

LUCIANO ARTIOLI MOREIRA

**ESTUDO DO IMPACTO DO ALEITAMENTO MATERNO
NA CÁRIE DENTÁRIA
EM CRIANÇAS DE 2 A 12 ANOS DE IDADE**

CAMPINAS

2007

LUCIANO ARTIOLI MOREIRA

**ESTUDO DO IMPACTO DO ALEITAMENTO MATERNO
NA CÁRIE DENTÁRIA
EM CRIANÇAS DE 2 A 12 ANOS DE IDADE**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas para
obtenção do Título de Doutor em Saúde da
Criança e do Adolescente, área de concentração
em Saúde da Criança e do Adolescente.*

ORIENTADOR: Prof. Dr. José Martins Filho

CAMPINAS

2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

M813e Moreira, Luciano Artioli
 Estudo do impacto do aleitamento materno na cárie dentária em
 crianças de 2 a 12 anos de idade / Luciano Artioli Moreira. Campinas,
 SP : [s.n.], 2007.

 Orientador : José Martins Filho
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
 de Ciências Médicas.

 1. Cáries dentárias. 2. Cáries dentárias em crianças 3.
 Amamentação. 4. Aleitamento materno. I. Martins Filho, José. II.
 Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
 III. Título.

**Título em inglês : The impact of the breast feeding on dental caries in children
between 2 and 12 years old**

Keywords: • Dental caries
 • Breast feeding
 • Breast feeding on milk

Área de concentração : Saúde da Criança e do Adolescente

Titulação: Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente

**Banca examinadora: Prof Dr José Martins Filho
 Prof Dr Antonio Wilson Sallum
 Prof Dr Rubens Corte Real de Carvalho
 Prof Dr Antonio Fernando Ribeiro
 Prof Dr Danilo Antonio Duarte**

Data da defesa: 12-02-2007

Banca Examinadora da Tese de Doutorado

Orientador

Prof. Dr. José Martins Filho



Membros:

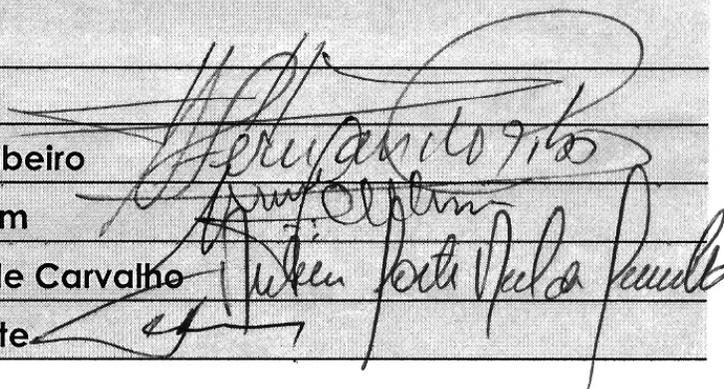
1. Prof. Dr. José Martins Filho

2. Prof. Dr. Antonio Fernando Ribeiro

3. Prof. Dr. Antonio Wilson Sallum

4. Prof. Dr. Rubens Corte Real de Carvalho

5. Prof. Dr. Danilo Antonio Duarte



Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 2007

DEDICATÓRIA

A todos que contribuíram para minha formação, tanto pessoal, como profissional; em especial, **aos meus pais**, que escutam com o coração, falam através de seus abraços e educam por seus exemplos.

Ao Prof. Dr. **José Martins Filho**, meu orientador e grande responsável por essa obra, por seu incentivo, apoio, confiança, ensinamentos e amizade; sem ele, esse doutorado não existiria.

Ao Prof. Dr. **Danilo Antonio Duarte**, um amigo sempre disposto a ajudar, cuja contribuição pessoal e qualificação científica foram fundamentais para a realização desse trabalho.

Ao Prof. Dr. **Antonio Wilson Sallum**, exemplo de seriedade, competência, dedicação, excelência e simplicidade; seus princípios e caráter simbolizam o verdadeiro mestre.

Aos Professores Doutores **Antonio Fernando Ribeiro**, **Rubens Corte Real de Carvalho**, **Enilson Antonio Sallum** e **Paulo José Bordini**, por toda a atenção, disposição e ensinamentos que permitiram a concretização desse trabalho.

A **Eliana Blumer Trindade Bordini**, sempre disposta, ágil e eficiente, por seu trabalho, competência e atenção, que me permitiram conhecer os resultados dessa pesquisa.

A **Simone Cristina Ferreira**, competente, objetiva e educada, por seu trabalho eficiente na secretaria do CIPED.

Aos professores da Pós-Graduação da FCM/UNICAMP, em especial aos Doutores **André Moreno Morcillo**, **Angélica Maria Bicudo Zeferino**, **Antonio de Azevedo Barros Filho**, **José Dirceu Ribeiro** e **Sérgio Tadeu Martins Marba**, pela dedicação e ensinamentos.

Aos amigos da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas – APCD que, sempre solícitos, não mediram esforços para auxiliar na realização dessa pesquisa, especialmente aos ex-presidentes **Raphael Baldacci Filho**, **Wilson Chediek**, **Uedi Fernando Fontana**, **Maria Cristina Borsatto**, **Lucio Antonio Pereira** e aos docentes de odontopediatria.

Aos docentes da UNICSUL em especial aos amigos **Fábio Valverde Rodrigues Bastos Neto, Waldyr Antonio Jorge e Igor Prokopowitsch** sempre presentes encorajando, motivando e dispostos a ajudar.

A minha família:

Minha mãe, **Maria Ynes Artioli Moreira**, em conjunto com meu pai, seus cuidados e atenção, exemplos máximos de dedicação, zelo e carinho, amor, assim como seus ensinamentos e valores, são preciosidades inestimáveis que tive e tenho o privilégio de receber.

Meu pai, **Luciano Alves Moreira**, PAI com todas as letras maiúsculas, assim como minha MÃE, responsável pelos meus mais importantes valores de formação ética e moral, sua atenção, afeto, dedicação, símbolos do verdadeiro amor, são exemplos de criação que pretendo ser capaz de transmitir aos meus filhos.

Meus filhos **Luciano Artioli di Stasi Moreira e Alexandre Artioli di Stasi Moreira** que, com seus 6 e 4 anos de idade, respectivamente, já são capazes de ensinar o sentido e a preciosidade da vida; por compreenderem os necessários momentos de ausência e, também, por se oferecerem, várias vezes, para ajudar o pai a fazer essa “lição”.

A minha esposa **Priscilla di Stasi Moreira**, pela compreensão, especialmente nos momentos de ausência e pelo companheirismo.

Aos **amigos**, não importando se colegas ou parentes, amigos na real definição da palavra; em especial a minha tia **Maria Teresa Artioli**, por toda a valiosa ajuda, dedicação e sacrifício desde o início da grave enfermidade que acomete meu pai.

“Semeie um pensamento e colherá um desejo; semeie um desejo e colherá a ação; semeie a ação e colherá um hábito; semeie o hábito e colherá o caráter.”

TIHAMER TOTH

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xxxiii</i>
ABSTRACT	<i>xxxvii</i>
1- INTRODUÇÃO	41
2- REVISÃO DA LITERATURA	45
2.1 – Aleitamento materno	47
2.2 – Odontologia	56
3- OBJETIVOS	63
3.1- Objetivo geral	65
3.2- Objetivos específicos	65
4- METODOLOGIA	67
4.1- Amostra	69
4.2- Critérios para exclusão dos participantes	69
4.3- Coleta de dados	70
4.4- Análise dos dados	74
4.5- Aspectos éticos	74
5- RESULTADOS	77
5.1- Características gerais	79
5.1.1- Características do aleitamento materno.....	83
5.1.2- Características do uso de mamadeira.....	87
5.1.3- Características da higiene oral.....	97
5.1.4- Outras caracterizações.....	102

5.2- Distribuição da experiência de cárie.....	105
5.3- Resultados estatisticamente significativos.....	110
5.3.1- Experiência de cárie e época do início da higiene oral.....	110
5.3.2- Experiência de cárie e duração do aleitamento materno.....	113
5.3.3- Experiência de cárie e escolaridade materna e paterna.....	118
6- DISCUSSÃO.....	123
6.1- Considerações gerais.....	125
6.2- Época do início da higiene oral.....	137
6.3- Duração do aleitamento materno.....	139
6.4- Escolaridade materna e paterna.....	143
6.5- Considerações finais.....	146
7- CONCLUSÕES.....	149
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
9- ANEXOS.....	161
Anexo I- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	163
Anexo II- Questionário.....	165
Anexo III- Ficha do exame clínico.....	169
Anexo IV- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	171

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág.</i>
Tabela I- Distribuição da população do estudo por gênero.....	79
Tabela II- Distribuição da população por idade.....	80
Tabela III- Distribuição dos pacientes por escolaridade materna.....	81
Tabela IV- Distribuição dos pacientes por escolaridade paterna.....	81
Tabela V- Distribuição da população por tipo de parto.....	81
Tabela VI- Distribuição dos pacientes por prematuridade.....	82
Tabela VII- Distribuição da população por número de consultas no pré-natal.....	82
Tabela VIII- Distribuição dos pacientes cujas mães fizeram uso de medicamento(s) durante a gravidez.....	83
Tabela IX- Distribuição dos pacientes por amamentação no peito.....	83
Tabela X- Distribuição dos pacientes por período da primeira mamada.....	84
Tabela XI- Distribuição dos pacientes por amamentação à noite no período em que mamava no peito.....	84
Tabela XII- Distribuição dos pacientes por tempo de amamentação exclusiva no peito.....	85
Tabela XIII- Distribuição dos pacientes por modo noturno de adormecer no período em que mamava no peito.....	85
Tabela XIV- Distribuição dos pacientes por interrupção do sono à noite no período em que mamava no peito.....	86
Tabela XV- Distribuição dos pacientes por número de vezes que mamava à noite no período em que mamava no peito.....	86

Tabela XVI-	Distribuição dos pacientes por idade da última mamada no peito.....	87
Tabela XVII-	Distribuição dos pacientes por uso da mamadeira.....	87
Tabela XVIII-	Distribuição dos pacientes por idade da introdução da mamadeira.....	88
Tabela XIX-	Distribuição dos pacientes por tempo em que mamaram na mamadeira.....	90
Tabela XX-	Distribuição dos pacientes por idade da última mamada na mamadeira.....	90
Tabela XXI-	Distribuição dos pacientes por interrupção da amamentação no peito na data da introdução da mamadeira.....	92
Tabela XXII-	Distribuição dos pacientes por modo noturno de adormecer no período em que mamava na mamadeira.....	92
Tabela XXIII-	Distribuição dos pacientes por interrupção do sono à noite no período em que mamava na mamadeira.....	93
Tabela XXIV-	Distribuição dos pacientes por tempo em que mamaram no peito e na mamadeira juntos.....	94
Tabela XXV-	Distribuição dos pacientes que mamaram no peito e na mamadeira juntos por distribuição das mamadas.....	94
Tabela XXVI-	Distribuição dos pacientes por amamentação à noite no período em que mamava no peito e na mamadeira juntos.....	95
Tabela XXVII-	Distribuição dos pacientes por modo noturno de adormecer no período em que mamava no peito e na mamadeira juntos.....	96
Tabela XXVIII-	Distribuição dos pacientes por interrupção do sono à noite no período em que mamavam no peito e na mamadeira juntos.....	96

Tabela XXIX-	Distribuição dos pacientes por início da higiene oral.....	97
Tabela XXX-	Distribuição dos pacientes por maneira que era realizada higiene oral.....	99
Tabela XXXI-	Distribuição dos pacientes por idade em que começaram a praticar auto-cuidados de higiene oral.....	99
Tabela XXXII-	Distribuição dos pacientes por número de vezes que escova os dentes ao dia.....	100
Tabela XXXIII-	Distribuição dos pacientes por tempo, em média, que leva para escovar os dentes.....	101
Tabela XXXIV-	Distribuição dos pacientes por ingestão de doces (inclusive balas e chicles) entre as refeições.....	102
Tabela XXXV-	Distribuição dos pacientes por número de vezes por semana que bebe refrigerantes.....	103
Tabela XXXVI-	Distribuição dos pacientes por tipo de água consumida na residência.....	103
Tabela XXXVII-	Distribuição da população por idade da primeira manifestação patológica.....	104
Tabela XXXVIII-	Distribuição da população por experiência de cárie (EC)	107
Tabela XXXIX-	Distribuição da idade dos pacientes e experiência de cárie (EC).....	108
Tabela XL-	Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo o número de vezes que as crianças tomavam refrigerantes por semana.....	109
Tabela XLI-	Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo a idade em que as crianças tiveram a 1ª manifestação patológica.....	109

Tabela XLII-	Média e mediana da experiência de cárie (EC) nas criançassegundo a ingestão de medicamentos pela mãe durante a gravidez.....	110
Tabela XLIII-	Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo o número de vezes ao dia em que realizavam a higiene oral.....	110
Tabela XLIV-	Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo a época do início da higiene oral.....	112
Tabela XLV-	Resultado do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> demonstra que o início da higiene oral durante o 1º ano de vida determinou uma menor experiência de cárie.....	113
Tabela XLVI-	Média e mediana do CPO-D segundo a duração do aleitamento exclusive.....	114
Tabela XLVII-	Resultado do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> demonstra que a média das crianças que mamaram no peito por mais de 6 meses teve menor experiência de cárie que aquelas que interromperam o aleitamento materno antes dos 6 meses de idade.....	115
Tabela XLVIII-	Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo a idade da criança quando da última mamada no peito.....	115
Tabela XLIX-	Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> aponta resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$) no menor índice CPO-D em crianças que receberam aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade.....	116
Tabela L-	Escolaridade materna segundo o tempo de amamentação exclusiva para os casos caracterizados como CPO-D.....	116
Tabela LI-	Resultado do teste exato de <i>Fisher</i> revelando que não existe associação entre escolaridade materna e tempo de amamentação exclusiva.....	117

Tabela LII-	Escolaridade paterna segundo o tempo de amamentação exclusiva para os casos caracterizados como CPO-D.....	117
Tabela LIII-	Resultado do teste exato de <i>Fisher</i> demonstrando que não existe associação entre escolaridade paterna e tempo de amamentação exclusiva.....	118
Tabela LIV-	Resultados do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> demonstram que o maior nível de escolaridade dos pais determinou uma menor experiência de cárie.....	119
Tabela LV-	Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo a escolaridade paterna.....	119
Tabela LVI-	Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo a escolaridade materna.....	120

	<i>Pág.</i>
Gráfico I- Distribuição da população por idade.....	79
Gráfico II- Distribuição da amostra por idade da introdução da mamadeira entre as 110 crianças que fizeram uso de mamadeira.....	89
Gráfico III- Distribuição da amostra por idade da última mamada na mamadeira.....	91
Gráfico IV- Distribuição das crianças que acordavam à noite para mamar na mamadeira, entre mamadeiras com e sem adição de açúcar.....	93
Gráfico V- Distribuição da amostra pela época do início da higiene oral, em relação ao total de casos válidos.....	98
Gráfico VI- Distribuição da amostra pelo número de vezes que escova os dentes ao dia, em relação aos casos válidos.....	101
Gráfico VII- Distribuição da amostra pelo hábito de ingestão de doces entre as refeições.....	102
Gráfico VIII- Distribuição da amostra pela idade das crianças quando da primeira manifestação patológica, no total de casos válidos.....	105
Gráfico IX- Distribuição dos pacientes por experiência de cárie (EC).....	106
Gráfico X- Experiência de cárie (EC) segundo a época de início da higiene oral.....	111
Gráfico XI- Média da experiência de cárie (EC) segundo a época de início da higiene oral.....	112
Gráfico XII- Média de CPO-D segundo a duração do aleitamento exclusi.....	114

Gráfico XIII-	Média da experiência de cárie segundo a escolaridade materna e paterna.....	118
Gráfico XIV-	Experiência de cárie segundo a escolaridade maternal.....	120
Gráfico XV-	Experiência de cárie segundo a escolaridade paterna.....	121



RESUMO

Dois temas de suma importância para a saúde foram analisados neste estudo: o aleitamento materno, base para a promoção da saúde desde o nascimento, e a cárie dentária cuja prevenção é essencial para a saúde oral e integral. Investigou-se a relação entre a cárie dentária e o aleitamento materno em 158 crianças de ambos os gêneros, de 2 a 12 anos de idade, atendidas nos consultórios da Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas. Foi realizado um exame intraoral para obtenção dos índices de cárie e aplicado questionário para análise dos hábitos dos pacientes, em especial os relacionados à amamentação e a sua alimentação, com ênfase no primeiro ano de vida. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente e pôde-se concluir que os índices de cárie estão acima das metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde; que a prevalência da cárie dentária foi menor quando houve maior duração do período de amamentação exclusiva e do período total de aleitamento materno, misto e/ou complementado, e teve relação com a época do início da higiene oral e com as escolaridades materna e paterna.



ABSTRACT

Two subjects of utmost importance for health has been analyzed in this study: the breast feeding which is the basis for the promotion of health from birth, and cavities whose prevention is essential for both oral and integral health. It was investigated the relation between cavities and breast feeding in 158 children of both genres, from 2 to 12 years of age treated in consulting offices at School of Professional Improvement of São Paulo Association of Surgeon-Dentists. An intra-oral exam was done and a questionnaire was applied to get the indexes of cavities and analysis of the patients' habits, mainly the ones related to breast feeding and his feeding, with emphasis in the first year of life. The results obtained were statistically analyzed and it was concluded that the indexes of cavities are above the goals established by World Health Organization; that the prevalence of cavities is related to the duration of the exclusive breast feeding period and with the total breast feeding time (both mixed and/or complemented), with the time of the beginning of oral hygiene and also with the maternal and paternal educational background.



1- INTRODUÇÃO

Os profissionais da saúde, além de todos os desafios que enfrentam em seu dia-a-dia, que vão desde as longas e exaustivas jornadas de trabalho, da tensão pelo alto grau de responsabilidade e do trato com pacientes em situações, por vezes, críticas de saúde e, entre outros, até mesmo às limitações impostas pela falta de recursos, inclusive terapêuticos, têm também de lutar constantemente para informar e reafirmar a importância da prevenção como maneira indispensável de manutenção da saúde e de facilitação para os tratamentos, quando frente às diversas situações patológicas.

Seguramente, um dos importantes exemplos dessa preocupação é a abordagem dada por boa parcela dos profissionais de saúde para o incentivo ao aleitamento materno.

O leite materno é o melhor alimento para a criança nos primeiros meses de vida; é completo e ideal para alimentação exclusiva até os seis meses de idade (Martins Filho, 1987; WHO, 2003) e que, somente após esse período é que devem ser introduzidas novas fontes de alimentos para complementar a nutrição da criança. Também são reconhecidos os benefícios obtidos quando se estende o período de amamentação no peito até os dois anos de idade. Esse ato, além de fornecer o leite materno, traz benefícios importantes ao desenvolvimento da criança, tanto estruturais como psicológicos (Policy Statement, 2005).

Apesar desse conhecimento e das ações executadas há vários anos por governos, entidades e profissionais, os índices de aleitamento materno, em geral, ainda continuam abaixo do desejado em vários países (Aidam, Escamila e Lartey, 2005; Susin *et al.*, 2000; Taveras *et al.*, 2004). No entanto, devemos considerar que é notável a ligação entre a melhora dos índices de aleitamento e o maior esclarecimento da população à respeito de seus benefícios (Rea, 2003; Oliveira *et al.*, 2005).

