

Artigo de Revisão de Literatura
Literature Review Article

Alimentação na primeira infância: abordagem para a promoção da saúde bucal

Feeding in infancy: approach for oral health promotion

Cintia Magali da Silva¹
Débora Fernanda Basso¹
Arno Locks¹

Endereço para correspondência:

Corresponding author:

Cintia Magali da Silva
Rua José Joaquim dos Santos, n.º 49 – Centro
CEP 88302-030 – Itajaí – SC
E-mail: cintiaodonto@yahoo.com.br

¹ Curso de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis – SC – Brasil.

Recebido em 20/8/2009. Aceito em 25/1/2010.

Received for publication: August 20, 2009. Accepted for publication: January 25, 2010.

Palavras-chave: saúde bucal; aleitamento materno; dieta.

Resumo

Introdução e objetivo: Apresentar ao cirurgião-dentista informações atualizadas pertinentes a uma dieta saudável na primeira infância, já que os hábitos alimentares podem ter influência direta na saúde bucal dos pacientes, correlacionada por sua vez com a saúde geral. **Revisão de literatura:** Diante do paradigma de promoção da saúde e da necessidade de interação entre a Odontologia e as demais áreas da saúde e visando ao bem-estar e à qualidade de vida, o artigo discorre a respeito da alimentação do paciente pediátrico de acordo com a época ideal para a introdução de novos alimentos, ou seja, a alimentação complementar. **Conclusão:** Desse modo, o profissional terá condições de oferecer opções de alimentos no aconselhamento dietético a pais e/ou responsáveis por pacientes na faixa etária de 0 a 3 anos.

Keywords: oral health; breast-feeding; diet.

Abstract

Introduction and objective: The purpose of this article is to present updated information on healthy diet in infancy to dentists, since feeding habits may directly affect patients' oral and general health. **Literature review:** Considering the health promotion paradigm and the need of interaction between dentistry and other health fields, aiming to life quality and welfare, the article reports on the pediatric patient feeding according to the ideal time for introducing new foods, that is, complementary feeding. **Conclusion:** Therefore, clinicians will be able to provide food options when performing nutrition counseling for parents and/or guardians of 0- to 3-year-old patients.

Introdução

O paradigma da promoção da saúde acarretou uma série de mudanças na Odontologia, as quais vão desde a maneira de abordar as doenças bucais até a época de realização da primeira consulta ao dentista. A consulta inicial tem acontecido em fases precoces da vida do paciente, visto que muitos pais procuram pela atenção odontológica quando seu filho ainda é bebê. Ainda, nessa fase se inicia a formação dos hábitos alimentares, que vão influenciar sobremaneira na saúde imediata e futura da criança. Sendo assim, a alimentação adequada desde o nascimento tem também potencial para contribuir para uma dentição saudável. Consequentemente, os profissionais da saúde apresentam um importante papel no bem-estar de seus pacientes, devendo incentivar as práticas saudáveis de alimentação [17]. É relevante enfatizar a diferença existente entre nutrição e dieta. Quando nos referimos ao termo nutrição, estamos relacionando-o com a ingestão e absorção de nutrientes. A dieta, por sua vez, diz respeito aos alimentos ingeridos.

Tanto a dieta quanto a nutrição interferem na estrutura dos tecidos dentários e podem apresentar efeitos pré-eruptivos, atuando na formação dos elementos dentários, ou ainda pós-eruptivos, agindo localmente [22]. Na infância, destacam-se como doenças bucais influenciadas pela dieta e nutrição os defeitos na estrutura dos dentes e a cárie dentária. O hábito de mamar ou consumir bebidas açucaradas antes de adormecer ou ainda durante o sono, aliado à não realização da higiene bucal adequada, é prejudicial no tocante à atividade da doença cárie. Como consequência desses hábitos de aleitamento do bebê e de uma dieta desfavorável, podem acontecer perdas dentárias precoces e alterações oclusais. O desenvolvimento de lesões cariosas depende da presença de microrganismos patogênicos na boca, de carboidratos fermentáveis que os agentes patogênicos metabolizam em ácidos

orgânicos e de superfícies dentárias suscetíveis à dissolução dos ácidos orgânicos, considerando que tais fatores devem interagir por um período de tempo. A cárie dentária é capaz de se manifestar de modo grave na primeira infância e atingir graus alarmantes em determinadas situações. Essa forma de manifestação da doença era conhecida como cárie de mamadeira e atualmente tem sido chamada de cárie precoce da infância ou ainda cárie severa da infância, dependendo da faixa etária em que a criança está [1].

