultados como o desenvolvimento dentário anômalo, alteração na época de erupção e influenciar na composição salivar. Além disso populações que apresentam essas deficiências em menor grau tendem a ser as que mostram maiores problemas com a cárie dentária, o que torna essa doença mais comum nas sociedades ocidentalizadas devido aos seus padrões alimentares<sup>10</sup>.

Os efeitos dietéticos locais evidenciam que a baixa prevalência de cárie é encontrada nas sociedades em que o consumo de açúcar é pequeno e o de alimentos açucarados não é frequente, uma vez que a cárie dentária é uma doença sacarose-induzida<sup>8,10,14,20</sup>.

O "açúcar" pode ser definido como todas as suas formas comerciais derivadas da cana de açúcar ou da beterraba, incluindo gêneros alimentícios, melado e xaropes<sup>8</sup>. O consumo de alimentos ricos em sacarose, principalmente entre as refeições, propicia a desmineralização do esmalte dental; a sacarose é considerada tóxica aos dentes, quando consumida em doses diárias superiores a 28 gramas<sup>14</sup>.

Segundo SÁ et al<sup>15</sup> todo tipo de leite possui um determinado potencial cariogênico devido a presença de lactose, mesmo sendo este tipo de açúcar o que tem menor capacidade de reduzir o pH da placa dental. Ainda consideram que a maior preocupação é o hábito frequente da amamentação, especialmente após a erupção dentária, especialmente durante a noite quando o fluxo salivar é reduzido e a higienização negligenciada.

Na faixa etária em questão, estudos mostram que o processo de cárie se inicia por volta do 1º ano de vida, sendo a

sua forma de evolução mais rápida e de maior poder destrutivo, as chamadas cáries rampantes, resultantes da ingestão frequente de açúcar no leite da mamadeira, do aleitamento materno prolongado por mais de 6 meses<sup>9</sup>, da colocação de produtos açucarados em chupetas como forma de consolo e afetividade materna e ainda de maior gravidade quando essa ingestão ocorre no período noturno, pois há uma redução do fluxo salivar nessa circunstância, permitindo maior tempo de estagnação do alimento sobre as superfícies dentais<sup>3,12,15</sup>.

Com relação à higiene bucal do bebê, essa deve ser introduzida a partir da erupção do 1º dente decíduo, ou até mesmo antes como forma de condicionamento<sup>21</sup>; os pais devem realizá-la 2 a 3 vezes ao dia, dando maior atenção à higienização noturna após a última refeição. Assim como, se necessária, suplementação de flúor sistêmico ou seu uso local devem ser orientados pelo Odontopediatra<sup>3,6,10,12</sup>.

Cabe aos profissionais que lidam com crianças na tenra idade, orientar aos pais quanto às formas adequadas de alimentação que necessita o bebê; evitando dessa maneira hábitos indulgentes e desregrados; demonstrar técnicas corretas de higiene bucal, visando obter do ponto de vista geral e bucal uma repercussão positiva na saúde, visto que esta expressa a ausência de doença.

MACHADO et al<sup>9</sup> recomendam que as crianças sejam submetidas ao primeiro exame odontológico, assim que ocorra a erupção dos primeiros dentes decíduos, o que não deve ultrapassar os 12 meses de idade. Relatam ainda que esse exame também é importante para orientar os pais ou responsáveis sobre os cuidados de prevenção e controle das doenças bucais.

De acordo com FREIRE<sup>4</sup> são escassos os estudos no Brasil sobre os conhecimentos, atitudes e práticas da população, ou de segmentos desta, em relação aos nutrientes ou alimentos.

No que diz respeito aos bebês, WALTER, ISSAO<sup>22</sup> afirmam que pode-

ria ser simples dizer que eles não apresentam problemas odontológicos, porém que isto se fundamentaria em uma falsa interpretação, decorrente muito mais da falta de dados relativos a essa população, do que de sua real necessidade.