A grande proximidade entre profissional e paciente estabelecida pelas condições necessárias ao tratamento odontológico, assim como a confiança e frequência existente na maior parte dos tratamentos, permite ao cirurgião-dentista ser um aliado na conscientização e no estímulo ao ato do aleitamento materno, nas condições preconizadas pela Organização Mundial de Saúde.

Porém, para que isso possa ser aplicado de maneira eficiente, é necessário que o cirurgião-dentista tenha sempre presente a importância do aleitamento e crie o hábito de estimulá-lo. Para tal, todos os estudos que relacionam as diversas formas de aleitamento e a saúde oral passam a ter especial importância, e, cada nova visão ou abordagem deve ser rapidamente disseminada no meio odontológico, permitindo que a sociedade, de uma maneira geral, possa se beneficiar com a formação de gerações mais bem alimentadas e saudáveis.

A integração dos diversos temas pelos profissionais das diferentes áreas de saúde e, na ótica desse estudo, especialmente entre a pediatria e a odontologia certamente pode melhorar as condições de obter-se sucesso nas ações empreendidas.

A cárie dentária tem sido um problema comum em muitos locais (Nunn, 2006) e a exemplo dos programas e campanhas sobre aleitamento materno, as ações preventivas das doenças orais, inclusive da cárie dentária e da doença gengival ou periodontal têm sido freqüentes e contribuído para melhorar os índices epidemiológicos. Porém, em diversas populações, apesar de todas as ações empreendidas, os números ainda continuam mais elevados que o desejado (Narvai *et al.*, 2006; Brasil, 2004).

Todos os fatores que podem influir na etiologia da cárie dentária e da doença gengival e periodontal devem ser investigados e considerados pelos profissionais para que se possa aumentar o nível de informação da população sobre o problema e, assim, criar melhores condições para a prevenção, cura e controle da doença.

O aleitamento materno influencia as condições de saúde, inclusive a saúde oral (Souza *et al.*, 2004) criando uma oportunidade maior ou menor de ocorrência de uma série de situações patológicas, como a cárie dentária. Sendo assim, a investigação e a ampla divulgação do conhecimento dessa temática são fundamentais para estimular e nortear a implantação de ações preventivas nessas duas áreas da saúde, a médica e a odontológica; dessas ações, podem resultar benefícios importantes à população.

Por tanto, toda relação entre o aleitamento materno e cárie dentária que venha a ser investigada pode ter grande importância nas futuras ações de orientação e estímulo.



2- REVISÃO DA LITERATURA

2.1– Aleitamento Materno

Em todo o mundo, o aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças. A superioridade do leite humano como fonte de alimento, de proteção contra doenças e, inclusive, fonte de afeto, fazem com que a amamentação exclusiva seja recomendada até os seis meses de vida do bebê (Kummer *et al.*, 2000).

Diversos estudos têm demonstrado que o aleitamento materno exclusivo reduz a mortalidade infantil, reduzindo a diarreia e pneumonia; que as crianças alimentadas com o leite materno ganham, normalmente, mais peso durante o crescimento nos primeiros seis meses e que a amamentação no peito, além dos benefícios psicológicos à criança e para a mãe, é uma forma de alimentação de baixo custo que evita a possibilidade do leite vir a ser infectado por microorganismos do meio-ambiente, comparado aos demais leites e/ou mamadeiras (WHO, 2003; Brasil, 2002; OPAS, 2002).

Morrow *et al.* (2005) destacam a alta eficácia do leite materno para impedir a morbidade e a mortalidade infantil e descrevem os principais mecanismos pelos quais essa defesa, cujos autores adjetivam como “magnífica”, é realizada. Os autores referendam de forma incontestável a importância do leite materno durante o processo de crescimento e desenvolvimento da criança, dando ênfase à sua capacidade de prevenir infecções.

Na opinião de Newburg (2005) o número, o potencial e a importância dos fatores de prevenção das doenças relacionados ao leite materno é, provavelmente, ainda maior do que o já conhecido. Segundo o autor, os estudos recentes sugerem que o leite humano contém uma mistura altamente potente dos agentes protetores que constituem um sistema imune inato, por meio do qual a mãe protege seu filho de várias doenças, pois os componentes do leite humano podem representar uma rica fonte de agentes terapêuticos contra os patógenos humanos.

Um estudo longitudinal foi realizado por Alvarado *et al.* (2005) numa população de 133 crianças com o objetivo de investigar a influência das práticas de alimentação e de morbidade das crianças durante seu crescimento. Segundo esses autores, o

estudo confirmou que o aleitamento materno, após os seis meses de vida, tem grande importância na nutrição e para a saúde geral da criança, tendo sido demonstrado também que o ganho de peso em consequência do aleitamento materno foi ainda mais importante àquelas crianças com mães que possuíam baixos níveis de instrução.

Daniels e Adair (2005) avaliaram a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento cognitivo. As autoras destacam que existem muitos estudos relacionando amamentação e inteligência; comentam que, embora a maioria dos autores concorde que as crianças que recebem o leite materno através do aleitamento são geralmente mais inteligentes, colocam que há muitas dúvidas se esta vantagem é devido aos efeitos do aleitamento ou a outras características saudáveis apresentadas pelas mães que amamentam. Nesse estudo realizado nas Filipinas, as autoras tentaram isolar as possíveis vantagens sócio-econômicas e outros comportamentos maternos saudáveis, e, mesmo assim, também obtiveram índices de desenvolvimento cognitivo superior no grupo de crianças com melhores taxas de amamentação.

As ações que visam a aumentar as taxas de amamentação devem focar a orientação como forma de estímulo aos melhores padrões de conduta maternos. Existe forte influência da intenção que as mães possuem antes do nascimento, na alimentação que a criança recebe. Isso foi evidenciado em um estudo realizado por Kools, Thijs e Vries (2005), nos países baixos, com 373 mulheres em cinco unidades de saúde.

Taveras *et al.* (2004) relatam que as taxas de aleitamento exclusivo são baixas nos Estados Unidos da América e reforçam a necessidade da informação e da orientação como forma de estímulo ao aleitamento. Destacam, ainda, a importância dessas ações sobretudo nas mães que enfrentam dificuldades com a amamentação e finalizam sugerindo programas que reforcem a habilidade dos profissionais em exercer a influência necessária para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo.

As taxas de aleitamento materno exclusivo permanecem baixas, apesar dos numerosos benefícios para a saúde associados a este comportamento. Aidam, Escamila e Lartey (2005) conduziram uma experimentação randomizada em uma população na República de Gana distribuída em três grupos e sem diferenças nas características sócio-demográficas. Os autores observaram uma taxa 100% superior de aleitamento materno exclusivo no grupo que recebeu as informações e o aconselhamento para a amamentação.

Apesar do consenso de que o aleitamento materno é a forma ideal de alimentar a criança pequena, esta prática no Brasil, está muito aquém do recomendado pela OMS (Susin *et al.*, 2000).

No Brasil houve a implementação, em 1992, da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” – IHAC, por meio do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM, e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, como o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), porém, apenas em 1999 o Estado de São Paulo realizou uma grande ação com o objetivo de atingir mais de trezentas maternidades públicas e filantrópicas do estado para a sensibilização e treinamento visando à obtenção dos resultados idealizados pelo programa (Toma e Monteiro, 2001).

O estudo realizado por Broadfoot *et al.* (2005), para avaliar os benefícios da implantação do programa IHAC, preconizado pela OMS e UNICEF, em hospitais do Reino Unido, constatou que as crianças nascidas em hospitais que aplicavam o referido programa apresentavam maiores taxas de amamentação e, o estudo concluiu afirmando que todas as unidades de maternidade devem ser incentivadas a empreender as mudanças estratégicas e práticas significativas requeridas para conseguir obter os benefícios que o programa proporciona à população.

Rea (2003) em seu estudo denominado “Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração”, considera que, se em 1975, uma em cada duas mulheres amamentava apenas até o segundo ou terceiro mês no Brasil, no último inquérito de 1999, uma em cada duas mulheres amamentava até cerca de dez meses. Para a autora, esse aumento em 25 anos pode tanto ser pensado como um sucesso, como pode ser visto como um índice que poderia estar ainda melhor se todas as atividades de orientação, esclarecimento e incentivo ao aleitamento, que se realizaram no país tivessem sido mantidas, avaliadas, corrigidas, bem coordenadas, ou até melhoradas. Finaliza salientando que o desafio que se coloca para o futuro é a necessidade de continuar a promover a amamentação exclusiva até o sexto mês, levando em conta grupos particulares da população.

Oliveira *et al.* (2005) também apresentam uma evolução ao longo dos anos nos índices de aleitamento em nosso país, os autores consideram que, apesar do desmame precoce ser uma realidade, pesquisas realizadas nos últimos trinta anos demonstram que a prática do aleitamento materno tem aumentado no Brasil. E, destacam que a mediana do tempo de amamentação evoluiu de 1,5 mês em 1975 para 4,1 meses em 1989, 6,9 meses em 1996 e, finalmente, 9,9 meses em 1999. Os autores descrevem ainda, que a mesma tendência foi observada quanto a prevalência do aleitamento materno exclusivo, que passou de 3,6% em 1986, para 35,6% em 1999 entre os bebês com até quatro meses de idade. Os autores relatam que, em grande parte, esse incremento se deveu ao Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, criado em 1981, pelo Ministério da Saúde.

Mancini e Melendez (2004) avaliaram as taxas e o padrão de aleitamento materno dos recém-nascidos internados em berçário de alto risco no momento de sua alta hospitalar e analisaram os fatores que potencialmente podem interferir na prática do aleitamento materno exclusivo, observaram que a taxa de aleitamento materno exclusivo na alta passou de 36% no período anterior para 54,6% no período posterior à implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Concluíram então que, entre outros fatores, as mudanças nas práticas hospitalares com a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança foram determinantes para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo.

Biagioli (2003) apresenta os métodos de coleta e armazenamento do leite materno para que a criança tenha condições de se alimentar no período de trabalho da mãe e, também destaca a necessidade de se ampliar a cultura sobre o tema como forma de permitir o aumento do período de aleitamento, criando condições para que ele seja o mais longo possível, dentro dos padrões sugeridos pela literatura e adotados pelos organismos internacionais.

No ano de 2000, Kummer *et al.* compararam duas coortes de crianças nascidas em épocas diferentes quanto às prevalências do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida, bem como as taxas de interrupção precoce da amamentação e concluíram que a prevalência do aleitamento materno exclusivo, apesar de baixa nos dois grupos, foi superior na população de 1994, comparada a de 1987, assim como, o aleitamento materno exclusivo foi superior no grupo de crianças cujas mães tinham maior escolaridade, variam

de acordo com o estado civil das mães e frente ao número de consultas pré-natais. Os autores verificaram, neste estudo, que existe certa apatia de alguns serviços com relação à promoção do aleitamento materno no período estudado, justificando todo o planejamento e os investimentos na promoção da amamentação, especialmente direcionados às famílias menos privilegiadas.

Vaughan (2006) analisando o por quê dos baixos índices de aleitamento na Inglaterra destaca alguns fatores associados ao impacto de certas campanhas ou matérias, que, de forma deficiente na metodologia empregada para atingir a população, criam a idéia de uma conveniência, ou supostas facilidades, que a introdução da mamadeira pode trazer a vida da mãe.

Rezende *et al.* (2002) afirmam que a amamentação é um comportamento humano complexo que contribui para a diminuição dos índices de morbidade e mortalidade infantil. As autoras relatam que as pesquisas vêm sendo realizadas, focalizando a vivência da amamentação sob o ponto de vista da nutriz e estão demonstrando que essa experiência é, muitas vezes, dolorosa, tanto física quanto psicologicamente. Afirmam que o profissional de saúde precisa estar preparado para cuidar dessas nutrizas, o que inclui a habilidade para comunicar-se. Neste artigo, apresentam a importância da comunicação centrada na pessoa, em princípios e elementos constitutivos. Concluem que essa habilidade, quando é empregada adequadamente, evita efeitos deletérios e iatrogênicos aos seres humanos, e, no caso, à nutriz. As autoras ainda destacam que uma abordagem incorreta pode fazer com que o ato de amamentação venha a simbolizar até mesmo o sofrimento, especialmente para aquelas mães que apresentem alguma dificuldade, de qualquer natureza, que a impeça de executar o aleitamento de forma ideal. Finalizam dizendo que as mães devem ser auxiliadas a agir com responsabilidade e confiança para poderem aceitar seus próprios limites e reconhecer suas potencialidades, a ter compreensão de sua realidade e avaliar as possibilidades de solução para seus problemas.

Ao analisar os números referentes à evolução ao longo do tempo das taxas da amamentação Labbok *et al.* (2006) reafirmam a melhora dos índices, principalmente na população urbana, e atribuem o fato ao maior acesso à informação. Como consequência, os autores sugerem a continuidade das ações visando ao aumento dos índices de amamentação ao peito.

Conforme enfatizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1989) o leite materno deve ser fornecido de forma exclusiva durante os primeiros seis meses de vida, desde que o processo de crescimento e desenvolvimento esteja evoluindo dentro dos parâmetros normais.

O leite materno consiste num alimento especialmente adaptado para atender às necessidades nutricionais do bebê, que além de providenciar energia para o seu desenvolvimento e o crescimento, fornece proteção contra infecções e condiciona o trato intestinal do recém-nascido. É imprescindível no desenvolvimento psicológico do bebê, dada a dependência físico-afetiva deste sobre a mãe, para Corrêa (2006).

A mesma autora (2006) salienta que, quando a mãe escolhe a forma pela qual vai alimentar seu bebê está expressando, também, influências da sociedade, do seu estilo de vida, da sua história pessoal e da sua personalidade. A mulher passou a ter um papel mais ativo na sociedade, que associado à influência do processo tecnológico, principalmente da indústria de alimentos, tem feito com que muitas mães, sem nenhum questionamento, recorram ao aleitamento artificial. Além disso, muitas mulheres têm receio de alterar a estética de seus seios devido à amamentação. Tais fatos realçaram a importância da mamadeira como objeto que preenche as necessidades da mãe, porém mantém certo afastamento e não envolvimento com o bebê.

Carvalho, em 1995, já relatava que é necessário um trabalho de conscientização dos profissionais responsáveis para que as futuras mães recebam esclarecimentos e motivação, apoio em suas dúvidas, ansiedades e dificuldades enquanto amamentam ou pretendem amamentar.

Muitas mães param de amamentar seus filhos por falta de confiança em sua capacidade de amamentar e pela falta de incentivo de forma individualizada, mesmo antes do nascimento da criança. A maioria dos desmames, por essas razões, ocorre durante as primeiras quatro semanas após o nascimento. Em função disso, Labarere *et al.* (2005) reforçam a necessidade da atenção e da informação para o incentivo ao aleitamento materno e a obtenção de seus benefícios.

Há muitos anos, Byers *et al.* (1985) já destacavam que o leite materno além de ser mais econômico, fácil e prático, para a mãe, também favorece o relacionamento com o bebê, mantendo o equilíbrio psicológico bem como proporcionando a sensação de prazer e solidificando o afeto pela criança.

Conclusões semelhantes foram publicadas por Leite *et al.* (1999) que estudaram 100 crianças com idades entre 2 e 11 anos e destacam, em suas conclusões, que é imperiosa a orientação quanto à importância da amamentação natural como meio de prevenção física e psicológica para a saúde integral da criança.

Alguns livros têm como objetivo orientar e motivar diretamente às mães, ou a população e apresentam as informações com linguagem clara para facilitar a assimilação das mensagens pelo público leigo e, dessa forma, também auxiliar a orientação por parte dos profissionais da área da saúde (Martins Filho, 1987, 1995, 2000).

Martins Filho (2001) retratou o início das campanhas em prol do aleitamento materno no Brasil na década de 70 e relatou as inúmeras dificuldades advindas, inclusive, da falta de conhecimento científico sobre os benefícios do aleitamento materno e do leite materno por parte não apenas da população em geral, mas, até mesmo, de todos os profissionais que compõem as equipes de saúde, que aos primeiros sinais de dificuldades, imediatamente recomendavam o uso da mamadeira. Fato que inclusive se contrapunha aos costumes dos séculos XVIII, XIX e mesmo das primeiras décadas do século XX, quando eram comuns as amas de leite. O autor explicou a considerável influência da chegada ao Brasil do leite industrializado e das campanhas publicitárias maciças que induziam a sua utilização.

No mesmo texto, o autor relata a importância da criação do Comitê Nacional de Estímulo ao Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria, entre os anos de 1976 e 1977, como precursor de inúmeras campanhas e outros programas que resultaram na criação, em 1982, do Programa Nacional de Aleitamento Materno e na mudança das leis inclusive da própria Constituição Federal, em 1988, para garantir direitos às mães e aos recém-nascidos.

Martins Filho (2001) também destaca que apesar de uma luta tão intensa e com benefícios tão evidentes à sociedade, o tempo médio de amamentação ao peito, em muitas cidades ainda é baixo e que muito ainda precisa ser feito para superar os obstáculos restantes, inclusive sócio-econômicos, que prejudicam o hábito da amamentação ao seio. Finaliza realçando que é preciso continuar lutando e mantendo constantemente informados, apoiados e ajudados todos os interessados nesta luta. Diz ainda, que a interrupção destas discussões, pesquisas, publicações e incentivos possibilitaria a regressão das vitórias até hoje obtidas.

O pensamento de Martins Filho (2001) é reforçado pelas diretrizes da 10ª Semana Mundial de Amamentação, realizada no início de outubro de 2001 com o apoio da UNICEF, que divulgou que, apesar de 96% das mulheres amamentarem seus filhos durante algum tempo, apenas 11% delas usam o leite materno como fonte exclusiva de alimentação da criança até os 4 ou 6 meses de idade. Em virtude destes dados e com ampla análise das variáveis sobre o tema a intenção é empenhar esforços para acabar com os mitos que ainda existem.

O estudo realizado por Albernaz e Victoria (2003) que analisou a influência do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento, reforça a importância da informação, dos esclarecimentos e do aconselhamento sobre os hábitos de aleitamento, especialmente com referência a sua duração.

A influência das condições de vida na alimentação infantil, bem como o alto índice de interrupção precoce do aleitamento exclusivo, foram bem exemplificadas pelos resultados da pesquisa realizada com 811 crianças com menos de 24 meses de idade, na cidade de Salvador, Bahia, em que Oliveira *et al.* (2005) identificaram que 83% das crianças tiveram uma interrupção precoce e que, as crianças de famílias com condições de vida consideradas baixas, tinham 2,3 vezes mais chances de consumirem alimentos complementares precocemente, e, entre as consideradas muito baixas, esse número crescia para 2,5 vezes.

Silveira e Lamounier (2006) identificaram em um estudo do tipo transversal, com dados retrospectivos, que o risco de interrupção precoce do aleitamento materno é maior quando a criança usa chupetas, quando há maior escolaridade paterna e nas situações em que o pai não reside com a criança.

Susin *et al.* (2000) avaliaram o conhecimento das mães antes e após orientação fornecida durante o período pós-parto e sua relação com a prevalência de amamentação e concluíram que as mães que receberam a intervenção tiveram um escore significativamente maior na avaliação do conhecimento sobre o tema e, as mães com escores maiores, tiveram uma chance 8,2 vezes maior de estar amamentando exclusivamente no final do terceiro mês e duas vezes maior de estarem amamentando até o final do sexto mês. Os autores finalizam suas conclusões determinando que estratégias simples para aumentar o conhecimento das mães sobre aleitamento materno podem ter impacto positivo nas taxas de amamentação.