Os hábitos alimentares desfavoráveis também comprometem o crescimento e o desenvolvimento do bebê [27], tendo implicações graves para a sua saúde e bem-estar, tanto na fase da primeira infância quanto posteriormente, atuando de maneira negativa na qualidade de vida da criança e gerando ansiedade em seus pais. A Organização Mundial da Saúde pretende que, em 2010, 90% das crianças com até 5 anos de idade estejam livres da cárie dentária. Há necessidade, portanto, de esforço de diversas áreas profissionais [15].

Com vistas à promoção de saúde para o indivíduo como um todo, este trabalho tem o objetivo de discorrer sobre a influência dos hábitos alimentares na saúde bucal, bem como abordar a alimentação na primeira infância, incluindo noções para a alimentação complementar e introdução de novos alimentos. Sendo assim, o cirurgião-dentista poderá discutir com os pais e/ou responsáveis do paciente a respeito dos alimentos mais adequados de acordo com a cronologia de irrupção dentária e o desenvolvimento do sistema estomatognático.

Revisão de literatura

A amamentação exclusiva com leite materno nos primeiros 6 meses de vida constitui uma prática indispensável para a saúde e o desenvolvimento da criança. Para Gava-Simioni *et al.* (2001) [13], a

proteção contra alergias e infecções proporcionada ao bebê é impossível de ser alcançada por outro tipo de alimento que não seja o leite materno até os 6 meses de idade. O início da vida é um período de crescimento rápido, e o peso corporal da criança dobra até os primeiros 4 meses. Logo, são imprescindíveis nutrientes e energia para manutenção das funções e da deposição tissular. O leite materno mostra-se então a mistura completa e perfeitamente equilibrada dos nutrientes necessários. A sucção é um instinto fisiológico do neonato, além de satisfazê-lo afetivamente, servindo também de preparo para a mastigação, o segundo reflexo da alimentação [18, 19].

Durante a amamentação natural, os músculos mandibulares posicionam-se de maneira ligeiramente horizontal, facilitando os movimentos no sentido anteroposterior. Com o desenvolvimento, estes vão se verticalizando, de modo preparatório para o futuro movimento mastigatório. O rebordo incisivo da maxila apoia-se na superfície superior do mamilo e em parte da mama. Já a língua atua como uma válvula, o que promove um fechamento hermético e controla a respiração do bebê pelo nariz. A mandíbula realiza movimentos protrusivos e retrusivos e extrai o leite para a cavidade bucal de forma sincronizada com a deglutição, fazendo exercício muscular e auxiliando o desenvolvimento da mandíbula. A posição recomendada para a amamentação é a ortostática, ou seja, o bebê deve estar sentado, com a cabeça superior ao restante do corpo. Essa posição evita o refluxo de leite para a tuba auditiva e consequentes episódios de otite [14].

Sabe-se que a administração de outros alimentos além do leite materno nesse período atua negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade. Ocorrem também risco de infecções e diminuição da quantidade de leite materno ingerido, levando a um menor ganho de peso ponderal [18, 19].

Sendo assim, o estímulo ao aleitamento materno merece ênfase graças aos seus inúmeros benefícios. Por meio do aleitamento materno, a criança suga o alimento, satisfaz sua fome, obtém prazer oral, realiza esforço para a alimentação e exercita a região perioral e intraoral. Já o bebê que não é amamentado de maneira natural tende a introduzir o dedo na boca com o intuito de sucção [14]. Com o aleitamento artificial (uso de mamadeira) a satisfação da fome é mais rápida, e não há necessidade de esforço para sucção, além de levar a um posicionamento incorreto da língua [9]. Dessa forma, acredita-se que há relação entre aleitamento artificial, hábitos de sucção e desenvolvimento de maloclusão. Oliveira e Colares (2005) [25] também destacam as

vantagens da amamentação natural, enfatizando o papel fundamental no desenvolvimento psicológico da criança, a atuação quanto ao crescimento e desenvolvimento bucomaxilofacial, o estímulo ao estabelecimento de funções bucais adequadas e de uma oclusão dentária sem desvios. Portanto, considera-se o aleitamento materno um fator importante para o desenvolvimento apropriado do sistema estomatognático.