TSUBOUCHI et al<sup>19</sup> enfatizam que existem poucas pesquisas em crianças com idade inferior aos 36 meses, o que tem tornado difícil a comparação de resultados obtidos em seus estudos.

Portanto, o objetivo deste trabalho foi coletar dados sobre os hábitos dietéticos e de higiene bucal das crianças de 0 a 30 meses de idade da cidade de Recife-PE, para após a sua análise determinar o perfil alimentar e higiênico dessas crianças e conseqüentemente com base nesses achados facilitar a elaboração de programas educativos com fins à prevenção de doenças bucais, em especial a cárie dentária.

#### MATERIAIS E MÉTODOS

Foi selecionada uma amostra aleatória de crianças de 0 a 30 meses de idade, que procuravam o Serviço Médico Ambulatorial do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), durante o período de maio a setembro de 1996, estratificada em 5 grupos de 50, da seguinte forma: 0 a 6, 6 a 12, 12 a 18, 18 a 24 e 24 a 30 meses; perfazendo um total de 250 bebês. O consentimento para essa pesquisa foi fornecido pela mãe ou responsável pela criança, previamente à escolha dos pacientes.

A metodologia constou da utilização de questionário dirigido às mães. Esse questionário foi previamente elaborado contendo questões referentes a fontes de orientação sobre saúde bucal e sobre o tipo de dieta e higiene bucal do bebê. As perguntas e anotações foram efetuadas por um único examinador, com fins a diminuir a variabilidade no teor e interpretação das respostas.

Para facilitar o processamento e análise dos dados os resultados foram reunidos segundo cada grupo amostral e comparação intergrupos foi realizada.

Na análise estatística foram empregados o Teste Z (de Fischer) ou o Teste Qui-Quadrado (de Aderência) com probabilidade de significância (valor p) igual a 0,000.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados referentes ao recebimento pelos pais de orientação sobre higiene bucal e alimentação estão demonstrados na Figura 1 e a prevalência de aleitamento materno na Figura 2.

Os escores sobre dieta à época do exame, o uso da mamadeira, a utilização de alimentos açucarados, o aleitamento noturno e a higiene bucal estão distribuídos nas Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5 respectivamente.

Os resultados referentes ao recebimento de orientação mostraram que 84% dos pais não receberam instruções, sendo este valor estatisticamente significativo em relação aos 16% que haviam recebido quando aplicado o Teste Z. Nesse último grupo pôde-se constatar também que a participação de leigos como instrutores foi semelhante à participação do Pediatra e ambas maiores que a do Odontopediatra, ao contrário do que esperávamos em função da atual valorização de uma Odontologia para bebês.

A dieta apresentada à época do exame demonstrou que a amamentação exclusivamente materna só foi verificada no 1º grupo etário, representando a maioria das crianças. Nos grupos seguintes predominou em sua grande maioria a associação de mamadeiras e alimentação, muito embora crianças fazendo uso do seio materno associado a mamadeiras e/ou alimentação também tenham sido registradas. Era de se esperar que o uso da mamadeira não fosse tão alto e a inserção de alimentação ocorresse com maior incremento a partir do 6º mês, uma vez que os Pediatras da Instituição desaconselham o uso de mamadeiras e orientam a utilização de copinho e alimentos com colher para crianças acima dessa idade.

Com relação ao uso de aleitamento materno foi verificado que as pro-

porções de crianças que mamavam tendiam a decrescer de forma linear com as faixas etárias. Sendo diferente estatisticamente o 1º grupo dos demais, o 2º, o 3º e o 4º equivalentes entre si e diferentes do 5º grupo quando aplicou-se o Teste Qui-quadrado. Apesar do uso tender a diminuir com a idade, ressalta-se que mesmo nas crianças acima dos 2 anos foi verificada a amamentação, idade onde é desaconselhada.