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América, com as mães desde o período pré-natal, até os seis meses após o nascimento da criança, demonstrou resultados semelhantes, tanto no aumento do tempo de amamentação exclusiva, como na melhora dos índices de amamentação ao longo do período estudado e aconselha, sugerindo metas, às intervenções pelos profissionais da saúde para aumentar os tempos de aleitamento, em especial do aleitamento exclusivo (Anderson *et al.*, 2006).

Celi *et al.* (2005) por meio de uma pesquisa realizada com imigrantes nos Estados Unidos da América, que investigou a influência dos fatores étnicos, raciais, sociais e econômicos no aleitamento materno, estabeleceram uma forte ligação entre os fatores culturas e o aleitamento materno, tanto nos aspectos relativos à frequência com que ele era estabelecido, como em sua duração.

Nas conclusões de seu estudo, Gava-Simioni *et al.* (2001) colocam que são inúmeras as vantagens da amamentação, tanto para a mãe como para o recém-nascido. “Não há substituto para o leite materno, nem para o ato de mamar no peito, que proporciona um mecanismo completo e adequado de sucção, estimulando músculos, ossos e articulação corretamente”. Os autores afirmam que deve haver maior interesse também por parte dos profissionais da área odontológica a fim de que sejam fornecidas orientações às gestantes para prevenir os diversos problemas que a falta de amamentação pode causar aos seus filhos.

2.2 - Odontologia

Por meio de um estudo visando avaliar os benefícios promovidos pela amamentação nas crianças, em especial o favorecimento da respiração nasal, Trawitzki *et al.* (2005) analisaram a relação do padrão respiratório com o histórico de aleitamento e hábitos orais deletérios em um estudo clínico, coorte transversal, numa população de 62 crianças, e concluíram que o período de aleitamento materno foi maior nos respiradores nasais concentrando-se no período de 3 a 6 meses de idade. Quanto ao uso de mamadeira, os resultados mostraram que a maioria das crianças de ambos os grupos utilizou-se deste tipo de aleitamento nos primeiros anos de vida, não apresentando diferença estatística entre os grupos. A presença de hábitos orais deletérios ocorreu de maneira marcante nos respiradores bucais, evidenciando diferença estatisticamente significativa, entre os grupos, para os hábitos de sucção e hábitos de mordida. As autoras constataram que as crianças respiradoras bucais apresentaram um menor período de aleitamento materno e um histórico de hábitos orais presentes comparados às crianças respiradoras nasais.

A amamentação é importantíssima na prevenção da síndrome do respirador bucal, pois estabelece uma relação correta entre as estruturas duras e moles do aparelho estomatognático, permitindo uma respiração adequada, tonicidade e postura corretas da língua e lábios em perfeito vedamento: respiração com padrão nasal (Corrêa, 2006).

O estudo de Bezerra *et al.* (2005) não estabeleceu uma correlação entre os tipos de aleitamento e as más oclusões, porém os autores destacaram o fato destas estarem ligadas aos hábitos orais deletérios.

Para Souza *et al.* (2004), a influência direta da amamentação na odontologia pode ser constatada, como exemplo, no crescimento e desenvolvimento dos ossos do complexo maxilomandibular e no equilíbrio dos músculos da face, pois, a relação inversamente proporcional existente entre o aleitamento materno e os hábitos deletérios orais, assim como sua ação no equilíbrio funcional da oclusão dentária, tem grande relevância em todo sistema estomatognático.

A pesquisa realizada por Zuanon *et al.* (1999) com crianças de 3 a 7 anos de idade reforçou, à época, a conclusão de que o aumento do período de amamentação natural diminui a incidência de hábitos orais prejudiciais.

E, na mesma linha, Souza *et al.* (2004) verificaram que a duração insuficiente do aleitamento natural está associada à presença de hábitos de sucção persistentes sendo que a presença desses hábitos, que, no tocante ao estudo, foram: chupeta, onicofagia, sucção digital e morder objetos, está associada à presença de má-oclusão.

Resíduos alimentares que não são adequadamente removidos durante a higiene oral permitem, sobretudo em indivíduos com dieta rica em hidratos de carbono, uma maior proliferação bacteriana que será responsável pela produção de ácidos que destroem a superfície dos dentes, originando a cárie e a inflamação gengival, primeira etapa da doença periodontal (Guedes-Pinto, 2006).

A saúde oral, para Nunn (2006), por ser dependente de diversos fatores, é dependente de um equilíbrio relativo entre forças endógenas e exógenas.

Sant'Anna (2001) relata que todos os produtos que causam a diminuição do pH no biofilme dentário aumentam a possibilidade de desmineralização das estruturas mineralizadas dos dentes, mas realça a importância da dieta e dos fatores constitucionais do indivíduo.

Embora a cárie dentária seja considerada uma doença pandêmica, diversos estudos fazem referência a indivíduos e grupos populacionais imunes a cárie, ou pelo menos com incidência muito baixa destas lesões. Estas situações estão, muitas vezes, relacionadas aos hábitos alimentares (Nunn, 2006).

Uma análise comparativa entre dois estudos foi realizada no município de Diadema, São Paulo, por Bönecker (1999) em sua tese de doutoramento, por meio da qual o autor avaliou a epidemiologia da cárie dentária em crianças e observou que, com o tempo, houve redução na prevalência da cárie dentária para a mesma faixa etária. O autor também constatou um aumento da prevalência e severidade com a idade, em crianças da mesma coorte. Os fatores comportamentais avaliados pelo autor, foram o aleitamento, a escovação

e o programa de saúde oral e, esses fatores não apresentaram significância estatística em relação a prevalência e a severidade das lesões de cárie, porém, verificou um aumento da experiência de cárie naquelas crianças com pior higiene oral.

Corrêa (2005) acentua que os fatores etiológicos da cárie dentária em crianças são os mesmos que nos adultos, ou sejam: a associação entre microbiota, dieta e hospedeiro. A autora destaca que a amamentação cria um elo sublime entre mãe e filho, além de propiciar o correto desenvolvimento esquelético da criança.

A criança é um hospedeiro naturalmente mais susceptível à cárie em função de três fatores, a idade do dente, a incapacidade da criança de realizar a remoção do biofilme adequadamente e a responsabilidade da dieta que está a cargo de seus pais e, geralmente, esses fatores, dentre outros, favorecem o aparecimento dessa alteração (Corrêa, 2006).

O Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2004), por meio da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, realizou um grande levantamento epidemiológico da cárie dentária no Brasil entre os anos 2002 e 2003 e no relatório oficial do governo brasileiro, o Ministério da Saúde afirma: “Observa-se que, de uma maneira geral, a situação brasileira não está muito boa. O Brasil atingiu as metas da OMS para o ano 2000 somente na idade de 12 anos, e em parte isso somente aconteceu devido às crianças das Regiões Sul e Sudeste. Para todas as outras idades os níveis estão aquém das metas propostas para o ano 2000”.

As diferenças étnicas, sociais e geográficas foram analisadas por Antunes *et al.* (2006) que constataram prevalência da cárie dentária em crianças com 12 anos de idade maior na zona rural que na urbana e maior nas crianças que estudavam em escolas públicas, que comparada às crianças que estudavam em escolas particulares ou privadas.

Antunes, Peres e Mello (2006), para documentar níveis da doença oral no Brasil e avaliar determinantes da experiência de cárie, estudaram a condição dentária de crianças com 5 anos de idade, concluíram que a prevalência da cárie não tratada é suscetível às desigualdades sócio-demográficas e geográficas. Os autores verificaram que as regiões do Brasil com melhores indicadores sociais, apresentaram um perfil de saúde oral mais favorável.

Narvai *et al.* (2006) efetuaram uma análise da evolução da experiência de cárie dentária em escolares brasileiros no período de 1980 a 2003 para determinar a distribuição da cárie e o acesso dessa população ao tratamento da doença. O resultado indicou um alto nível de cárie dentária nos anos 1980, declinando para um nível moderado nos anos 1990. Em 2003, o índice de cárie CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados – restaurados, por indivíduo) ainda era moderado. Entre 1980 e 2003 o declínio nos valores foi de 61,7%. A porcentagem de escolares com experiência de cárie igual a zero aumentou de 3,7% em 1986 para 31,1% em 2003. Por outro lado, enquanto no segmento menos atingido pela doença (CPO-D de 1 a 3), o índice de cuidados aumentou de 26,3% em 1986 para 34,7% em 2003, no segmento com CPO-D de 4 a 5 o índice de cuidados caiu de 50,2% em 1986 para 39,3% em 2003. No segmento com CPO-D de 6 ou mais, o índice de cuidados se manteve estável (28%). Os autores verificaram que aproximadamente 20% da população passaram a concentrar cerca de 60% da carga de doença. Concluíram então que a hipótese explicativa mais plausível para esses números, havia sido a elevação no acesso à água e creme dental fluorados e as mudanças nos programas de saúde bucal coletiva. Para os autores, a despeito da melhora, a distribuição da cárie ainda é desigual e os dentes atingidos por cárie passaram a se concentrar numa proporção menor de indivíduos, ademais, destacam os autores, não se alterou a proporção de dentes cariados não tratados, e finalizam apresentando que a redução das disparidades sócio-econômicas e medidas de saúde pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis permanecem como um desafio para todos os que formulam e implantam as políticas públicas no Brasil.

Peres, Bastos e Latorre (2000) analisando a relação entre aspectos sociais e comportamentais e a severidade da cárie dentária em 271 crianças de 12 anos de idade constataram que a frequência de consumo de doces e a renda familiar fatores de risco para alta severidade de cárie. Em seu estudo, os autores verificaram que as crianças que consumiram produtos cariogênicos duas a três vezes ao dia, todos os dias, apresentaram 4,41 vezes mais chances de ter alta severidade de cárie quando comparadas com as que consumiram esses produtos no máximo uma vez ao dia. Os autores concluíram, também, que a renda familiar foi o fator sócio-econômico de maior importância, pois, as crianças cuja renda familiar foi menor que 5 salários-

mínimos tiveram 4,18 vezes mais chances de apresentar alta severidade de cárie dentária, quando comparadas com as que apresentaram renda familiar superior a 5 salários-mínimos.

O alimento ideal para a criança nos primeiros anos de vida é o leite materno, pois ele atende as suas necessidades nutricionais, metabólicas e confere notável proteção imunológica ao lactente. O aleitamento materno é essencial para a nutrição da criança, para seu crescimento e desenvolvimento, inclusive psicológico, assegurando a melhor saúde possível e proporcionando benefícios também para a mãe e até para a comunidade (Policy Statement, 2005).

A amamentação representa o fator inicial do bom desenvolvimento dentofacial, favorecendo a obtenção de uma oclusão dentária normal e conseqüente mastigação correta futura. Há importância da amamentação também no desenvolvimento e no perfeito equilíbrio neuromuscular dos tecidos que envolvem o aparelho mastigatório. A sucção dos dedos, como hábito pode resultar em severos danos ao desenvolvimento do esqueleto facial (Bishara *et al.*, 2006).

É conhecido o potencial cariogênico do leite, materno ou não, devido à presença de lactose. Quando a amamentação está associada à falta de higienização oral, principalmente durante a noite quando o fluxo salivar está diminuído, amplia-se o risco potencial. Por outro lado, é oportuno recordar que o leite materno forma uma camada de imunoglobulinas em toda a mucosa oral, que protege essa via de entrada de uma série de doenças, o que não impede que ocorra a incidência de cáries em crianças, especialmente naquelas que adormecem mamando e, sobretudo, por meio do uso de mamadeiras com a adição de açúcares (Helderman, Soe e Rof, 2006).

Na publicação denominada “Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção da saúde oral materno-infantil”, Moreira, Chaves e Nóbrega (2004) afirmam ser imperioso que a relação do trinômio médico-dentista-paciente redefina os padrões de atendimento com vistas à promoção da saúde. Os autores afirmam que deve ser estabelecido um intercâmbio de informações, visando a desenvolver um atendimento de qualidade à gestante e ao bebê, por meio de um trabalho objetivo, que incentive uma

abordagem multidisciplinar e multiprofissional buscando melhores condições de saúde oral para a gestante e o bebê, por meio de uma abordagem à gestante, afirmando a importância da amamentação para o desenvolvimento do sistema estomatognático, da dieta e das consultas preventivas.



3- OBJETIVOS

3.1– Objetivo Geral

Avaliar a prevalência da cárie dentária nos pacientes examinados.

3.2 – Objetivos específicos

Correlacionar os índices de cárie dentária com:

- a) o período de aleitamento materno exclusivo;
- b) a duração do aleitamento materno;
- c) a época do início da higiene oral;
- d) o nível de escolaridade dos pais.



4- METODOLOGIA

4.1– Amostra

A população desse estudo foi constituída por 158 crianças, com idades de 2 a 12 anos, de ambos os gêneros, sendo 91 do sexo masculino e 67 do sexo feminino (Tabela I), que efetuaram tratamento odontológico nos cursos de pós-graduação e aperfeiçoamento científico em odontopediatria da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD) distribuídos no Estado de São Paulo, nas cidades de Araraquara, Barretos, Bauru, Ribeirão Preto, São Carlos, São Paulo (APCD Regional Vila Mariana) e Sorocaba, e seus respectivos responsáveis legais.

Esses cursos são elaborados e controlados pela Escola de Aperfeiçoamento Profissional (EAP) da APCD, que são núcleos de ensino dotados da estrutura necessária para o aprimoramento dos profissionais, cirurgiões-dentistas, e ao atendimento odontológico gratuito oferecido à comunidade. Todas as atividades científicas realizadas pela APCD são supervisionadas pelo Conselho de EAPs e, os cursos de pós-graduação *latu sensu*, neste caso a especialização em odontopediatria, seguem as normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) e também são fiscalizados pelo mesmo.

A média de idade da população deste estudo foi de 6,8 anos e as idades, mínima e máxima, conforme citado anteriormente, foram de 2 e 12 anos, respectivamente.

A coleta de dados foi realizada entre os dias 16 de agosto 2004 e 7 de julho de 2006, nos pacientes sob tratamento nas clínicas discriminadas e o total da amostra que foi aceita para este estudo, após as devidas exclusões, compôs uma população de 158 pacientes.

4.2– Critérios para exclusão dos participantes

Foram excluídos do estudo aquelas crianças que não desejaram participar, as que a mãe ou o responsável legal não autorizaram, por escrito, a realização da pesquisa, e aquelas cuja ficha clínica e/ou questionário não pôde, por qualquer razão, ser preenchido com segurança e exatidão.

4.3– Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas, uma delas, com a mãe da criança cujo tratamento estava sendo realizado nas clínicas da APCD, para entrevista e preenchimento do questionário, a outra etapa, com a criança, para a coleta dos dados objetivos a partir da realização de exame clínico e consulta à ficha clínica do paciente.

Primeiramente, foi realizado um estudo piloto com 96 pacientes no qual foi avaliado o questionário, com grande ênfase para a interpretação dada pelo entrevistado para cada questão, e para analisar a metodologia empregada na coleta dos dados.

Após a realização das modificações entendidas como necessárias para dar maior clareza e precisão às respostas obtidas, bem como a remodelação do questionário com a inclusão de perguntas que permitiam abordar de forma pouco distinta a mesma informação, possibilitando por meio do cruzamento dos dados, confirmar a exatidão das informações, e, também, da padronização final dos instrumentos e da metodologia aplicada para a coleta, foi iniciado o estudo propriamente dito.

Os esclarecimentos iniciais a respeito da pesquisa foram feitos verbalmente às mães dos pacientes em tratamento, e o estudo prosseguiu apenas com aqueles em que houve a concordância inicial. Ao final da breve introdução, já com consentimento inicial, foi distribuído, lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). As mães que demonstravam qualquer nível de hesitação eram dispensadas imediatamente. Após a concordância final, com a leitura, preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma via assinada pelo pesquisador foi entregue a cada uma das mães. Em seguida era efetuado o preenchimento do questionário. Após uma breve conferência do questionário, este era complementado quando havia necessidade e na existência de observações, as mesmas eram anotadas.

O referido questionário foi ampliado por recomendação da Sub-comissão de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas – FCM – UNICAMP, recebendo questões que dão subsídios para conhecer os hábitos de higiene oral e alimentação de cada paciente que compõe a amostra desse estudo.

Após a aplicação do questionário (Anexo II), partia-se para a realização do exame clínico, por meio do qual os dados referentes aos dentes eram anotados. Não houve casos em que a criança tenha se mostrado desconfortável com o exame. Todas elas, após breve explicação do que seria realizado, colaboraram adequadamente.

Para avaliar a experiência de cárie dentária foi realizado um exame físico intra-oral pelo pesquisador, sempre auxiliado pelo professor responsável pelo curso, ou por cirurgiões-dentistas participantes dos cursos, e todo auxílio foi efetuado de forma voluntária. Os dados eram anotados no Anexo III, identificando a situação de cada dente (sadio, cariado, perdido e obturado) de todos os pacientes examinados.

Para registro da experiência de cárie dentária, empregou-se os mesmos critérios do índice CPO-D descrito pela primeira vez, segundo Pinto (2000), em 1937, por Klein e Palmer, o qual revela o número de dentes cariados (C), perdidos (P) (extraídos e/ou com extração indicada) e obturados (O) em cada indivíduo, e seu correspondente nas crianças que apresentavam a dentição decídua, índice ceo-d (número de dentes cariados, extraídos e obturados). Este índice tornou-se o mais utilizado para levantamento de cárie dentária e vem se mantendo como referência para o diagnóstico de cárie e avaliação de programas de saúde no Brasil (Narvai *et al.*, 2006).

O exame para registro da cárie dentária foi de inspeção, realizado na cadeira apropriada para atendimento odontológico, com o auxílio de espelho bucal, sonda exploradora e luz artificial, após prévia higienização e secagem.

Além dos dentes com lesão de cárie, registrou-se também a presença de dentes hígidos, restaurados (obturados), com manchas brancas (alterações iniciais), dentes ausentes e o total de dentes presentes na boca.

Os critérios adotados para classificar o estado dos dentes foram descritos por Pinto, em 2000:

- Dente cariado:

- Quando apresentar evidência de esmalte socavado. Havendo uma cavidade definida onde o explorador penetre;
- Em caso de sulcos e fissuras onde a ponta do explorador prende, desde que pelo menos uma das condições a seguir esteja presente: existência de tecido cariado amolecido, opacidade de esmalte ou mancha de cárie;
- Em caso de faces proximais, quando o explorador prende, ficando retido ao se fazerem movimentos na direção cérvico-oclusal;
- Em casos em que o explorador penetra entre o dente e a restauração;
- Quando houver restauração, mas esteja presente um dos critérios anteriores e frente à restaurações temporárias.

- Dente obturado (restaurado):

- Quando o dente se apresenta perfeitamente restaurado com material definitivo, ou mesmo existindo uma falha na restauração, mas quando não se consegue inserir o explorador entre o dente e restauração.

- Dente com mancha branca:

- Quando houver lesão de cárie incipiente, ou seja, apenas áreas de desmineralização do esmalte com perda da translucidez apresentando coloração branco-opaco, sem cavitação.