Autores buscaram identificar as possíveis consequências da mamadeira sobre o desenvolvimento orofacial em bebês [8] e chegaram à conclusão de que seu uso interfere negativamente sobre o desenvolvimento orofacial. O selamento labial, bem como a respiração nasal, foi o mais prejudicado em crianças que utilizavam mamadeira.

Cabe destacar ainda a influência direta dos hábitos alimentares na atividade da doença cárie dentária. Esta, de caráter multifatorial, atinge em muitas situações grau alarmante, com acentuada severidade na primeira infância. Por muito tempo a doença foi conhecida como cárie de mamadeira. A American Academy of Pediatric Dentistry [1] sugere nos dias atuais o termo cárie precoce na infância para a presença de um ou mais dentes decíduos cariados, perdidos ou restaurados antes dos 71 meses de idade. Já em crianças na primeira infância, ou seja, com menos de 36 meses, a doença é tida como cárie severa da infância, tendo natureza rampante, aguda e progressiva.

Nessa manifestação da cárie, clinicamente, observa-se desmineralização do esmalte dentário com a formação de lesões incipientes em forma de mancha branca. Quando os fatores etiológicos não são retirados nem as medidas cabíveis para a sua estabilização tomadas, a doença progride. Os incisivos superiores são os dentes mais comprometidos, enquanto geralmente os incisivos inferiores não são atingidos. Conforme a progressão da doença, os caninos e os molares são afetados, podendo ter lesões extensas, e dependendo da severidade do caso os incisivos inferiores também apresentarão lesões. Em determinadas situações, há rápida destruição coronária, em que é muito comum o envolvimento pulpar [29].

É possível explicar a distribuição das lesões peculiares à cárie de mamadeira por três fatores principais. O primeiro deles é a cronologia de irrupção dentária, que se inicia pelos incisivos e é seguida pelos primeiros molares, caninos e segundos molares, respectivamente. Tendo em vista que os incisivos irrompem antes dos outros, eles são os primeiros dentes a enfrentar o desafio cariogênico. O segundo fator diz respeito ao tempo de duração dos hábitos inadequados de alimentação. Caso os

hábitos prejudiciais no tocante à alimentação sejam descontinuados, os demais dentes a irromperem não são atingidos ou sofrerão de forma menos severa. Por fim, o terceiro fator é o padrão muscular de deglutição. Ao ser amamentado, tanto natural quanto artificialmente com uso de mamadeira, o líquido que o bebê recebe banha sobretudo os dentes superiores, já os incisivos inferiores ficam protegidos pela língua e pela saliva [29].

Nelson-Filho *et al.* (2001) [24] avaliaram os hábitos alimentares de crianças com cárie precoce da infância. Os autores puderam observar que antes dos 6 meses de idade a maior parte das mães oferecia mamadeira para seus filhos em período noturno, contendo alguma forma de sacarose, e ressaltaram a necessidade de redução na prevalência da doença. A cárie precoce da infância pode ter como sinais e sintomas severas dores, infecções e abscessos. Estes causam dificuldade mastigatória e contribuem para que a criança recuse os alimentos. Outra possibilidade é o surgimento de distúrbios gastrointestinais em virtude de mastigação inadequada. Também pode haver aumento do risco de cárie na dentadura permanente e perda precoce de dentes decíduos, o que fatalmente leva à necessidade de futuro tratamento ortodôntico e possível comprometimento das funções mastigatória e fonoarticulatória. A reabilitação dos dentes comprometidos por cárie precoce da infância pode ser complexa e cara [15]. Além dos prejuízos físicos, destaca-se a possibilidade de danos psicológicos provocados pela doença à criança, bem como aos familiares e às pessoas de seu convívio. Os aspectos psicossociais e comportamentais devem ser avaliados, compondo um tratamento efetivo da cárie precoce [11].