Para as crianças que mamaram constatou-se que não havia por parte da mãe um controle quanto a frequência de mamadas, sendo essa frequência à vontade. Sobre o desmame, a época variou do 8º dia ao 6º mês, ocorrendo a maioria ao 3º mês; tempo que coincidiu com o período final de licença maternidade (4 meses) para as mães que trabalhavam. WENDT, BIRKED<sup>22</sup> estudando os hábitos de alimentação de 196 bebês suecos, observaram que 33% das crianças foram desmamadas aos 2 meses ou menos de idade e que após o 1º ano de vida, 49% das crianças que continuavam mamando tinham desenvolvido lesões de cárie aos 3 anos de idade.

O aleitamento materno após o 6º mês, foi justificado pelas mães não como fonte alimentar e sim como prova de afetividade, especialmente nos casos em que se ausentavam por longos períodos do convívio com seus filhos.

Quanto ao uso de mamadeiras foi analisada a composição do seu conteúdo e encontrou-se que no grupo de 0 a 6 meses não houve diferença estatística entre as que continham açúcar (55%) e as que não continham (45%). Nos demais grupos foi significativa a utilização de açúcar. O percentual nas faixas etárias seguintes foi 86%, 82%, 83% e 85%, de 6-12, 12-18, 18-24 e 24-30 meses respectivamente, não havendo diferença em termos estatísticos entre esses quatro últimos grupos.

A quantidade de açúcar adicionado variou de 1 colher de chá, para as crianças mais novas, a 1 ou 2 colheres de sopa no último grupo. Além disso a adição de farinhas pré-fabricadas

(Nescau, Farinha Láctea, Mucilon, Cremogema, Maizena, etc.) foi alta. Prevalendo a adição de uma massa ao leite, mas também de 2 ou 3 massas, fosse no grupo que usava ou não o açúcar. Vale salientar que muitas mães que não inseriam o açúcar propriamente dito, faziam esta inserção indiretamente através das massas, que o possuíam na sua composição. Uma possível justificativa para a maior quantidade utilizada pelas faixas etárias maiores são as instruções contidas no modo de preparar as mamadeiras nas caixas ou latas das farinhas mais usadas, que preconizavam a quantidade de "1 ou 2 colheres de sopa" e "à vontade".

HOLBROOK et al<sup>7</sup> relataram em uma amostra de 158 crianças que nas 48 que exageravam no uso do açúcar, foi verificado um incremento altamente significativo nos escores de cárie (ceo = 3,7) para as 110 que não exageravam (ceo = 1,8).

O mesmo percentual de utilização da mamadeira verificado por nós no 1º de vida foi encontrado por WENDT, BIRKED<sup>22</sup>, o valor de 86%, e aos 2 anos 56%, que também não foram diferentes estatisticamente. Não existiram diferenças entre os grupos estudados com relação ao conteúdo de açúcar na mamadeira. Ao contrário dos resultados no presente trabalho nas crianças acima de seis meses. Outro dado desses autores que coincide com os nossos foi a adição de fórmulas de cereais ao leite, com mais frequência em crianças de 1 ano de idade com cárie do que naquelas sem cárie.

A utilização e frequência de alimentos açucarados (biscoitos, doces e refrigerantes) entre os intervalos de aleitamento materno ou artificial tendeu a crescer de forma linear com as faixas etárias. No grupo dos biscoitos o maior incremento foi observado entre a faixa etária de 0-6 e a de 6-12 meses.

WENDT, BIRKED<sup>22</sup> registraram com relação a frequência de consumo de produtos de risco à cárie (biscoitos, doces e refrigerantes), a ingestão total por mais que uma vez ao dia em 49%

consumo baixas.

Quando houve aleitamento materno, a frequência da alimentação noturna foi maior, diminuindo quando substituída por mamadeiras, mas estas últimas geralmente continham açúcar e massas pré-fabricadas.

A instituição de procedimentos de higiene bucal foi tardia e sua realização especialmente em crianças menores de

18 meses foi precária.

O emprego de dentifrícios foi mais frequente a partir dos 18 meses, sendo selecionados pela disponibilidade no lar ou por marketing comercial.