- Dente com Extração Indicada:

- Quando apresentar lesão que atingiu a câmara pulpar.

- Dente Hígido:

- Quando não existir cárie ou restauração.

Ao efetuar o levantamento epidemiológico, ainda foram levados em conta alguns critérios adicionais apresentados por Pinto (2000):

- O dente é considerado presente quando qualquer parte de sua coroa clínica houver atravessado a mucosa gengival, podendo ser tocada pela sonda exploradora;
- Quando o dente temporário e o permanente estiverem ocupando um mesmo espaço, apenas o permanente é registrado;
- Em caso de dúvida entre dente hígido e cariado, o dente é considerado hígido; quando cariado e obturado (restaurado), o dente é considerado restaurado; quando cariado e quando a extração é indicada, é considerado cariado.

Para este estudo, considerou-se como interrupção precoce do aleitamento exclusivo ou predominante, as situações em que a criança deixou de ser alimentada com o leite materno de forma exclusiva ou predominantemente antes de completar seis meses de idade, conforme recomendação estabelecida pela Organização Mundial de Saúde – WHO (2003) e Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2002).

O aleitamento materno predominante é o regime alimentar em que o leite materno é a principal fonte de nutrientes para a criança, podendo estar acompanhado somente por líquidos. No aleitamento materno complementado, a criança ingere outros tipos de alimentos, exceto outros tipos de leite. E, aleitamento misto é, por definição, o estado alimentar em que a criança recebe leite materno e outro tipo de leite, podendo ou não consumir outros tipos de alimentos. Por fim, no regime definido como alimentação artificial, temos o leite de vaca e/ou similares como única fonte láctea de alimentação. Isto, por definição da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002) e da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003).

Considerou-se como início da higiene oral, a época do início da execução sistemática ou periódica de todo e qualquer procedimento efetuado pela mãe ou responsável pela criança, ou pela própria criança, com a intenção de higiene oral, a saber: uso de escova dental, fio dental, dedeiras, gazes, fraldas e outros recursos.

4.4– Análise dos dados

O presente estudo analisou uma variável dependente: a experiência de cárie dentária, por meio da análise dos índices obtidos durante o exame intra-oral.

As variáveis independentes foram o tempo de aleitamento exclusivo, misto e artificial, devidamente situados no tempo; as escolaridades materna e paterna; e a época do início da higiene oral.

Para avaliar a adequação dos testes estatísticos a serem utilizados, os dados relativos à experiência de cárie foram submetidos ao teste de aderência à curva normal (teste *Kolmogorov-Smirnov*). O teste revelou que a distribuição do índice experiência de cárie não satisfaz a condição de normalidade ($p=0,000$) para que pudesse ser efetuada uma análise estatística através de métodos paramétricos. Deste modo, os dados obtidos foram analisados usando-se o teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis* e foram considerados estatisticamente significativos os resultados com valores de $p<0,05$.

As associações entre as variáveis: aleitamento exclusivo e escolaridades materna e paterna foram analisadas através do teste exato de *Fischer* com nível de significância de 5%.

4.5 – Aspectos éticos

O estudo seguiu as normas para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) e os princípios da declaração de Helsinque. Dessa forma, a participação na pesquisa foi

voluntária, tendo sido assegurado o sigilo e o caráter confidencial das identidades das mães e das crianças, assim como das informações obtidas que seriam utilizadas somente para os propósitos da pesquisa, zelando pela privacidade dos envolvidos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) foi lido individualmente para cada uma das mães e assinado antes da realização da entrevista e do exame clínico em seus filhos. Uma das vias, após assinatura do pesquisador, foi entregue para cada participante. As dúvidas foram esclarecidas verbalmente e lhes foi assegurado o direito de desistirem de participar a qualquer momento, mesmo durante a entrevista. Ao final do preenchimento do questionário utilizado na entrevista (Anexo II), o mesmo era analisado e, quando necessário, era complementado com as observações pertinentes.

A pesquisa não representou quaisquer riscos ou prejuízos aos pacientes ou aos seus familiares por se tratar de um estudo baseado num exame clínico tradicional, com a coleta de dados objetivos feita a partir de um exame físico intraoral básico e não invasivo, realizado costumeira e obrigatoriamente no cotidiano da prática odontológica, para a verificação do estado de saúde bucal do paciente no tocante a presença ou não de cáries e restaurações dentárias, bem como da eventual ausência de elementos dentais. O interrogatório objetivou fornecer os dados referentes à nutrição da criança em seu primeiro ano de vida. Não houve qualquer intervenção cirúrgica, medicamentosa, de internação ou mesmo a realização de exames complementares.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – FCM, da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (Anexo IV).



5- RESULTADOS

5.1 – Características gerais

A população desse estudo foi composta por 158 crianças, sendo 91 do gênero masculino e 67 do feminino (Tabela I).

Tabela I- Distribuição da população do estudo por gênero

Gênero	Frequência	Percentual
Masculino	91	57,6
Feminino	67	42,4
Total	158	100,0

Na distribuição da população por idade, o maior número de crianças tinha 7 anos, seguido pelas que tinham 6 anos (Gráfico I).

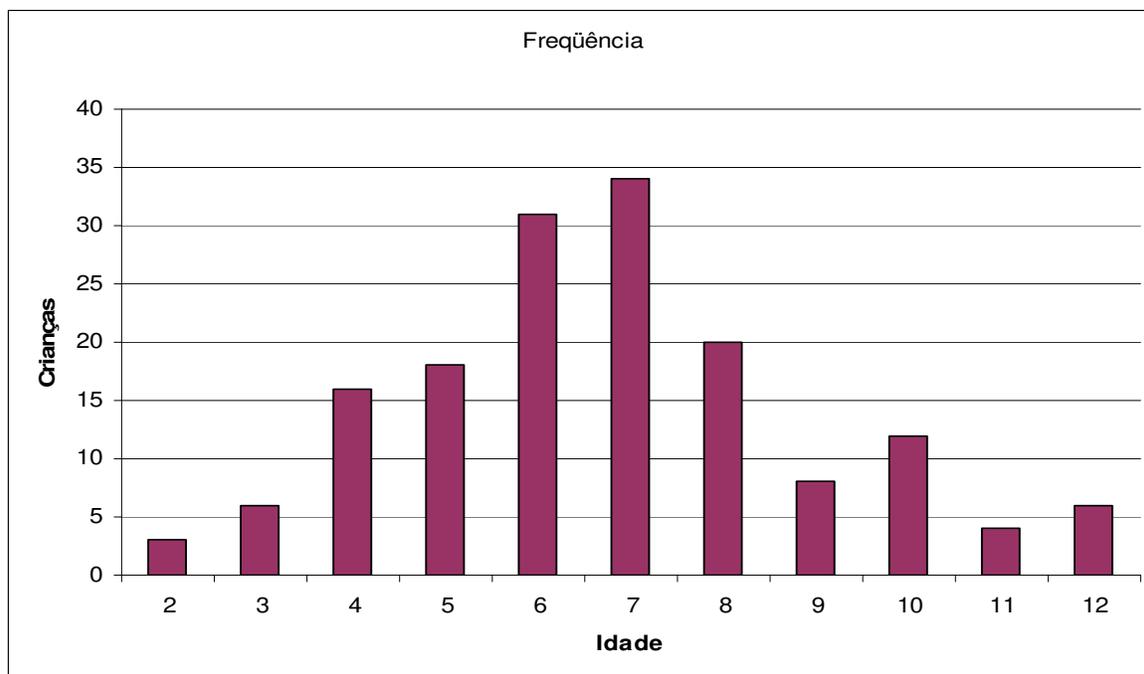


Gráfico I- Distribuição da população por idade

Dentre as 158 crianças do estudo, apenas 9 tinham menos de 4 anos de idade e 28 tinham 9 anos ou mais, sendo que a grande maioria tinha entre 6 e 8 anos, o que resultou em uma média de idade da população do estudo de 6,8 anos (Tabela II).

Tabela II- Distribuição da população por idade

Idade	Frequência	Percentual
2	3	1,9
3	6	3,8
4	16	10,1
5	18	11,4
6	31	19,6
7	34	21,5
8	20	12,7
9	8	5,1
10	12	7,6
11	4	2,5
12	6	3,8
Total	158	100,0
Média	6,8	

A maior parte das mães, 65,7%, tinham mais de 8 anos de estudo (Tabela III). Esse resultado também foi demonstrado na análise da escolaridade paterna, pois 60,8% dos pais tinham mais de 8 anos de estudo (Tabela IV).

Tabela III- Distribuição dos pacientes por escolaridade materna

Escolaridade Materna	Percentual*
Menos de 8 anos	34,3
Mais de 8 anos	65,7
Total	100,0

* Percentual calculado nas respostas válidas

Tabela IV- Distribuição dos pacientes por escolaridade paterna

Escolaridade Paterna	Percentual*
Menos de 8 anos	39,2
Mais de 8 anos	60,8
Total	100,0

* Percentual calculado nas respostas válidas

O tipo de parto que teve uma discreta predominância foi a Cesariana, realizado por 84 mães, ou 53% do total (Tabela V).

Tabela V- Distribuição da população por tipo de parto

Tipo de Parto	Frequência	Percentual
Normal	74	46,8
Cesariana	84	53,2
Total	158	100,0

Quase 9% das crianças nasceram de parto prematuro, foram ao todo 14 crianças; 4 não informaram e as demais, num total de 140, ou 88,6% nasceram após o período completo de gestação (Tabela VI).

Tabela VI- Distribuição dos pacientes por prematuridade

Parto prematuro	Frequência	Percentual
Sim	14	8,9
Não	140	88,6
Não Informa	4	2,5
Total	158	100,0

Cerca de 71% das mães fizeram 6 ou mais consultas no período pré-natal, pouco mais de 15% estiveram em 3 a 6 consultas e 3,8% realizaram entre 1 e 3 consultas durante a gravidez (Tabela VII).

Tabela VII- Distribuição da população por número de consultas no pré-natal

Número de consultas médicas no pré-natal	Percentual
Não fez	2,5
1 a 3	3,8
3 a 6	15,2
Mais de 6	70,9
Não Informa	7,6
Total	100,0

Quase 1/3 das mães (31,6%) relataram ter feito uso de ao menos um medicamento durante o período de gestação, as demais 65,2% não utilizaram nenhum medicamento nesse período (Tabela VIII).

Tabela VIII- Distribuição dos pacientes cujas mães fizeram uso de medicamento(s) durante a gravidez

Uso de medicamento(s) durante a gravidez	Percentual
Não	65,2
Sim	31,6
Não Informa	3,2
Total	100,0

5.1.1- Características do aleitamento materno

Mais de 10% das crianças investigadas não foram amamentadas no peito, as demais (89,2%) mamaram por algum período (Tabela IX).

Tabela IX- Distribuição dos pacientes por amamentação no peito

Foi amamentado no peito	Percentual
Sim	89,2
Não	10,8
Total	100,0

Quase 70% das crianças que mamaram no peito realizaram a primeira mamada no dia do nascimento, outras 24,8% começaram a mamar durante a primeira semana de vida (Tabela X).

Tabela X- Distribuição dos pacientes por período da primeira mamada

Período da primeira mamada	Percentual*
Dia do nascimento	68,8
1ª semana de vida	24,8
1º mês de vida	2,1
Após o 1º mês de vida	0,7
Não Informa	3,5
Total	100,0

* Em relação ao total de casos válidos

Durante o período em que mamavam no peito, 91,5% das crianças acordavam à noite para mamar (Tabela XI).

Tabela XI- Distribuição dos pacientes por amamentação à noite no período em que mamava no peito

Amamentação durante a noite no período em que mamava no peito	Percentual
Sim	91,5
Não	7,1
Não Informa	1,4
Total	100,0

O percentual de crianças que foram amamentadas de forma exclusiva no peito pelo período de 6 meses foi de 48,9% (Tabela XII).

Tabela XII- Distribuição dos pacientes por tempo de amamentação exclusiva no peito

Tempo de amamentação no peito exclusiva	Percentual*
Menos de 6 meses	51,1
6 meses	48,9
Total	100,0

* Percentual calculado na população que recebeu amamentação exclusiva

Praticamente a metade das crianças (49,6%), no período em que mamavam no peito, dormia mamando, outros 34,5 % mamavam e dormiam em seguida (Tabela XIII).

Tabela XIII- Distribuição dos pacientes por modo noturno de adormecer no período em que mamava no peito

Modo noturno de adormecer no período em que mamava no peito	Percentual*
Mamava até uma hora antes de dormir	12,8
Mamava e dormia em seguida	34,8
Dormia mamando	49,6
Outros	0,7
Não Informa	2,1
Total	100,0

* Percentual calculado na população que mamou no peito

Apenas 19,9% das crianças que mamaram no peito dormiam a noite toda, as demais acordavam durante a noite, sendo que 4,3% voltavam a dormir sem mamar, porém 73,8% acordavam para mamar (Tabela XIV).

Tabela XIV- Distribuição dos pacientes por interrupção do sono à noite no período em que mamava no peito

Interrupção do sono a noite no período em que mamava no peito	Percentual*
Dormia a noite toda	19,9
Acordava durante a noite para mamar	73,8
Acordava durante a noite, mas não mamava	4,3
Não Informa	2,1
Total	100,0

* Percentual calculado na população que mamou no peito

A maioria das crianças que acordavam a noite, no período em que mamavam no peito, acordava 2 vezes para mamar (34,6%) ou 3 vezes (26,9%). Pouco menos de 3% acordavam 5 vezes para mamar durante a noite (Tabela XV).

Tabela XV- Distribuição dos pacientes por número de vezes que mamava à noite no período em que mamava no peito

Número de vezes que mamava à noite no período em que mamava no peito	Percentual*
1	11,5
2	34,6
3	26,9
4	5,8
5	2,9
Não Informa	18,3
Total	100,0

* Percentual calculado na população que mamou no peito

Dentre as crianças que mamaram no peito, considerando 6,5% que não informaram, 7,6% mamaram por um período inferior a 1 mês, 18,7% mamaram entre 1 e 3 meses e mais 19,6% por 3 a 6 meses. O percentual de crianças que continuaram mamando no peito por mais de 1 ano foi de 18,7% (Tabela XVI).

Tabela XVI- Distribuição dos pacientes por idade da última mamada no peito

Idade da última mamada no peito	Percentual*
Menos de 1 mês	17,6
Entre 1 e 3 meses	18,7
Entre 3 e 6 meses	19,6
Entre 6 e 12 meses	18,7
Mais de 12 meses	18,7
Não Informa	6,5
Total	100,0

* Em relação ao total de crianças que mamaram no peito

5.1.2– Características do uso da mamadeira

A mamadeira foi utilizada em algum momento por 69,6% das crianças (Tabela XVII).

Tabela XVII- Distribuição dos pacientes por uso da mamadeira

Uso da mamadeira	Percentual
Sim	69,6
Não	30,4
Total	100,0

Antes mesmo de completarem 3 meses, quase a metade das crianças já haviam experimentado o uso da mamadeira, pois, 15,5% começaram a mamar na mamadeira com menos de 7 dias de vida, 10% entre 7 e 30 dias e mais 20,9% com entre 1 e 3 meses de idade (Tabela XVIII).

Tabela XVIII- Distribuição dos pacientes por idade da introdução da mamadeira

Idade da introdução da mamadeira	Percentual*
Menos de 7 dias	15,5
Entre 7 e 30 dias	10,0
Entre 1 e 3 meses	20,9
Entre 3 e 6 meses	21,8
Mais de 6 meses	30,9
Não Informa	0,9
Total	100,0

* Percentual calculado na população que fez uso de mamadeira

Ao completarem 6 meses de idade, 69% das crianças já haviam iniciado o uso da mamadeira (Gráfico II).

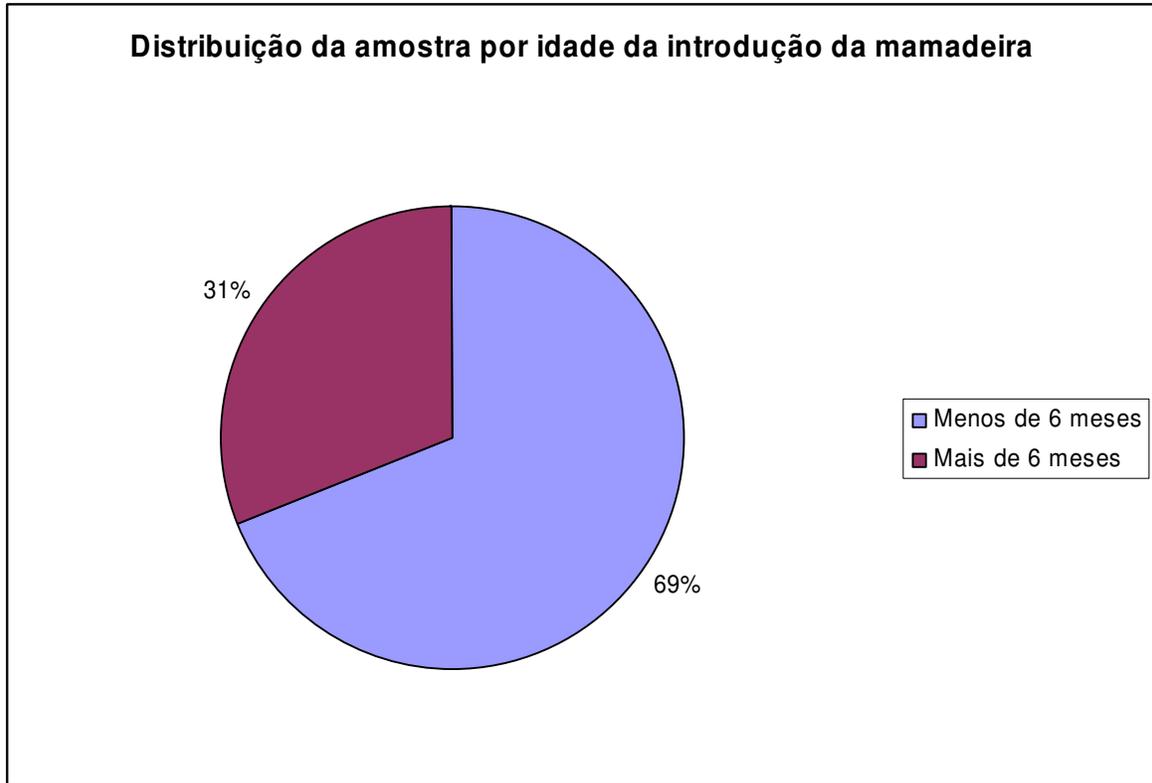


Gráfico II- Distribuição da amostra por idade da introdução da mamadeira entre as 110 crianças que fizeram uso de mamadeira

A grande maioria das crianças que mamaram na mamadeira, o fez por mais de um ano. Isto pois, 28,2% utilizaram a mamadeira por um período de tempo compreendido entre 1 e 2 anos e 62,% por mais de 2 anos (Tabela XIX).

Tabela XIX- Distribuição dos pacientes por tempo em que mamaram na mamadeira

Tempo que mamou na mamadeira	Percentual*
Menos de 1 mês	3,8
Entre 1 e 3 meses	1,3
Entre 3 e 6 meses	0,0
Entre 6 meses e 1 ano	2,6
Entre 1 e 2 anos	28,2
Mais de 2 anos	62,8
Não informa	1,3
Total	100,0

* Percentual calculado em relação ao total das crianças que mamaram na mamadeira

Quase 91% das crianças que utilizaram mamadeira, independentemente de quando começaram, pararam de mamar na mamadeira quando tinham mais de 1 ano de idade (Tabela XX).