Pesquisadores relacionam os hábitos alimentares como o principal fator de risco ao desenvolvimento da doença [12, 21]. Nas crianças de pouca idade, os alimentos permanecem na boca por um tempo significativo, demonstrando ser necessário o aconselhamento do núcleo familiar quanto à frequência, ao horário e ao tipo de alimento a ser oferecido aos seus filhos. Uma dieta adequada, balanceada e variada, que contenha todos os nutrientes indispensáveis para o desenvolvimento infantil é muito importante para a formação e manutenção de uma dentição saudável. A cárie que acomete bebês até mesmo no seu primeiro ano de vida é uma doença com estreita ligação com o hábito prolongado de amamentação e está diretamente relacionada ao conteúdo de carboidrato fermentável presente no líquido ingerido [28]. A utilização irrestrita de chupetas adoçadas e de mamadeiras e o hábito de adormecer consumindo sucos industrializados, chás adoçados, leite com carboidratos fermentáveis,

como farináceos, achocolatados e sacarose, são associados à cárie severa da infância. A atenção odontológica precoce deve envolver orientações sobre a dieta para o bebê, principalmente no que se refere à amamentação noturna e ao período de alimentação complementar.

A epidemiologia da cárie na primeira infância é variada e tem sido apresentada em diversos estudos. No Brasil, Barros *et al.* (2001) [2] observaram prevalência de cárie de 55,3%, quando todos os estágios da doença foram considerados. Ao avaliar somente as lesões cavitadas, 17,6% das crianças foram afetadas. Porém, quando incluídas as lesões incipientes em forma de mancha branca, 49,7% das crianças estavam com a doença. Bönecker *et al.* (1997) [4] realizaram importante estudo visando conhecer a prevalência de cárie na primeira infância, levando em conta, além das lesões cavitadas, também as incipientes. Os índices ceo-d (dentes cariados, com extração indicada e obturados) e ceo-s (superfícies cariadas, com extração indicada e obturadas) foram 0,16 e 0,17 para crianças de 1 ano, 0,87 e 1,13 para as de 2 anos, elevando-se para 2,54 e 3,68 em crianças de 3 anos de idade. Portanto, uma característica marcante na cárie precoce da infância é que a prevalência aumenta com a idade e com o número de dentes irrompidos, situação verificada nas pesquisas feitas por Barros *et al.* (2001) [2], Bönecker *et al.* (1997) [4] e Davidoof *et al.* (2005) [10].

Outros autores [30] confirmam a influência de diversos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da cárie dentária na primeira infância. Entre eles é possível citar ausência de higiene bucal ou higiene bucal deficiente, baixo nível de escolaridade dos pais e/ou responsáveis pelos cuidados do bebê, nível socioeconômico das famílias e falta de acesso à atenção odontológica. Crianças que usam medicamentos contendo sacarose, por via oral e também durante o sono, podem desenvolver a doença caso não seja efetuada higiene bucal. Crianças com presença de defeitos de desenvolvimento no esmalte dentário também ficam mais vulneráveis. No entanto sabe-se que tais fatores de risco podem ser controlados em fase precoce com programas educativos e preventivos que visam à promoção da saúde por meio de mudanças nos hábitos de higiene e de dieta [2]. Davidoof *et al.* (2005) [10] acreditam que a atenção à saúde bucal deve iniciar-se em idade precoce por causa da oportunidade que existe de prevenir os sinais e sintomas da cárie ou de minimizar sua incidência e extensão.

Além de favorecer alterações na saúde bucal em função do comprometimento do desenvolvimento do sistema estomatognático com a atividade de cárie

dentária e com o estabelecimento de hábitos deletérios e conseqüente maloclusão, a transição alimentar pela qual a criança passa pode colaborar para outros problemas à saúde, tais como a obesidade. Já que a obesidade, os agravos dela decorrentes e a cárie dentária têm nos hábitos alimentares um importante componente etiológico comum, estudo efetuado por profissionais de Nutrição e de Odontologia [34] salienta que os envolvidos com a área da saúde precisam conscientizar os pais sobre os efeitos imediatos dos hábitos alimentares inapropriados na saúde dos filhos. Os parâmetros bioquímicos anormais, como aumento da glicose sanguínea, colesterol, aumento da pressão arterial e problemas relacionados ao desenvolvimento ósseo, podem ser utilizados para reforçar as orientações. Sendo assim, os fatores de risco concernentes ao desenvolvimento da cárie dentária e de distúrbios orgânicos precisam ser abordados de modo conjunto, o que leva à busca pela promoção de saúde.