A conduta dos pais com relação à dieta e higiene bucal de seus bebês foi inadequada, talvez devido ao fato da maioria alegar nunca ter recebido orientação sobre o assunto ou porque mes-

mo quando esta ocorria, dificilmente era incorporada.

#### AGRADECIMENTO

À Dra. Verônica Kosminski, Coordenadora da Área de Odontologia do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), por ter proporcionado o acesso a esta instituição para a realização do presente trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - BENITEZ, C. et alli. Effect of a preventive approach for a threathment of nursing bottle caries. *J Dent Child*, Chicago, 46-9, Jan./Feb., 1994.
- 02 - BIRKED, D. & WENDT, L.K. Dietary habits related to caries development and immigrant status in infants and toddlers living in Sweden. *Acta Odontol Scand*, Oslo, 53: 339-44, 1995.
- 03 - DELGADO-RODRIGUES, C.R., et alli. Cáries extensas em dentes decíduos por aleitamento materno prolongado. *Enc. Bras. de Odontologia*, [s.l.]: 97-104, out., 1986.
- 04 - FREIRE, M. do C.M. Fatores que influenciam hábitos dietéticos em relação ao consumo de açúcar. *Revista de Odontopediatria*, São Paulo, 4 (2):75-83, abr./mai./jun., 1995.
- 05 - FRISSE, G.M. BEZERRA, A. C. B. Correlação entre hábitos alimentares e a cárie dentária em crianças de 06 a 36 meses de idade. *Rev. ABO Nac.*, Informe científico da Kolynos, Rio de Janeiro, 4, (1):4, fev./mar., 1996.
- 06 - GUEDES-PINTO, A. C. *Odontopediatria*. 4. ed. São Paulo, Santos, 1993. 1140 p.
- 07 - HOLBROOK, W.P. et alli. Caries prevalence, Streptococcus mutans and sugar intake among 4-year-old urban children in Iceland. *Community Dent Oral Epidemiol*, Copenhagen, 17:292-5, 1989.
- 08 - KRASSE, B. *Risco de cárie: um guia prático para avaliação e controle*. Tradução por José Luiz Freire de Andrade; Revisão por Valdelice A. Santana. 2. ed. São Paulo, Quintessence, 1988. 113 p.
- 09 - MACHADO, I.P. et alli. Considerações gerais sobre a prevenção de cárie na primeira infância. *Revista de Odontopediatria*, São Paulo, 3 (1):1-10, jan./fev./mar., 1994.
- 10 - Mc DONALD, R.E. & AVERY, D.R. *Odontopediatria*. 5. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991. 598 p.
- 11 - MEDEIROS, L.M. de. & BEZERRA, A. C.B. Clínica de bebês: prevenção de cárie dentária em crianças de 0 a 30 meses de idade. *Rev. ABO Nac.*, Informe Científico da Kolynos, Rio de Janeiro, 2(6):405-6, dez./jan., 1994.
- 12 - PAUNIO, P. et alli. Children's poor toothbrushing behavior and mothers' assesment of dental health education at well-baby clinics. *Acta Odontol Scand* Oslo, 52 :36-42, 1994.
- 13 - PINTO, V.G. *Saúde bucal: panorama internacional*. Brasília, Ministério da Saúde, 1990. 285 p.
- 14 - ROSENBLATT, A. Açúcar: o tóxico adoçante. *ROBRAC*, Goiânia, 4 (10):21-36, mar., 1994.
- 15 - SÁ, M.R. et alli. A relação entre leite e cáries dentárias na Odontopediatria. *Revista de Odontopediatria*, São Paulo, 3 (2):99-106, abr./maio/jun., 1994.
- 16 - SCHWARTZ, S.S. et alli. A child's sleeping habit as a cause of nursing caries. *J Den Child Chicago*: 22-5, Jan./Feb., 1993.
- 17 - THYLSTRUP, A. & FEJERSKOV, O. *Tratado de cariologia*. Tradução e coord. Por Sérgio Weyne. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1988. 404p.
- 18 - TSUBOUCHI, J. et alli. A study of baby bottle tooth decay and risk factors for 18-month old infants in rural Japan. *J Dent Child*, Chicago, :293-7, July/Aug., 1994.
- 19 - TSUBOUCHI, J. et alli. A study of dental caries and risk factors among Native American infants. *J Dent. Children*, Chicago, :283-7, July/Aug., 1995.
- 20 - VELASCO, L.F.L. et alli. Protocolo alimentar do bebê de zero a três anos de idade. *Revista de Odontopediatria*, São Paulo, 2 (3):133-9, jul./ago./set., 1993.
- 21 - WALTER, L.R. de F. & ISSAO, M. *Odontologia para bebês*. Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 1994. 157p.
- 22 - WENDT, L. K. & BIRKED, D. Dietary habits related to caries development and immigrant status in infants and toddlers living in Sweden. *Acta Odontol Scand*, Oslo, 53:339-344, 1995.