Tabela XX- Distribuição dos pacientes por idade da última mamada na mamadeira

Idade da última mamada na mamadeira	Percentual*
Menos de 1 mês	0,9
Entre 1 e 3 meses	0,9
Entre 3 e 6 meses	1,8
Entre 6 e 12 meses	1,8
Mais de 12 meses	90,9
Não Informa	3,6
Total	100,0

* Em relação ao total de casos válidos

Excluindo-se os 3,6% que não souberam informar com precisão a idade que tinham quando pararam de utilizar a mamadeira, 94% tinham mais de 1 ano de idade e 6% tinham menos de 1 ano (Gráfico III).

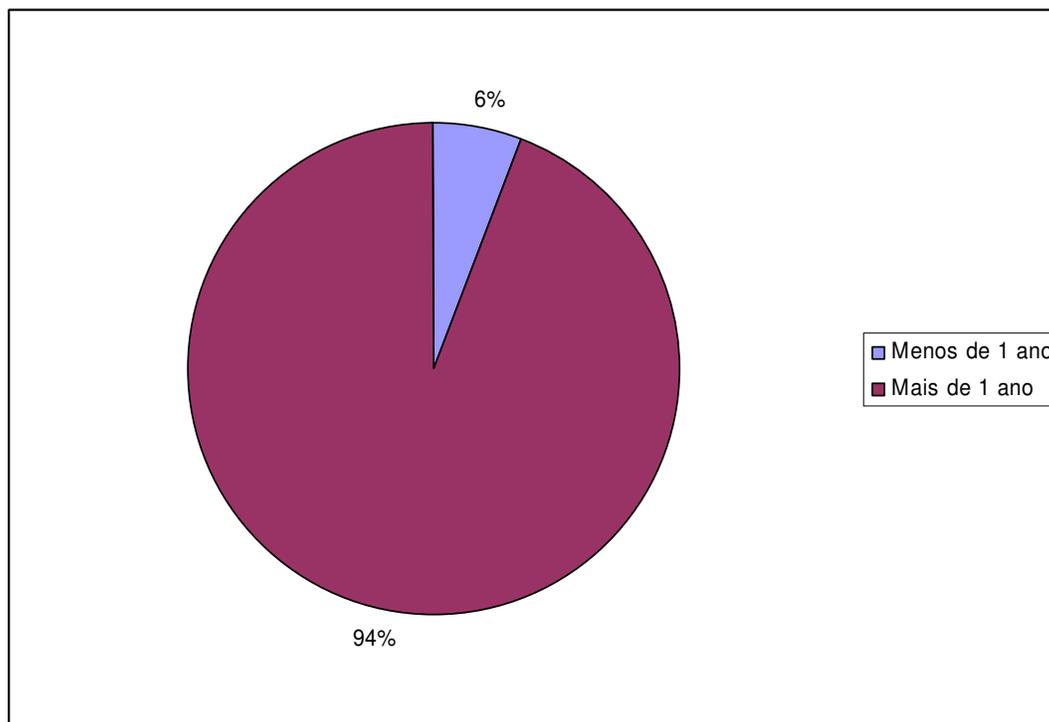


Gráfico III- Distribuição da amostra por idade da última mamada na mamadeira

Praticamente 2/3 das crianças (64,5%) que mamaram na mamadeira, pararam de mamar no peito assim que começaram a utilizar a mamadeira (Tabela XXI).

Tabela XXI- Distribuição dos pacientes por interrupção da amamentação no peito na data da introdução da mamadeira

Interrupção da amamentação no peito na data da introdução da mamadeira	Percentual*
Sim	64,5
Não	30,0
Não Informa	5,5
Total	100,0

* Percentual calculado na população que fez uso de mamadeira

Do total de crianças que fizeram uso da mamadeira, 17,9% dormiam mamando, 51,3% mamavam e dormiam em seguida e 28,2% mamavam até 1 hora antes de dormir (Tabela XXII).

Tabela XXII- Distribuição dos pacientes por modo noturno de adormecer no período em que mamava na mamadeira

Modo noturno de adormecer no período em que mamava na mamadeira	Percentual*
Mamava até uma hora antes de dormir	28,2
Mamava e dormia em seguida	51,3
Dormia mamando	17,9
Outros	1,3
Não sabe informar	1,3
Total	100,0

* Percentual calculado na população que fez uso de mamadeira

Pouco mais de 60% das crianças que fizeram uso da mamadeira não mamavam durante a noite (Tabela XXIII).

Tabela XXIII- Distribuição dos pacientes por interrupção do sono à noite no período em que mamava na mamadeira

Mamava durante a noite no período em que utilizava mamadeira	Percentual*
Não	60,3
Acordava durante a noite para mamar	39,7
Total	100,0

* Percentual calculado na população que fez uso de mamadeira

Dentre as crianças que acordavam à noite para mamar na mamadeira, 78% utilizavam mamadeiras com açúcar (Gráfico IV).

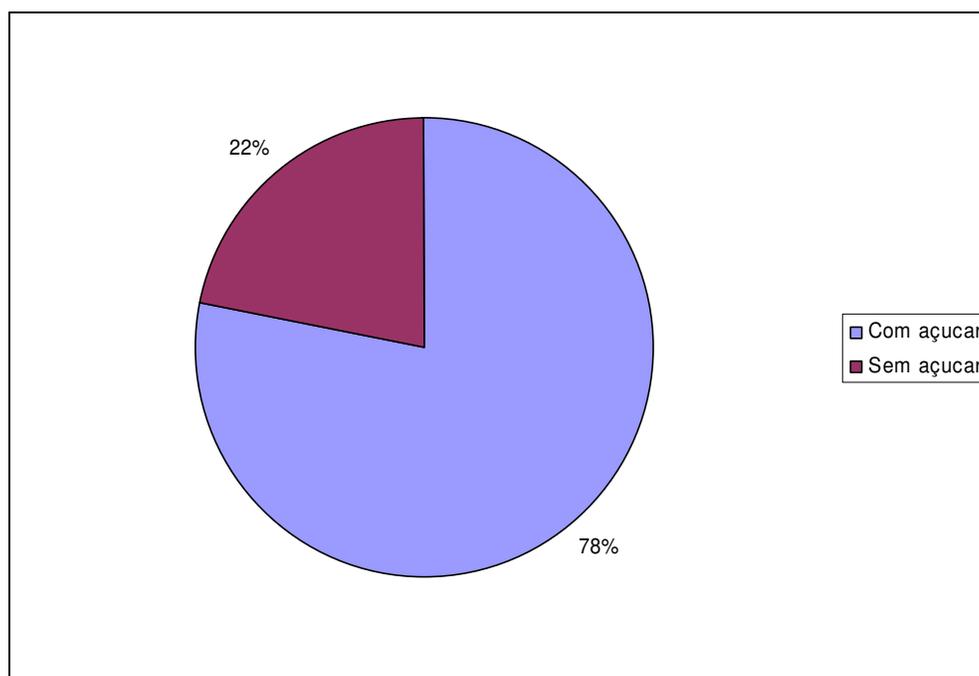


Gráfico IV- Distribuição das crianças que acordavam à noite para mamar na mamadeira, entre mamadeiras com e sem adição de açúcar

Mais da metade (51,5%) das crianças que mamaram no peito e na mamadeira juntos, o fizeram por um período de tempo inferior a 1 mês, 12,9% entre 1 e 3 meses e 22,8% por mais de 3 meses (Tabela XXIV).

Tabela XXIV- Distribuição dos pacientes por tempo em que mamaram no peito e na mamadeira juntos

Tempo que mamou no peito e na mamadeira	Percentual*
Menos de um mês	51,5
Entre 1 e 3 meses	12,9
Mais de 3 meses	22,8
Não Informa	12,9
Total	100,0

* Em relação ao total das crianças que mamaram no peito e na mamadeira juntos

Durante o período em que mamavam no peito e na mamadeira juntos, 18,4% das crianças realizavam a maioria das mamadas no peito e 54,4% mamavam a maior parte das vezes na mamadeira (Tabela XXV).

Tabela XXV- Distribuição dos pacientes que mamaram no peito e na mamadeira juntos por distribuição das mamadas

Tempo mamou no peito e na mamadeira juntos	Percentual *
Maioria das mamadas no peito	18,4
Iguais	11,7
Maioria das mamadas na mamadeira	54,4
Não Informa	15,5
Total	100,0

* Em relação ao total das crianças que mamaram no peito e na mamadeira juntos

Com relação à amamentação à noite durante o período em que mamavam no peito e na mamadeira juntos, 17,5% das crianças mamavam no peito, 32% na mamadeira e 18,4% mamavam de ambas as formas. Aproximadamente 1/4 das crianças que mamavam no peito e na mamadeira juntos, nesse período, não mamavam à noite (Tabela XXVI).

Tabela XXVI- Distribuição dos pacientes por amamentação à noite no período em que mamava no peito e na mamadeira juntos

Amamentação à noite no período em que mamava no peito e na mamadeira juntos	Percentual*
No peito	17,5
Na mamadeira	32,0
Ambas as formas	18,4
Não mamava à noite	25,2
Não Informa	6,8
Total	100,0

* Em relação ao total das crianças que mamaram no peito e na mamadeira juntos

Pouco menos de 1/4 das crianças (24,3%), no período em que mamavam no peito e na mamadeira juntos, dormiam mamando, quase a metade (49,5%) mamava e dormia em seguida (Tabela XXVII).

Tabela XXVII- Distribuição dos pacientes por modo noturno de adormecer no período em que mamava no peito e na mamadeira juntos

Modo noturno de adormecer no período em que mamava no peito e na mamadeira juntos	Percentual*
Mamava até uma hora antes de dormir	19,4
Mamava e dormia em seguida	49,5
Dormia mamando	24,3
Outros	1,0
Não Informa	5,8
Total	100,0

* Em relação ao total das crianças que mamaram no peito e na mamadeira juntos

No período em que mamavam no peito e na mamadeira juntos, 45,6% das crianças acordavam à noite para mamar, 1% acordam, mas não mamavam (Tabela XXVIII).

Tabela XXVIII- Distribuição dos pacientes por interrupção do sono à noite no período em que mamavam no peito e na mamadeira juntos

Interrupção do sono à noite no período em que mamava no peito e na mamadeira juntos	Percentual *
Não	48,5
Acordava durante a noite para mamar e voltava a dormir	45,6
Acordava durante a noite mas não mamava	1,0
Total	100,0

* Em relação ao total das crianças que mamaram no peito e na mamadeira juntos

5.1.3 – Características da higiene oral

Para 39,2% das crianças a higiene oral teve início assim que nasceram os primeiros dentes, 37,3% começaram a receber higiene oral durante o primeiro ano de vida e 17,1% somente no segundo ano de vida (Tabela XXIX).

Tabela XXIX- Distribuição dos pacientes por início da higiene oral

Início da higiene oral	Percentual
Assim que nasceram os primeiros dentes	39,2
Durante o primeiro ano de vida	37,3
Durante o segundo ano de vida	17,1
Outras	3,2
Não sabe informar	3,2
Total	100,0

A higiene oral foi iniciada durante o primeiro ano de vida em 79% das crianças (Gráfico V).

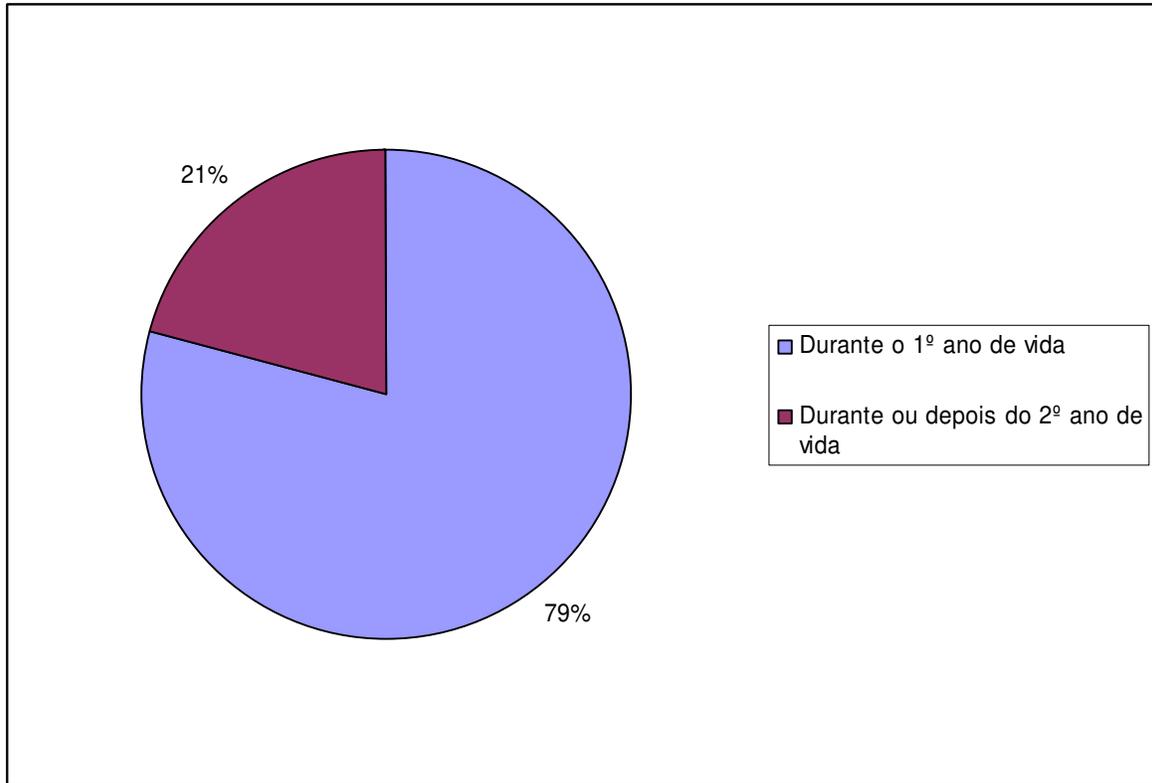


Gráfico V- Distribuição da amostra pela época do início da higiene oral, em relação ao total de casos válidos

A escova de dentes foi o instrumento mais utilizado para a higiene oral das crianças, pois foi utilizada em 68,4% da população; massagear a gengiva foi a opção empregada em 19,6% das crianças (Tabela XXX).

Tabela XXX- Distribuição dos pacientes por maneira que era realizada higiene oral

Maneira que era realizada higiene oral	Percentual
Massageando a gengiva	19,6
Massageando a gengiva e com escova de dentes	2,5
Com escova de dentes	68,4
Com escova de dentes e bochechos	0,6
Bochechos	1,3
Outros	6,3
Não sabe informar	1,3
Total	100,0

A prática de escovar os dentes sozinho foi iniciada aos 3 anos de idade por 32,9% das crianças e aos 2 anos de idade por 26,5% da população do estudo (Tabela XXXI).

Tabela XXXI- Distribuição dos pacientes por idade em que começaram a praticar auto-cuidados de higiene oral

Idade em que começou a escovar os dentes sozinho (em anos)	Percentual
1	4,4
2	26,5
3	32,9
4	15,8
5	13,3
Não escova sozinho	3,2
Não sabe informar	3,8
Total	100,0

Mais da metade das crianças (51,9%) tinha os dentes escovados 3 vezes ao dia, 4,4% escovavam uma única vez por dia (Tabela XXXII).

Tabela XXXII- Distribuição dos pacientes por número de vezes que escova os dentes ao dia

Número de vezes que escova os dentes ao dia	Percentual
1	4,4
2	20,9
3	51,9
4	20,9
Não Informa	1,9
Total	100,0

Escovar os dentes 3 ou mais vezes ao dia foi o hábito encontrado em 74% das crianças (Gráfico VI).

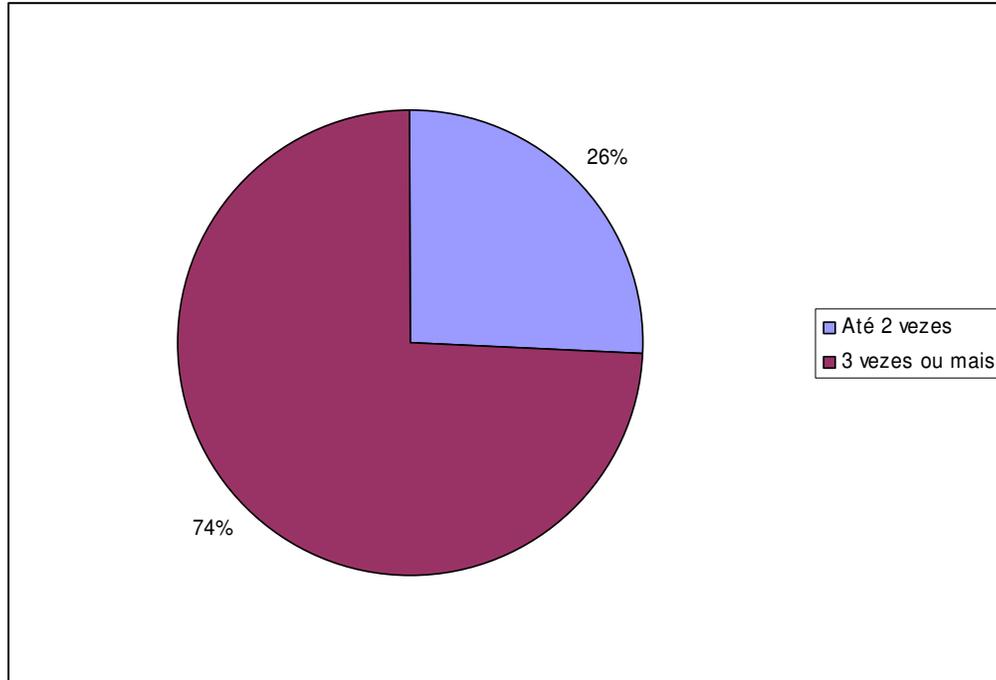


Gráfico VI- Distribuição da amostra pelo número de vezes que escova os dentes ao dia, em relação aos casos válidos

O tempo médio de duração da escovação dentária ficou entre 1 e 3 minutos para 56,3% das crianças, 29,1% delas escovavam os dentes em menos de 1 minuto e 12% ficavam mais de 3 minutos escovando os dentes (Tabela XXXIII).

Tabela XXXIII- Distribuição dos pacientes por tempo, em média, que leva para escovar os dentes

Tempo, em média, que leva para escovar os dentes	Percentual*
Menos de 1 minuto	29,1
De 1 a 3 minutos	56,3
Mais de 3 minutos	12,0
Não Informa	2,6
Total	100,0

* Em relação ao total de casos válidos

5.1.4 – Outras caracterizações

Dentre as crianças investigadas, 71,2% tinham o hábito de ingerir doces entre as refeições (Tabela XXXIV e Gráfico VII).