Discussão

A saúde bucal não tem de ser vista de maneira dissociada da saúde geral. O objetivo da Odontologia não é somente preservar os dentes; ela deve ultrapassar esse limite e vislumbrar a saúde como um todo. A cárie severa e precoce da infância representa um problema de saúde pública e exige esforço dos profissionais da saúde que atendem crianças. Tal doença interfere tanto na qualidade de vida da criança quanto na da família [17]. O impacto negativo tem efeitos imediatos e tardios como, por exemplo, faltas à escola, faltas ao trabalho por parte dos responsáveis, além de possível influência negativa no comportamento social. O tratamento pode ser caro, invasivo e ainda desgastante para criança, familiares e profissionais da área odontológica, principalmente em casos de emergência [12].

O alto consumo de sacarose por crianças jovens indica a necessidade da educação dos pais para a saúde, sobretudo para limitar sua ingestão [5]. A eliminação de hábitos inadequados de alimentação mostra-se uma tarefa complexa e dependente da relação entre profissionais, pais e crianças. Erradicar hábitos nocivos pode ser uma tarefa mais fácil se houver cooperação e envolvimento de uma equipe interdisciplinar [24]. Portanto, fica evidente a importância da interação entre os profissionais de saúde.

Para Granville-Garcia *et al.* (2002) [14], o melhor caminho a ser seguido é a prevenção em fase precoce. Os autores afirmam que a interação entre as diferentes áreas da saúde se faz mister, para que sejam passadas

orientações às mães e que estas possam cuidar melhor de sua saúde e da de seu filho. Com a interação harmônica entre profissionais e responsáveis por crianças na primeira infância, especialmente as mães, torna-se mais fácil a abordagem educativa e preventiva para o cuidado bucal. Corroboram tal ideia Feitosa *et al.* (2001) [11]. Eles asseguram que a educação materna é o meio mais efetivo para a prevenção da cárie severa e precoce da infância.

Enfatiza-se que a preocupação dos profissionais de saúde deve envolver não apenas a adequada condição bucal, como também a saúde como um todo. Investigação realizada por médicos pediatras e nutricionistas descreve a percepção materna e a autopercepção da criança do seu estado nutricional [3]. A falta de percepção adequada do peso ocorreu com frequência entre as crianças e suas mães, principalmente nas situações de excesso de peso, sendo esse um fator que pode representar obstáculos ao correto reconhecimento de alterações nutricionais.

A literatura garante que não apenas o médico pediatra mas outros profissionais de saúde que trabalham com pais de crianças pequenas têm responsabilidade de interpretar e fornecer orientações sobre a melhor maneira de alimentá-las durante os anos de desenvolvimento [16]. Os conceitos de nutrição infantil tornaram-se mais abrangentes. A noção vem associada às mudanças nos padrões das doenças relacionadas à nutrição, bem como ao reconhecimento do papel dos fatores nutricionais no desenvolvimento dessas doenças ao longo de toda a vida. As preocupações abrangem o que os sujeitos comem quando pequenos e igualmente a maneira como os hábitos alimentares desenvolvidos na infância pode afetar o que eles comerão durante toda a vida.

Saldiva *et al.* (2007) [31] identificaram as práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses de idade e a sua associação com fatores maternos. Os pesquisadores verificaram consumo excessivo de alimentos líquidos e semissólidos e necessidade de aconselhamento em alimentação complementar. A maioria das crianças inicia a alimentação complementar de forma inadequada, o que pode repercutir negativamente em sua saúde e no desenvolvimento orofacial.

Até os 6 meses de idade, os bebês devem ser alimentados exclusivamente com leite materno, de acordo com a sua vontade. Para aqueles com aleitamento materno exclusivo, o consumo adicional de água, chá, suco, entre outros, é dispensado mesmo em dias secos e quentes. É necessário atentar para a técnica de amamentação, pois muitas vezes a criança não abocanha a mama corretamente. O

bebê, por sua vez, permanece mais tempo ao seio, no entanto pode ocorrer um déficit no ganho de peso, pois não está recebendo a quantidade necessária de leite [32].

De acordo com o Ministério da Saúde, a introdução de alimentos complementares tem de começar aos 6 meses de vida [6], período que corresponde à irrupção dos primeiros dentes. A alimentação pode ser a mesma consumida pela família, todavia com consistência e preparo adequado para a idade. A nutrição da criança deve garantir aporte suficiente de energia, proteínas e apropriada quantidade de micronutrientes, como vitaminas e minerais. Quantidades de açúcar e sal também precisam ser observadas, uma vez que os hábitos alimentares inicialmente adquiridos são preservados, podendo acarretar em excessos alimentares na fase adulta [36].