**Tabela 1.** Dieta apresentada nas faixas etárias segundo percentual de crianças.

faixa etária dieta	0 a 6	6 a 12	12 a 18	18 a 24	24 a 30
seio materno(s.m.)	40	-	-	-	-
mamadeira (mam.)	10	-	-	-	02
s.m. + mam.	10	-	02	-	-
mam. + alimentação (al.)	28	68	64	62	76
s.m. + al.	02	14	18	18	06
s.m + mam. + al.	10	18	12	08	-
alimentação	-	-	04	12	16

**Tabela 2.** Distribuição do número de crianças, segundo faixa etária, que utilizavam mamadeira com ou sem açúcar.

mamadeira faixa etária	sim		subtotal	não	total
	c/açúcar	s/açúcar			
0 a 6 meses	13	16	29	21	50
6 a 12 meses	37	06	43	07	50
12 a 18 meses	32	07	39	11	50
18 a 24 meses	29	06	35	15	50
24 a 30 meses	33	06	39	11	50
total	144	41	185	65	250

**Tabela 3.** Distribuição do número de crianças que utilizavam alimentos açucarados(biscoitos, doces e refrigerantes) e frequência diária de consumo segundo as faixas etárias.

Alimentos faixa etária	biscoitos		doces		refrigerantes	
	x	frequência	x	frequência	x	frequência
0 a 6 meses	03	2 x dia	-	-	-	-
6 a 12 meses	34	2 x dia	03	2 x sem.	19	1 x dia / 1 x sem.
12 a 18 meses	39	2 x dia / à vontade	04	2 x dia	22	1 x dia / 1 x sem.
18 a 24 meses	39	2 x dia / à vontade	08	1 x dia / à vontade	32	1 x dia / 2 x sem.
24 a 30 meses	47	2 x dia / à vontade	07	3 x dia	38	1 x dia / 2 x sem.

**Tabela 4.** Distribuição do número de crianças segundo faixas etárias e tipo de aleitamento noturno.

Aleitamento faixa etária	seio materno	mamadeira	seio materno e mamadeira	ausente	total
0 a 6 meses	22	21	07	-	50
6 a 12 meses	10	35	05	-	50
12 a 18 meses	12	31	04	03	50
18 a 24 meses	09	32	03	06	50
24 a 30 meses	03	37	-	10	50

**Tabela 5.** Distribuição do número de crianças em que eram realizados procedimentos de higiene diária e noturna segundo faixas etárias

Faixa etária	higiene diária			higiene noturna
	limpeza*	escovação	total	
0 a 6 meses	14	-	14	05
6 a 12 meses	09	02	11	08
12 a 18 meses	07	17	24	14
18 a 24 meses	03	35	38	20
24 a 30 meses	02	45	47	20

\* Foi considerada como limpeza a utilização de outro método de higiene que não a escova com pasta dental e sim de fralda ou gaze associada a soluções.