Tabela XXXIV- Distribuição dos pacientes por ingestão de doces (inclusive balas e chicles) entre as refeições

Ingestão de doces (inclusive balas e chicles) entre as refeições	Percentual
Sim	71,2
Não	28,8
Total	100,0

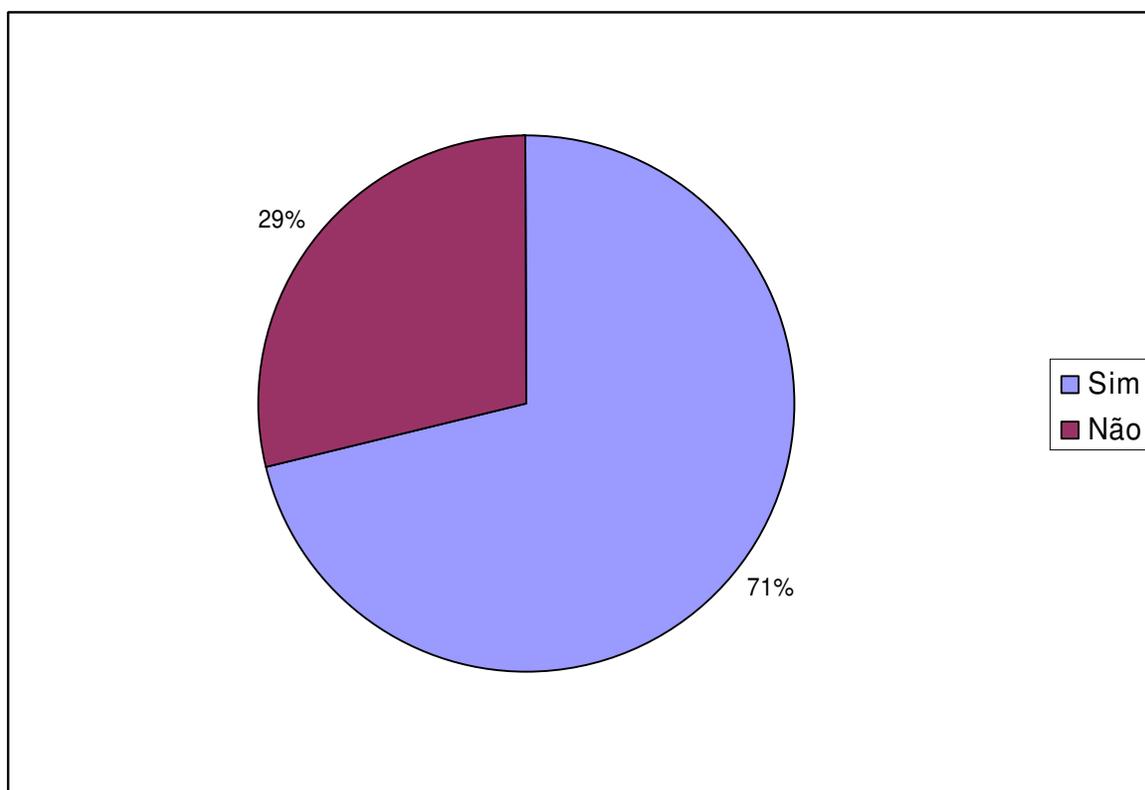


Gráfico VII- Distribuição da amostra pelo hábito de ingestão de doces entre as refeições

Praticamente a metade das crianças (49%) bebiam refrigerante até 2 vezes por semana, enquanto a outra metade (51%) tinham o costume de beber refrigerante 3 vezes ou mais por semana (Tabela XXXV).

Tabela XXXV- Distribuição dos pacientes por número de vezes por semana que bebe refrigerante

Número de vezes por semana que bebe refrigerante	Percentual*
Até 2 vezes	49
3 vezes ou mais	51
Total	100

* Em relação ao total de casos válidos.

A água encanada estava presente em quase 92% das residências, e era a fonte de água para consumo de 90,5% das crianças do estudo, a água proveniente de poços, era a fonte para consumo de 3,8% das crianças (Tabela XXXVI).

Tabela XXXVI- Distribuição dos pacientes por tipo de água consumida na residência

	Percentual
Encanada	90,5
Encanada e Poço	0,6
Encanada, Poço e Outras	0,6
Encanada e Outras	0,6
Poço	3,8
Outras	3,2
Não Informa	0,6
Total	100,0

Dentre as crianças do estudo, 10,1% tiveram a primeira manifestação patológica antes de completarem o primeiro mês de vida, 24,7% somente manifestaram alguma patologia após completarem 1 ano de idade (Tabela XXXVII).

Tabela XXXVII- Distribuição da população por idade da primeira manifestação patológica

Idade da primeira manifestação patológica	Percentual
Até 30 dias	10,1
2 meses	3,2
3 meses	7,0
4 ou 5 meses	21,5
6 meses a 1 ano	22,2
Mais de 1 ano	24,7
Não Informa	11,4
Total	100,0

Ao completarem 6 meses de idade, cerca de 47% das crianças avaliadas já haviam contraído alguma patologia (Gráfico VIII).

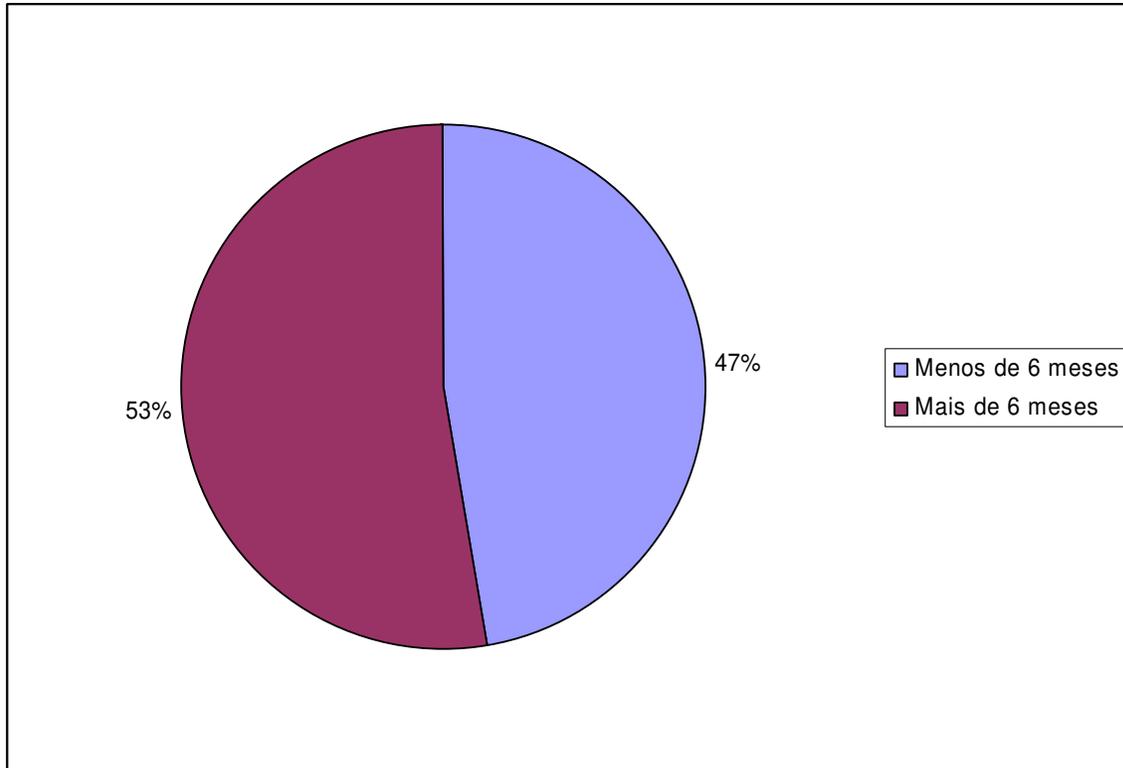


Gráfico VIII- Distribuição da amostra pela idade das crianças quando da primeira manifestação patológica, no total de casos válidos

5.2 – Distribuição da experiência de cárie (EC)

A experiência de cárie variou de zero a dezesseis dentes dentro a população avaliada. Das 158 crianças, 14 não tiveram nenhuma experiência de cárie (Gráfico IX), enquanto o maior número de crianças teve entre 3 e 8 dentes envolvidos. A média da experiência de cárie foi de 6,4 dentes (Tabela XXXVIII).

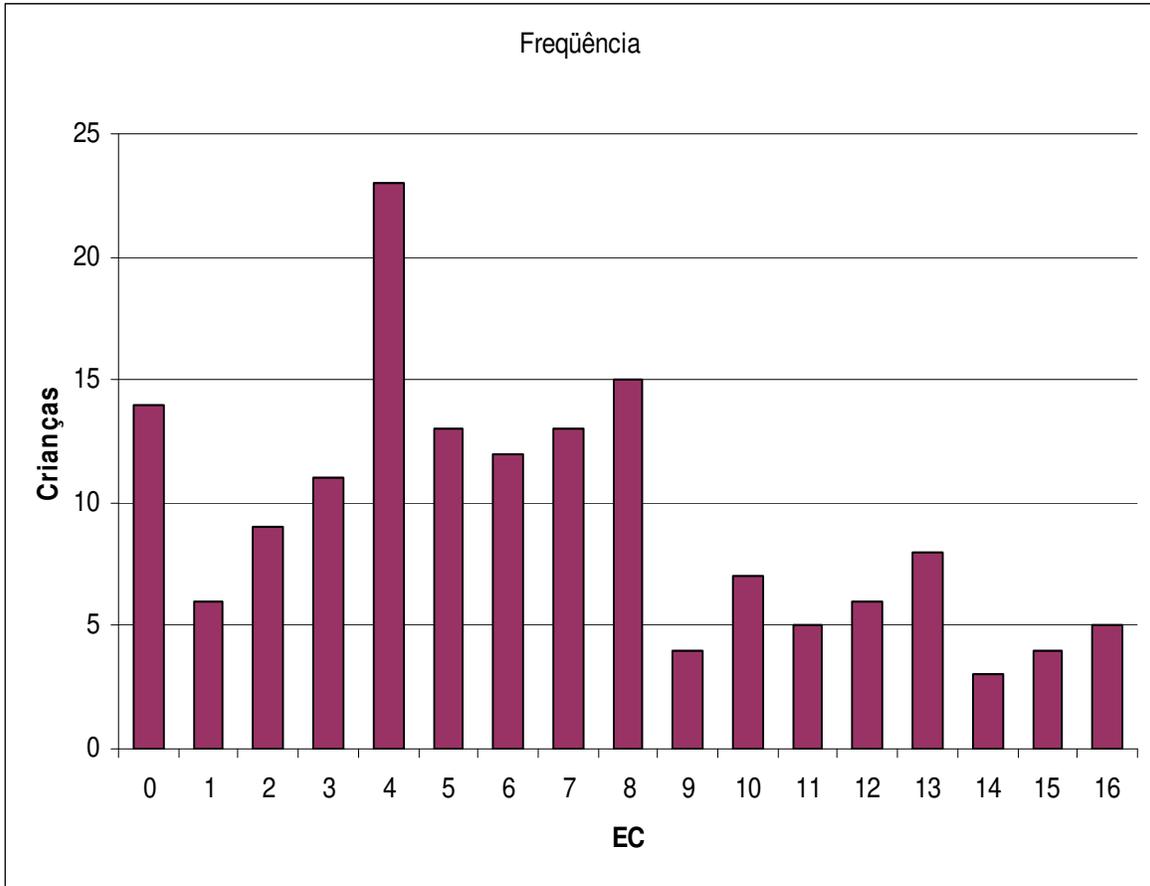


Gráfico IX- Distribuição dos pacientes por experiência de cárie (EC)

Tabela XXXVIII- Distribuição da população por experiência de cárie (EC)

EC	Frequência	Percentual
0	14	8,9
1	6	3,8
2	9	5,7
3	11	7,0
4	23	14,6
5	13	8,2
6	12	7,6
7	13	8,2
8	15	9,5
9	4	2,5
10	7	4,4
11	5	3,2
12	6	3,8
13	8	5,1
14	3	1,9
15	4	2,5
16	5	3,2
Total	158	100,0
Média	6,4	

Dentre as 14 crianças do estudo que não tiveram nenhuma experiência de cárie, uma tinha 12 anos de idade, as demais tinham 8 anos ou menos (Tabela XXXIX).

Tabela XXXIX- Distribuição da idade dos pacientes e experiência de cárie (EC)

EC	Idade do paciente											Total	Média de idade por EC
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
0	1	2	1	1	1	4	3				1	14	6,2
1			1			2	1		2			6	7,7
2			1		5			1		1	1	9	7,3
3		1	2	2	1	2	1	2				11	6,1
4		1	1	1	6	4	5		4	1		23	7,3
5			2	2	4	3	1		1			13	6,2
6	1		1	2	1	1	2		3		1	12	7,3
7			3	2	1	5	1	1				13	6,2
8		1			6	5	3					15	6,5
9				1		2			1			4	7,3
10			1	1		1	1	1		1	1	7	8,0
11					2			1			2	5	9,0
12	1		2	1			1			1		6	5,7
13				1	3	2	1	1				8	6,8
14					1	2						3	6,7
15				2				1	1			4	7,3
16		1	1	2		1						5	4,8
Total	3	6	16	18	31	34	20	8	12	4	6	158	6,8

A média e a mediana da experiência de cárie nas 78 crianças que tomavam refrigerantes 3 vezes ou mais por semana foram iguais a 7. Para as 75 crianças que tomavam refrigerantes, no máximo, 2 vezes por semana a mediana foi igual a 6 e a média igual a 5 (Tabela XL).

Tabela XL- Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo o número de vezes que as crianças tomavam refrigerantes por semana

Consumo de refrigerantes por semana	Mediana da EC	Média da EC	Frequência
Até 2 vezes	6	5	75
3 vezes ou mais	7	7	78
Total			153

A média e a mediana da experiência de cárie nas crianças que tiveram a primeira manifestação patológica com menos de 6 meses de idade foram iguais a 7. Para as crianças que manifestaram a primeira patologia com 6 meses ou mais, a mediana foi igual a 6 e a média igual a 5 (Tabela XLI).

Tabela XLI- Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo a idade em que as crianças tiveram a 1ª manifestação patológica

Idade da 1ª manifestação patológica	Mediana da EC	Média da EC	Frequência
Menos de 6 meses	7	7	66
6 meses ou mais	6	5	74
Total			140

A média e a mediana da experiência de cárie nas 50 crianças cuja mãe tomou medicamentos durante a gravidez foram iguais a 7. Nas 103 crianças filhas de mães que não fizeram uso de medicamentos durante a gravidez, a mediana foi igual a 6 e a média igual a 5 (Tabela XLII).

Tabela XLII- Média e mediana da experiência de cárie (EC) nas crianças segundo a ingestão de medicamentos pela mãe durante a gravidez

Mãe tomou medicamento durante a gravidez	Mediana da EC	Média da EC	Frequência
Não	6	5	103
Sim	7	7	50
Total			153

A média e a mediana da experiência de cárie nas 115 crianças que tinham os dentes escovados 3 ou mais vezes ao dia, foram iguais a 5 e 6, respectivamente. Nas 40 crianças em que a higiene oral era feita até 2 vezes por dia, a mediana foi igual a 7 e a média igual a 6 (Tabela XLIII).

Tabela XLIII- Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo o número de vezes ao dia em que realizavam a higiene oral

Higiene oral	Mediana da EC	Média da EC	Frequência
Até 2 vezes	7	6	40
3 vezes ou mais	6	5	115
Total			155

5.3– Resultados estatisticamente significativos

5.3.1– Experiência de cárie e época de início da higiene oral

A experiência de cárie foi significativamente maior nas crianças que iniciaram mais tardiamente a higiene oral (Gráfico X).

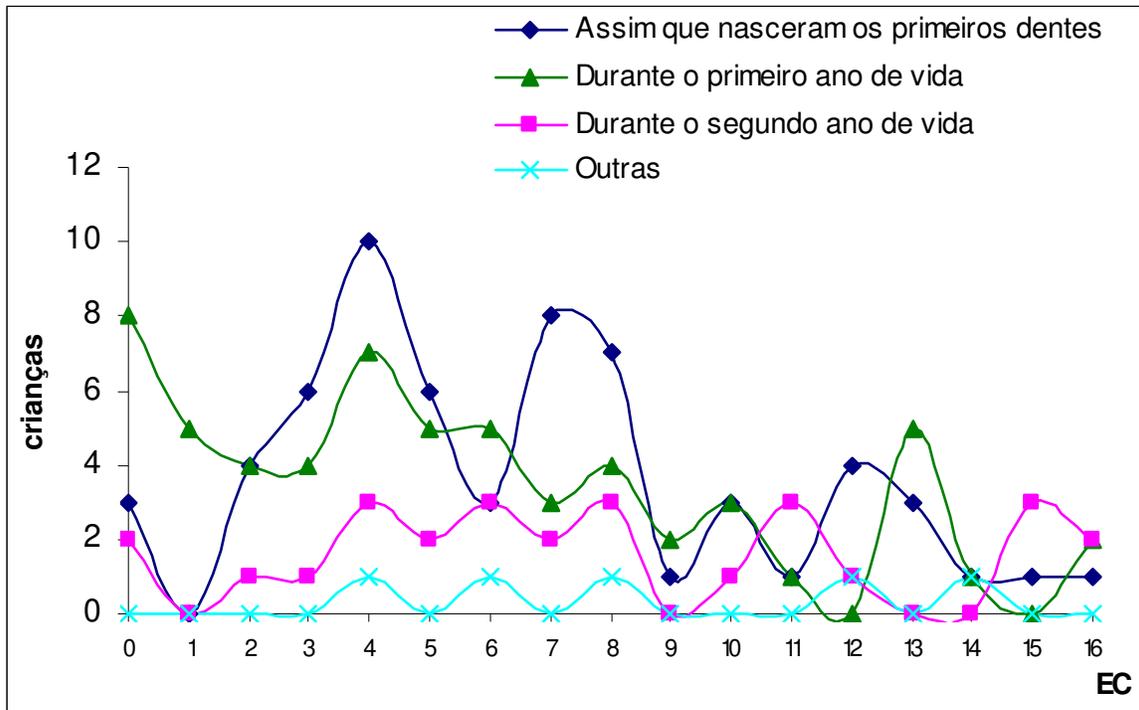


Gráfico X- Experiência de cárie (EC) segundo a época de início da higiene oral

Começar a higiene oral durante o primeiro ano de vida resultou em uma menor experiência de cárie, comparado às crianças que iniciaram a higiene oral durante, ou após, o segundo ano de vida (Gráfico XI).