A alimentação complementar precisa ser gradativa, evitando-se a oferta de muitos alimentos novos ao mesmo tempo, de modo a estimular o paladar da criança e possibilitar-lhe diferenciar o sabor dos alimentos. Recomenda-se introduzir gema de ovo na alimentação a partir dos 8-9 meses de idade; carnes entre 9 e 10 meses; alimentos a serem degustados com as mãos, como frutas descascadas e cozidas, pequenos pedaços de vegetais, entre outros, a partir dos 10-12 meses de idade. Até os 12 meses, sugere-se evitar vegetais crus e as frutas devem ser maduras e da estação. Somente depois dos 12 meses indica-se oferecer leite de vaca e ovo completo com gema e clara [33].

Com base em evidências científicas, associadas aos resultados do estudo qualitativo nacional de práticas alimentares e do estudo multicêntrico de consumo alimentar, o Ministério da Saúde elaborou recomendações para crianças menores de 2 anos [7]. A seguir, os “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras”:

1.º passo: dar somente leite materno até os 6 meses de idade, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;

2.º passo: a partir dos 6 meses, ofertar de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais;

3.º passo: a partir dos 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada;

4.º passo: a alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança;

5.º passo: a alimentação complementar precisa ser espessa desde o início e ofertada de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês)

e gradativamente aumentar a sua consistência, até chegar à alimentação da família;

6.º passo: oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;

7.º passo: estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;

8.º passo: evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, principalmente nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;

9.º passo: cuidar da higiene no momento do preparo e manuseio dos alimentos; garantir armazenamento e conservação adequados;

10.º passo: estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Conclusão

O presente artigo abordou a dieta e a nutrição infantil na primeira infância, pontuando a introdução de novos alimentos para o bebê, implicando principalmente a prática clínica dos cirurgiões-dentistas. A formação de hábitos alimentares saudáveis contribui para a saúde bucal e geral e propicia uma melhor qualidade de vida para as crianças e satisfação para os pais. Tão importante quanto uma dieta saudável são os hábitos de higiene bucal. Eles são fundamentais para uma saúde bucal adequada. Ressalta-se que a interação entre os profissionais das diversas áreas da saúde pode favorecer significativamente o desenvolvimento e estabelecimento de hábitos saudáveis e a adoção destes por parte de pais e filhos, proporcionando, assim, melhor qualidade de vida.

Referências

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition oral health policies and clinical guidelines [cited 2008 Sep 26]. Available from: URL: <http://www.aapd.org/media/policies.asp>.
2. Barros SG, Castro AA, Pugliese LS, Reis SRA. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. *Pesqui Odontol Bras*. 2001 May-Jun;15(3):215-22.
3. Boa-Sorte N, Neri LA, Leite MEQ, Brito SM, Meirelles AR, Luduvuce FBS et al. Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. *J Pediatr*. 2007 May-Jun;83(40):349-56.

4. Bönecker MJS, Guedes-Pinto AC, Walter LRF. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. *Rev Assoc Paul Cir-Dent*. 1997 Jun;51(6):535-40.
5. Borsen E, Stecksen-Blicks C. Risk factors for dental caries in 2-year-old children. *Swed Dent J*. 1998 Jan-Feb;22(1):9-14.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de promoção do aleitamento materno: normas técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 51 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Carraschoza KC, Possobon RF, Tomita LM, Moraes ABA. Conseqüências do uso da mamadeira para o desenvolvimento orofacial em crianças inicialmente amamentadas no peito. *J Pediatr*. 2006 Jul-Aug;82(5):395-7.
9. Coletti JM, Bartolomeu JAL. Hábitos nocivos de sucção de dedo e/ou chupeta: etiologia e remoção do hábito. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 1998 Jan-Feb;2(1):57-73.
10. Davidoof DCO, Abdo RCC, Silva SMB. Prevalência de cárie precoce da infância. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr*. 2005 Sep-Dec;5(3):215-21.
11. Feitosa S, Colares V, Rosenblatt A. Os fatores psicológicos e sociais relacionados à cárie precoce da infância. *J Bras Odontoped Odontol Bebê*. 2001 Mar-Apr;4(18):143-7.
12. Fraiz FC, Walter LRF. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. *Pesq Odontol Bras*. 2001 May-Jun;15(3):201-7.
13. Gava-Simioni LR, Jacinto SR, Gavião MBD, Puppim-Rontani RM. Amamentação e odontologia. *J Bras Odontoped Odontol Bebê*. 2001 Jan-Feb;4(1):125-31.
14. Granville-Garcia AF, Lima NS, Zismman M, Menezes VA. Importância da amamentação: uma visão odontológica. *Arq Odontologia*. 2002 Jul-Sep;38(3):191-3.
15. Hobdell MH, Myburgh NG, Kelman M, Hausen H. Setting goals for oral health for the year 2010. *Int Dent J*. 2000 Jan-Feb;50(1):245-9.
16. Kumanyika SK, Lancaster KJ. The challenge of feeding children to protect against overweight. *J Pediatr*. 2008 Jan;84(1):3-6.
17. Losso EM, Tavares MCR, Silva JYB, Urban CA. Severe early childhood caries: an integral approach. *J Pediatr*. 2009 Apr;85(4):295-300.
18. Marques FS, Lopes FA, Braga JA. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. *J Pediatr*. 2004 Mar;80(3):99-105.
19. Medeiros EB. Aleitamento materno: uma abordagem odontológica. *Odontol Clín-Cientif*. 2004 Jan-Feb;3(1):73-4.
20. Milgrom P. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998 Jan;26(1):45-8.
21. Milgrom P, Riedy CA, Weinstein P, Tanner ACR, Manibussan L, Bruss J. Dental caries and its relationship to bacterial infection, hypoplasia, diet, and oral hygiene in 6-to-36 month-old children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000 Mar-Apr;28(2):295-306.
22. Monte CMJ, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr*. 2004 May;80(5 Supl):131-41.
23. Müller M. Nursing-bottle syndrome: risk factors. *J Dent Child*. 1996 Jan;63(1):42-50.
24. Nelson-Filho P, Queiroz AM, Mussolino ZM, Assed S. Avaliação dos hábitos alimentares de crianças portadoras de cárie de mamadeira. *J Bras Odontoped Odontol Bebê*. 2001 Jan-Feb;4(17):30-5.
25. Oliveira MMT, Colares V. Aleitamento materno: promoção de saúde na infância. *Odontologia Clín-Cientif*. 2005 Jan-Apr;4(1):49-56.
26. Parizoto GM, Parada CM, Venâncio SI, Carvalhaes MA. Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. *J Pediatr*. 2009 Mar;85(3):201-8.
27. Ramos BC, Maia LC. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em bebês de 0 a 4 anos. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1999 May-Jun;13(3):303-11.
28. Ramos-Gomez FJ, Weintraub JA, Gansky SA, Hoover CT, Featherstone JD. Bacterial, behavioral, and environmental factors associated with early childhood caries. *J Clin Pediatr Dent*. 2002 Jun;26(2):165-73.

29. Ripa LW. Nursing caries: a comprehensive review. *Pediatr Dent*. 1988 Mar;10(4):268-82.
30. Saito SK, Deccico HMU, Santos MN. Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência da cárie dental em pré-escolares de 18 a 48 meses. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1999 Jan-Feb;13(1):5-11.
31. Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venâncio SI. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. *J Pediatr*. 2007 Jan-Feb;83(1):53-8.
32. Scott-Stump S. Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento. 1 ed. São Paulo: Manole; 1999. 342 p.
33. Smith WL, Enrenerg A, Norwak A. Imaging evaluation of the human nipple during breastfeeding. *Am J Dis Child*. 1988 Mar-Apr;142(2):76-8.
34. Traebert J, Moreira EAM, Bosco VL, Almeida ICS. Transição alimentar: problema comum à obesidade e à cárie dentária. *Rev Nutr*. 2004 Mar-Apr;7(2):247-53.
35. Tsai AI, Johnsen DC, Lin Y, Hsu KH. A study of risk factors associated with nursing caries in Taiwanese children aged 24-48 months. *Int J Paediatr Dent*. 2001 Jan;11(1):147-9.
36. WHO/Unicef. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. WHO/NUT; 1998. 37 p.

Como citar este artigo:

Silva CM, Basso DF, Locks A. Alimentação na primeira infância: abordagem para a promoção da saúde bucal. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010 Oct-Dec;7(4):458-65.