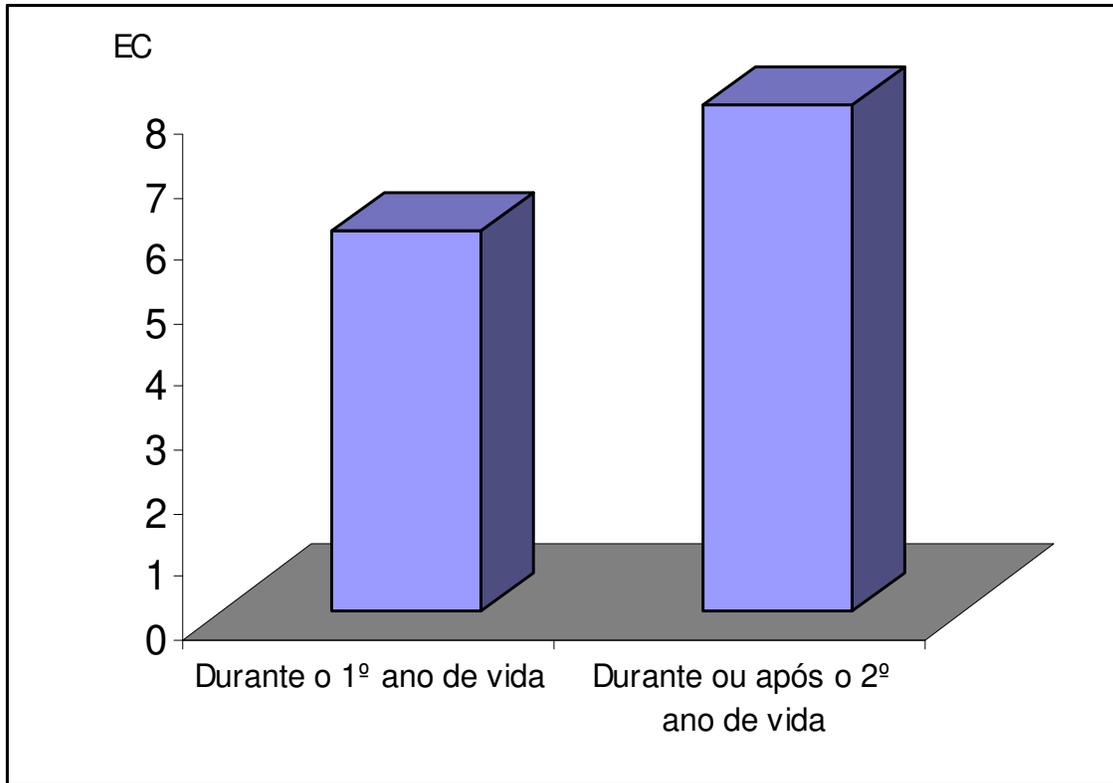


Gráfico XI- Média da experiência de cárie (EC) segundo a época de início da higiene oral

A média e a mediana da experiência de cárie nas crianças que iniciaram a higiene oral a partir do segundo ano de vida foram iguais a 8. Nas crianças que começaram a higiene oral durante o primeiro ano de vida, a mediana foi igual a 5 e a média igual a 6 (Tabela XLIV).

Tabela XLIV- Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo a época do início da higiene oral

Início da higiene oral	Média	Mediana
Durante o 1º ano de vida	6	5
A partir do 2º ano de vida	8	8

O resultado do teste estatístico de *Kruskal-Wallis* demonstrou diferença significativa na menor experiência de cárie para as crianças que iniciaram a higiene oral durante o primeiro ano de vida (Tabela XLV).

Tabela XLV- Resultado do teste de *Kruskal-Wallis* demonstra que o início da higiene oral durante o 1º ano de vida determinou uma menor experiência de cárie

Experiência de cárie e	P
Início da higiene oral	0,028

5.3.2 – Experiência de cárie e duração do aleitamento materno

A média do número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) foi significativamente menor nas crianças que receberam aleitamento materno exclusivo por 6 meses, comparada às que o aleitamento materno exclusivo teve menor duração (Gráfico XII).

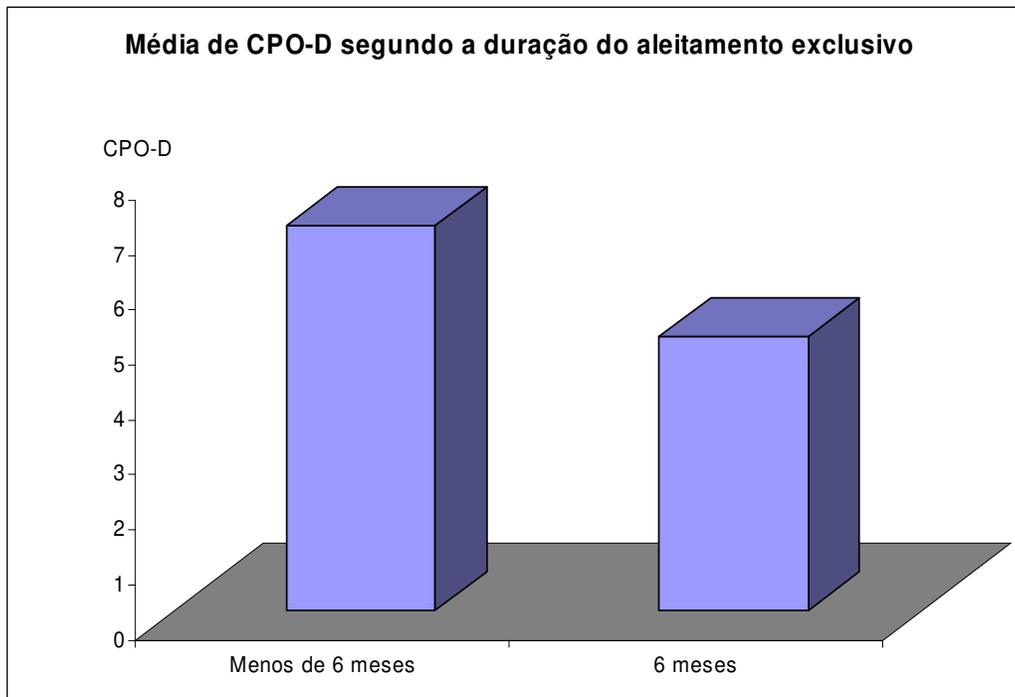


Gráfico XII- Média de CPO-D segundo a duração do aleitamento exclusivo

A média e a mediana do número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), para as crianças que receberam aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida foram iguais a 5. Para as crianças que tiveram a duração do aleitamento materno exclusivo menor que 6 meses, a mediana do CPO-D foi igual a 8 e a média igual a 7 (Tabela XLVI).

Tabela XLVI- Média e mediana do CPO-D segundo a duração do aleitamento exclusivo

Duração do aleitamento exclusivo	Média	Mediana
Menos de 6 meses	7	8
6 meses	5	5

O resultado do teste de *Kruskal-Wallis* demonstrou que a média das crianças que mamaram no peito por mais de 6 meses tiveram menor experiência de cárie que a média daquelas que interromperam o aleitamento materno antes dos 6 meses de idade (Tabela XLVII).

Tabela XLVII- O resultado do teste de *Kruskal-Wallis* para a experiência de cárie da média das crianças relacionada à duração do aleitamento materno, revelou menor experiência de cárie para as crianças que mamaram no peito por mais de 6 meses.

Experiência de cárie e	P
Idade da última mamada no peito	0,037

A média e a mediana da experiência de cárie nas crianças que mamaram no peito por mais de 6 meses foram iguais a 5 e 4, respectivamente. Nas crianças que mamaram no peito por menos de 6 meses, a média da experiência de cárie foi igual a 7 e a mediana foi igual a 6 (Tabela XLVIII).

Tabela XLVIII- Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo a idade da criança quando da última mamada no peito

Idade na última mamada no peito	Média	Mediana
Menos de 6 meses	7	6
Mais de 6 meses	5	4

Houve significância estatística segundo o teste de *Kruskal-Wallis* ($p < 0,05$) para um menor número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) nas crianças que receberam aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, comparadas às que o aleitamento materno exclusivo foi oferecido por menor período (Tabela XLIX).

Tabela XLIX- Teste de *Kruskal-Wallis* aponta resultado estatisticamente significativo no menor índice CPO-D em crianças que receberam aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade

CPO-D e	P
Aleitamento materno exclusivo	0,032

A maioria das mães (61,7%) das crianças de casos caracterizados como CPO-D, que mamaram exclusivamente no peito tinham mais de 8 anos de escolaridade. Sendo que as crianças de 65,7% delas mamaram exclusivamente no peito por menos de 6 meses e 56%, por 6 meses. Dentre os 38,3% das mães que tinham menos de 8 anos de escolaridade, 34,3% de suas crianças mamaram exclusivamente no peito por menos de 6 meses e 44% por 6 meses (Tabela L).

Tabela L- Escolaridade materna segundo o tempo de amamentação exclusiva para os casos caracterizados como CPO-D

Escolaridade Materna	Mamou no peito exclusivamente		
	Menos de 6 meses	6 meses	Total
Menos de 8 anos	34,3	44,0	38,3
Mais de 8 anos	65,7	56,0	61,7
Total	100,0	100,0	100,0

A duração do aleitamento materno exclusivo não apresentou associação com a escolaridade materna, segundo o teste exato de *Fisher* (Tabela LI).

Tabela LI- Resultado do teste exato de *Fisher* revelando que não existe associação entre escolaridade materna e tempo de amamentação exclusiva

Escolaridade materna e	P
Aleitamento materno exclusivo	0,591

Com relação aos pais das crianças, dos casos caracterizados como CPO-D, que mamaram exclusivamente no peito, 58% tinham mais de 8 anos de escolaridade; sendo que os filhos de 55,6% deles mamaram exclusivamente no peito por menos de 6 meses e 60,9%, por 6 meses. Dentre os 42% dos pais que tinham menos de 8 anos de escolaridade, 44,4% de suas crianças mamaram exclusivamente no peito por menos de 6 meses e 39,1% por 6 meses (Tabela LII).

Tabela LII- Escolaridade paterna segundo o tempo de amamentação exclusiva para os casos caracterizados como CPO-D

Escolaridade Paterna	Mamou no peito exclusivamente*		
	Menos de 6 meses	6 meses	Total
Menos de 8 anos	44,4	39,1	42,0
Mais de 8 anos	55,6	60,9	58,0
Total	100,0	100,0	100,0

* Percentual calculado na população que recebeu amamentação exclusiva

Assim como com relação à escolaridade materna, a duração do aleitamento materno exclusivo, também não apresentou associação com a escolaridade paterna, segundo o teste exato de *Fisher* (Tabela LIII).

Tabela LIII- Resultado do teste exato de *Fisher* demonstrando que não existe associação entre escolaridade paterna e tempo de amamentação exclusiva

Escolaridade paterna e	P
Aleitamento materno exclusivo	0,778

5.3.3 – Experiência de cárie e escolaridade materna e paterna

A média da experiência de cárie foi menor nas crianças filhas de pais e mães com tempo de escolaridade igual ou superior a 8 anos (Gráfico XIII).

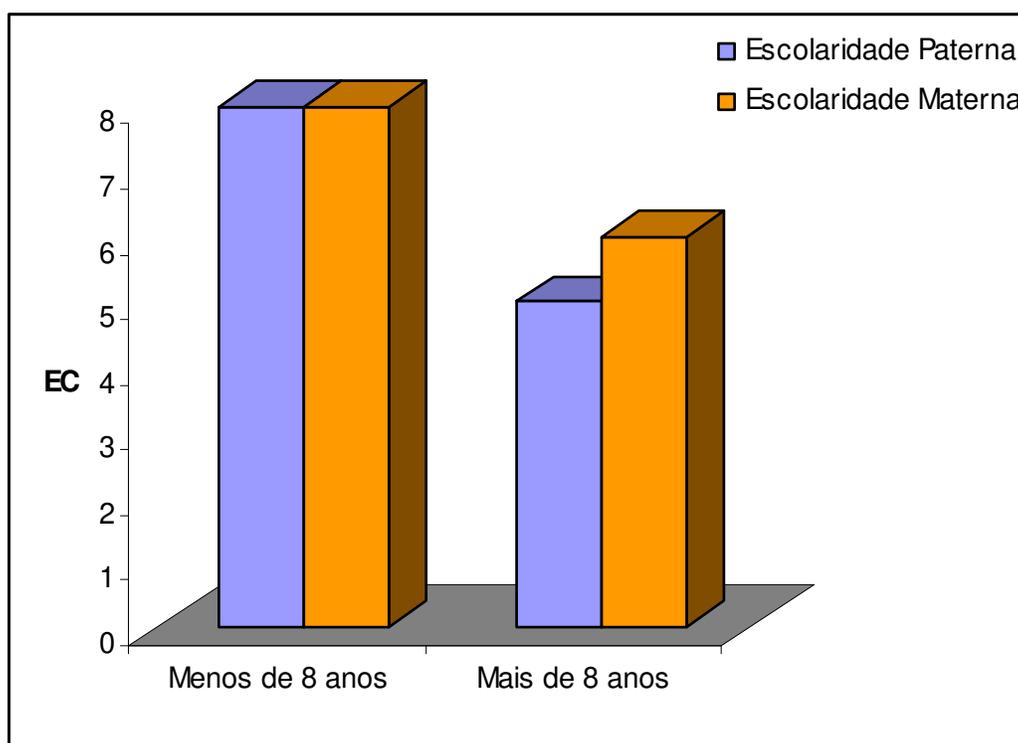


Gráfico XIII- Média da experiência de cárie segundo a escolaridade materna e paterna

Os testes estatísticos demonstraram que o maior nível de escolaridade, tanto a materna, como a paterna, determinaram uma menor experiência de cárie em suas crianças (Tabela LIV).

Tabela LIV- Resultados do teste de *Kruskal-Wallis* demonstram que o maior nível de escolaridade dos pais determinou uma menor experiência de cárie

Cárie dentária e	P
Escolaridade materna	0,02
Escolaridade paterna	0,01

A média e a mediana da experiência de cárie das crianças filhas de pais com menos de 8 anos de escolaridade foram iguais a 8. Nas crianças cujos pais tinham 8 anos ou mais de escolaridade, a mediana da experiência de cárie foi igual a 4 e a média igual a 4 (Tabela LV).

Tabela LV- Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo a escolaridade paterna

Escolaridade paterna	Média	Mediana
Menos de 8 anos	8	8
Mais de 8 anos	5	4

A média e a mediana da experiência de cárie das crianças filhas de mães com menos de 8 anos de escolaridade foram iguais a 8. Nas crianças cujas mães tinham 8 anos ou mais de escolaridade, a mediana da experiência de cárie foi igual a 5 e a média igual a 6 (Tabela LVI).

Tabela LVI- Média e mediana da experiência de cárie (EC) segundo a escolaridade materna

Escolaridade materna	Média	Mediana
Menos de 8 anos	8	8
Mais de 8 anos	6	5

A escolaridade materna igual ou superior a 8 anos determinou uma menor experiência de cárie nas crianças (Gráfico XIV).

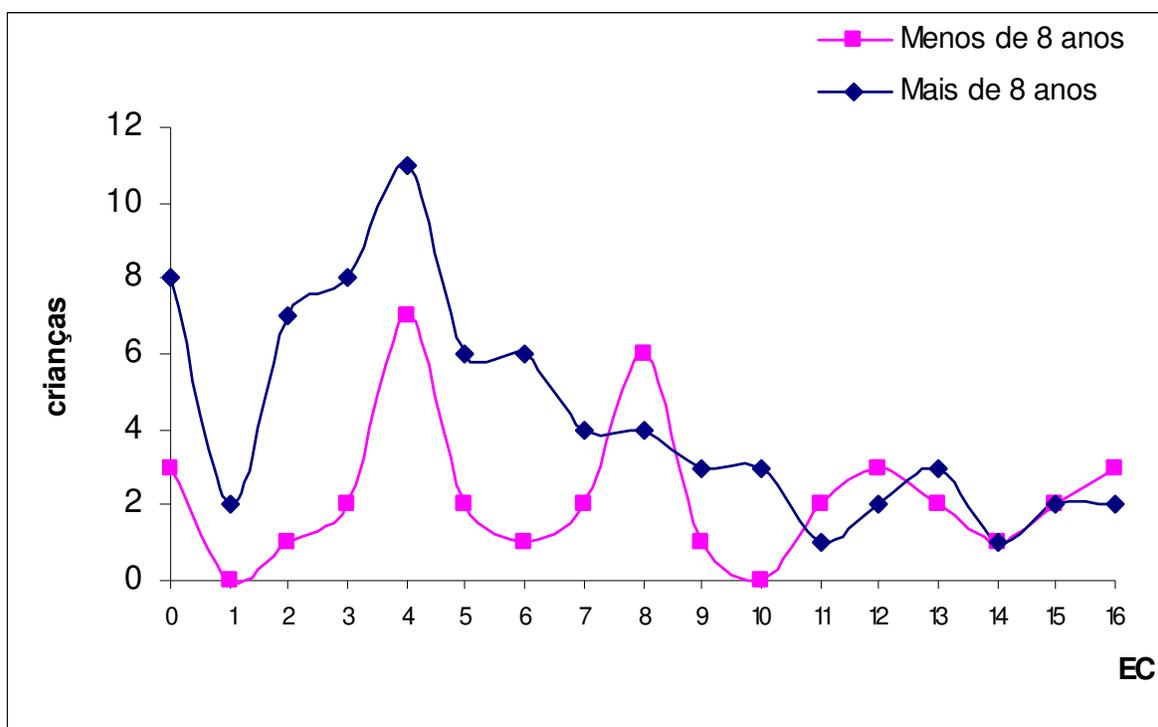


Gráfico XIV- Experiência de cárie segundo a escolaridade materna

A exemplo do constatado com relação a escolaridade materna, a escolaridade paterna igual ou superior a 8 anos, também determinou uma menor experiência de cárie nas crianças (Gráfico XV).

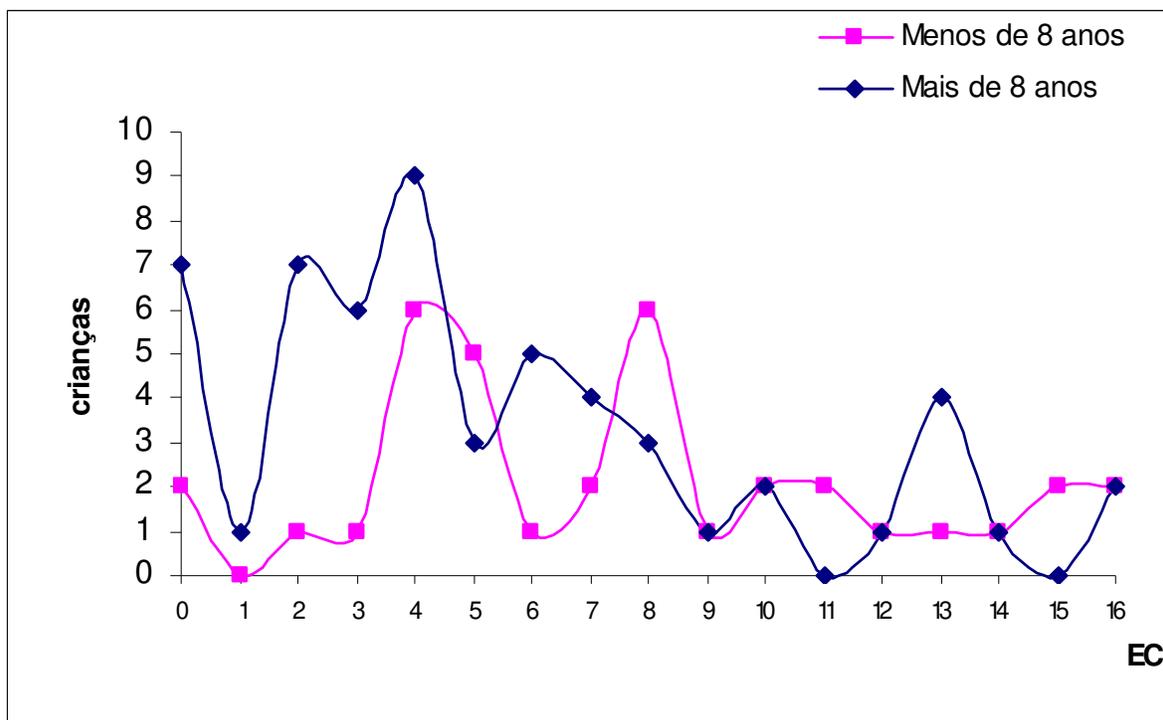


Gráfico XV- Experiência de cárie segundo a escolaridade paterna



6- DISCUSSÃO

6.1 – Considerações gerais

A saúde de um indivíduo pode ser definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Assim, pode-se entender que a saúde depende, em essência e fundamentalmente, da qualidade de vida.

O bem-estar de um indivíduo está intimamente relacionado às suas condições, incluindo relacionamento pessoal, sociofamiliar, hábitos, e desempenho profissional. A saúde oral é de fundamental importância, não apenas como um fator local, mas no contexto de saúde geral. Não se pode considerar um paciente saudável, sem uma análise do indivíduo como um todo.

A cavidade oral está sujeita a manifestação de inúmeras patologias, tanto de origem local, como sistêmica, que mantém relação com fatores alimentares, hereditários, infecciosos, psicossomáticos, entre outros – incluindo a presença de hábitos deletérios (Corrêa, 2006).

Devemos salientar também que o adequado crescimento e desenvolvimento da criança, desde o nascimento até a idade adulta, no tocante a saúde oral, tem importância fundamental para o equilíbrio das estruturas, as ósseas e dentárias, bem como as musculares (Zuanon *et al.*, 1999). As funções de mastigação e oclusão são imperativas para uma vida saudável e estão sujeitas aos mais diversos fatores, inclusive alguns relacionados ao período de vida intra-uterina (Guedes-Pinto, 2006).

O correto crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático apresenta grande importância na obtenção e manutenção de uma estética favorável aceita dentro dos padrões desejados e que permita ao indivíduo se inserir na sociedade, de uma forma plena, independentemente de sua faixa etária, possibilitando que ele se enquadre nos conceitos de possuidor de uma boa qualidade de vida, de bem-estar físico, psicológico e social, ou seja, no conceito de saúde.

Não se pode deixar de considerar a percepção que um indivíduo possui de sua aparência, mesmo que seja ainda uma criança, e suas conseqüências ao entrosamento familiar, escolar ou profissional e social do indivíduo. Esse fator tem influência direta em seu comportamento.

A presença de todos os dentes na boca e em boas condições é fundamental, tanto para a função, mastigação, oclusão e possui influência na fonação do indivíduo, como para a estética. Todos os fatores aos quais o indivíduo venha a ser submetido, que o exponha a condições desfavoráveis de saúde oral, serão prejudiciais ao conceito de saúde geral e à sua inclusão social. Desta forma, a prevenção e, quando necessário, o tratamento, tanto da cárie, como da inflamação gengival, passa a ser de suma importância no contexto de saúde e justifica ser objeto da atenção dos pesquisadores, educadores, profissionais da área da saúde e organismos governamentais e não-governamentais.

No mundo moderno, um indivíduo, desde a fertilização ao nascimento, está sujeito às ações dos profissionais de diversas áreas, em especial os profissionais da área médica, com o objetivo de proporcionar as melhores condições para seu crescimento e desenvolvimento. Podemos exemplificar a preocupação dos médicos, desde o clínico geral, passando pelo ginecologista e pelo obstetra, até chegar ao pediatra, que cercam a mãe e a criança de todos os cuidados durante a gravidez, ou mesmo antes, para permitir a geração de um indivíduo saudável, física e psicologicamente, o que é benéfico a toda a sociedade.

Estes cuidados e atenção, também devem existir por parte de todos os outros profissionais da área da saúde e, no cerne da temática deste estudo, estão os cirurgiões-dentistas.

A atuação dos cirurgiões-dentistas, além de ser específica no trato da saúde oral desde o irrompimento dos primeiros dentes, é também fundamental na orientação dos pais, com referência aos cuidados que eles devem ter, mesmo antes do surgimento do primeiro dente em seus filhos, para proporcionar à criança as melhores condições para que possa chegar à idade adulta com uma boa situação de saúde oral.

Com vistas à saúde integral dos pacientes, na plenitude do exercício de suas responsabilidades, os profissionais da saúde devem atuar de forma conjunta e harmoniosa para melhor atingir seus objetivos. Quanto mais íntima e freqüente for a relação existente entre médico, cirurgião-dentista e paciente, mais próximos estarão todos de atingir a plenitude dos seus objetivos.

A partir do nascimento, um dos primeiros atos que deve ser praticado para assegurar a saúde do recém-nascido é o aleitamento materno. Considerado como alimento completo e suficiente para a criança até os seis meses de idade (OMS, 1989; Brasil, 2002), o leite materno ainda assegura outros benefícios à criança, que vão desde a proteção imunológica, passando pela transmissão de afeto, especialmente quando adquirido no peito, chegando ao estímulo do desenvolvimento cognitivo da criança (Daniels e Aldair, 2005).

É notório que inúmeros benefícios à criança advêm do aleitamento materno, sobretudo com a amamentação no peito, e que boa parte desses benefícios perduram refletindo na qualidade de vida até mesmo do adulto (Policy Statement, 2005).

A amamentação estimula o crescimento e desenvolvimento do esqueleto facial, com grande influência, tanto nos tecidos duros quanto nos moles (Souza *et al.*, 2004). A criança amamentada no peito, além do leite materno, recebe os estímulos necessários para o equilíbrio das estruturas ósseas e musculares, fato que proporciona a evolução adequada para o estabelecimento da futura dentição, em condições de plena saúde (Corrêa, 2006).

De forma unânime e consagrada, a literatura científica mundial destaca a relação existente entre a amamentação e os hábitos orais. É sabido que quando a mãe amamenta seu filho, em acordo com as recomendações feitas pela OMS, diminui de forma acentuada a possibilidade da criança desenvolver hábitos orais deletérios, que possam comprometer as diversas estruturas, inclusive o crescimento e o desenvolvimento de ossos e músculos (Bezerra *et al.*, 2005; Souza *et al.*, 2004; Trawitzki *et al.*, 2005), ou então, promover desgastes nas estruturas mineralizadas dos dentes e, assim, causar sérios danos à saúde (Corrêa, 2006; Guedes-Pinto, 2006).

Dentre os principais hábitos orais deletérios estão o uso de chupetas, a sucção digital, a onicofagia e a mordedura de objetos (Zuanon *et al.*, 1999; Souza *et al.*, 2004). Todos esses hábitos, que podem afetar o crescimento ósseo e o posicionamento dos dentes ou o desgaste da estrutura dentária, são menos freqüentes nas crianças que são amamentadas no peito (Bezerra *et al.*, 2005; Trawitzki *et al.*, 2005).

A respiração bucal cria um desequilíbrio de forças nas cavidades faciais que afeta o crescimento ósseo, levando ao mau posicionamento dos dentes, o que proporciona a má-oclusão e favorece o aparecimento da cárie, tanto pelo posicionamento incorreto dos dentes, que facilita o acúmulo de detritos e dificulta a higiene, como pelo ressecamento da boca. O aleitamento materno também diminui a possibilidade da criança adquirir o hábito de respirar pela boca (Corrêa, 2006).

A amamentação, além de permitir o adequado crescimento, desenvolvimento e o equilíbrio das estruturas duras e moles da região maxilar, da mandíbula e de toda a face, também educa a musculatura, inclusive da língua e lábios, de forma a induzi-las ao correto posicionamento (Corrêa, 2006). Caso contrário, o mau posicionamento da língua, por exemplo, seja para a deglutição ou durante a fala, cria uma pressão inadequada nas estruturas dentárias, favorecendo a instalação de uma oclusão inadequada.

Outros importantíssimos objetos de preocupação são a cárie dentária e a inflamação gengival. Sempre que há a confluência de determinados fatores, podemos estar vulneráveis ao aparecimento da cárie e dos fenômenos que agredem a gengiva (Nunn, 2006).

A ação dos microorganismos presentes na boca, mesmo daqueles que integram a microflora considerada normal, sobre os resíduos alimentares que permanecem na cavidade oral por tempo suficiente, leva a produção de ácidos, como produto do metabolismo bacteriano, que agredem a superfície mineralizada da estrutura dentária, levando à sua corrosão e ao surgimento de cavidades, denominadas cárie dentária, que podem evoluir criando a necessidade do tratamento dos canais radiculares ou mesmo proporcionando uma situação de destruição do órgão dentário que indique a sua remoção (Helderman; Soe; Rof, 2006; Sant'Anna, 2001). O mesmo fenômeno, também agride a

gingiva causando inflamação e, nos casos mais graves, pode evoluir às periodontites, que são enfermidades que envolvem tanto a gengiva como o osso alveolar, de conseqüências mais sérias, pois podem causar, inclusive, perdas consideráveis de tecido ósseo e, por conseqüência, também dos dentes, até mesmo de dentes sadios.

Para haver cárie e/ou doença gengival e periodontal, é preciso existir um hospedeiro, no caso, os dentes da criança, um substrato, que normalmente são os restos alimentares, microorganismos, que são responsáveis pela formação dos ácidos, e, por último, o fator tempo.

O aleitamento materno é certamente, para a criança, um alimento mais saudável e menos cariogênico do que os usualmente empregados no aleitamento artificial (Helderman; Soe; Rof, 2006; Sant'Anna, 2001), em especial pelo péssimo costume de adoçar o leite quando do uso de mamadeiras. Isso, combinado às deficiências da higiene da boca e, em alguns casos ao hábito de se oferecer mamadeiras, com açúcar, durante a noite, e ainda permitir que a criança durma enquanto mama, ou até mesmo que ela mame enquanto dorme, cria uma situação absolutamente propícia ao aparecimento da cárie dentária.

Assim sendo, estimular a amamentação, além de todas as outras vantagens e benefícios, também parece ser uma forma saudável de manter a saúde oral, por evitar, ao menos de forma indireta, a formação da cárie dentária.

Partindo desse pré-suposto, o incentivo ao aleitamento materno, também deve ser feito pelo cirurgião-dentista, que, agindo assim, acrescenta um importante aliado na busca por índices que venham a demonstrar um panorama de melhor saúde oral.

Da mesma forma, os médicos pediatras e todos os organismos governamentais e não governamentais que elaboram e executam programas de orientação e incentivo ao aleitamento materno, com o objetivo de elevar os índices de forma a atingir as metas estabelecidas pela OMS para o aleitamento materno, passam a ter mais um forte argumento para convencer e motivar as mães para amamentarem seus filhos de forma exclusiva no peito até os 6 meses de idade e continuar com este ato, incorporado aos alimentos da família, até que a criança atinja cerca de 2 anos de idade (WHO, 2001; Policy Statement, 2005).

Nos dias de hoje, apesar de todas as ações empenhadas para reduzir a ocorrência da cárie dentária, ela ainda se apresenta em muitas populações com números indesejadamente elevados (Antunes *et al.*, 2006; Bönecker, 1999; Narvai *et al.*, 2006). O aleitamento materno, também, apesar de todas as suas vantagens e de todo o trabalho que vem sendo desempenhado há anos para estimulá-lo, em vários locais ainda continua sendo praticado de forma não ideal (Anderson, *et al.*, 2006; Martins, 2001; Oliveira *et al.*, 2005; Taveras *et al.*, 2004).

Na missão inerente a todos os profissionais da saúde, como médicos e cirurgiões-dentistas, está à busca de melhores condições de saúde e qualidade de vida para a população. Para que isso seja possível, é necessário que haja a colaboração da população. Sem essa colaboração, ficam sem efeito todas as ações praticadas, e sem futuro, os objetivos dos profissionais da saúde. Por isso, para que todas as ações praticadas com o objetivo de oferecer melhores condições de saúde à população tenham pleno sucesso, é imperativo que exista a colaboração dessa população, ou de nossos pacientes.

Qualquer expectativa de colaboração tem maior oportunidade de êxito nos casos em que o paciente está motivado. Para motivar alguém é necessário informar, esclarecer, orientar; oferecer condições de comparação, de formação de juízo e valores, de escolha. Assim sendo, as ações de promoção de saúde, em qualquer área, encontrarão melhores oportunidades de sucesso nas populações mais informadas e esclarecidas (Aidam, 2005; Taveras *et al.*, 2004); talvez, então, naquelas com maiores níveis de estudo ou escolaridade, como demonstrou o estudo realizado por Kummer em 2000. Os números obtidos nesse estudo estão em acordo com esse raciocínio.

Porém, muitas vezes, não se vê uma relação direta entre a necessidade e a oportunidade. Nessa realidade, a frequência, a insistência e a persistência de ações que visem a informar, esclarecer, criar e incentivar hábitos saudáveis, tornam-se ainda mais necessárias e importantes, e, todos os esforços que puderem ser somados nesse sentido, vêm ao encontro de uma das mais marcantes características inerentes à formação de todos os profissionais da saúde: proporcionar uma melhor qualidade de vida aos seus pacientes e à população.

Sendo assim, todas as pesquisas cujos resultados possam reforçar os argumentos a serem levados à população e melhorar os índices de sucesso das campanhas e programas que certamente ainda virão são, seguramente, bastante úteis.

A apresentação à classe odontológica de qualquer relação entre o aleitamento materno e a futura ocorrência de cáries, pode levar estes profissionais a um grau de esclarecimento maior e torná-los aliados ainda mais motivados, dos demais profissionais da área médica, nesta luta por uma maior conscientização e melhor saúde da população em geral.

Este estudo procurou algumas evidências do relacionamento entre a cárie dentária e o aleitamento materno. Para a busca de elementos que pudessem ser analisados estatisticamente de forma a verificar se haviam resultados cientificamente significativos, foi feita a associação da experiência de cárie, ou seja, por meio de um exame intra-oral verificou-se a quantidade de dentes que haviam sido, em alguma oportunidade, expostos a carie dentária, independentemente destes já terem sido submetidos a tratamento ou não e as informações fornecidas pela mãe ou responsável pela criança, que foram anotadas em questionário.

A população analisada por este estudo foi composta por 158 crianças, de ambos os gêneros, sendo 91 do sexo masculino e 67 do sexo feminino (Tabela I). Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre o gênero e a experiência de cárie.

Os 158 pacientes analisados tinham entre 2 e 12 anos de idade (Gráfico I), sendo que 75,3% da amostra, ou seja, 119 pacientes tinham entre 4 e 8 anos de idade; apenas 3 pacientes (1,9%) tinham 2 anos de idade, 6 pacientes (3,8%) tinham 3 anos de idade e, no outro extremo sob o ponto de vista etário, 6 pacientes (3,8%) tinham 12 anos de idade e 4 pacientes (2,5%) tinham 11 anos de idade. Completando esses dados, 20 pacientes (12,7%) tinham 9 e 10 anos de idade, 5,1% e 7,6%, respectivamente. Assim, a média da idade no universo desta pesquisa foi de 6,8 anos (Tabela II).

Cerca de 1/3 das crianças eram filhos de mães que apresentavam índices de escolaridade correspondentes a menos de 8 anos de estudo, os outros 2/3 possuem mães com nível de escolaridade superior a 8 anos (Tabela III). Com relação a escolaridade dos pais o resultado se repete, pois, cerca de 61% dos pais tinham acima de 8 anos de estudo, contra 39% que haviam estudado por menor período (Tabela IV).

O número de nascimentos por meio de cesarianas foi discretamente maior que os de parto normal (Tabela V) e, pouco menos de 9% das crianças nasceram de partos prematuros (Tabela VI).

O índice das mães que realizaram mais de 6 consultas médicas durante a fase pré-natal foi de 70,9% (Tabela VII). E, apenas 2,5% das mães não realizaram nenhuma consulta no pré-natal.

Quase 1/3 das mães, equivalente a 31,6%, fizeram uso de algum medicamento durante a gravidez (Tabela VIII).

Analisando os números referentes ao aleitamento materno, verifica-se que 89,2% das crianças foram amamentadas no peito por algum período (Tabela IX), por tanto, 10,8% da amostra deixou, desde o momento do nascimento, de seguir as orientações da OMS (WHO, 2003) que recomenda o aleitamento materno como a melhor fonte de alimentação para o recém-nascido.

Quase 69% das crianças que mamaram no peito o fizeram pela primeira vez no mesmo dia do nascimento e cerca de 25% mamaram pela primeira vez em algum momento durante a primeira semana de vida (Tabela X). E, durante o período em que eram amamentadas exclusivamente no peito, mais de 90% das crianças acordavam durante a noite para mamar (Tabela XI).

A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo para todas as crianças até que completem 6 meses de idade (WHO, 2003). Para atingir esse objetivo, diversas ações como programas e campanhas de incentivo são realizados em diversos países do mundo (Taveras *et al.*, 2004; Vaughan, 2006). Apesar disso, embora os índices de aleitamento materno estejam melhorando com o passar do tempo, ainda continuam abaixo do ideal em diversas cidades e países (Martins Filho, 2001; Oliveira *et al.* 2005; Rea, 2003).

Conforme mencionado anteriormente, do total da população desse estudo, quase 90% das crianças mamaram no peito (Tabela IX), porém, 51,1% delas deixaram o aleitamento materno exclusivo antes de completar os 6 meses de idade (Tabela XII). Apesar de não atingir a recomendação da OMS, esse índice pode ser considerado elevado quando comparado com a realidade de outras populações (Labbok *et al.*, 2006; Oliveira *et al.*, 2005).

Praticamente a metade (49,6%) das crianças nesse estudo apresentaram o hábito de adormecer, à noite, enquanto mamavam e outras 34,8% dormiam logo após mamar (Tabela XIII).

Durante o período em que mamavam no peito, cerca de 20% das crianças dormiam a noite toda, quase 74% do total da população que mamou no peito, acordavam durante a noite para mamar (Tabela XIV) e pouco mais de 4% acordavam durante a noite, mas não mamavam.

A maioria das crianças que acordavam a noite para mamar (Tabela XV), mamavam por 2 (34,6%) ou 3 (26,9%) vezes durante a noite, pouco mais de 11% delas acordavam e mamavam apenas uma vez por noite.

Infelizmente, 17,6% das crianças que mamavam no peito, deixaram o peito com menos de 1 mês de idade (Tabela XVI). Outros 18,7% deixaram o peito com idades entre 1 e 3 meses. Apenas 18,5% da população que mamou no peito continuou mamando após completar 1 ano de idade. Vale recordar que a OMS (Brasil, 2002; WHO, 2003) recomenda que as crianças, especialmente em países subdesenvolvidos, continuem sendo amamentadas até atingirem 2 anos de idade.

O número de crianças dentre a população total desse estudo que fez uso de mamadeira (Tabela XVII) foi elevado, foram 110 crianças, ou seja, quase 70% do total da amostra. E, 15,5% (Tabela XVIII) começaram a utilizar a mamadeira ainda recém-nascidos, com menos de 7 dias de vida; outros 10% começaram a mamar na mamadeira com entre 7 e 30 dias de vida. Nessa evolução, quase 70% das 110 crianças que utilizaram mamadeira começaram antes dos 6 meses de idade (Gráfico II). A duração do período pelo

qual as crianças fizeram uso da mamadeira foi superior a 2 anos para 62,8% do total (Tabela XIX), outros quase 30% utilizaram a mamadeira por um período de tempo compreendido entre 1 e 2 anos.

Como consequência desse ritmo, cerca de 100 crianças (Tabela XX) ou 94% dentre as 110 que utilizaram a mamadeira, tiveram a última mamada no peito quando tinham mais de 1 ano de idade (Gráfico III).

Quase 2/3 das crianças que utilizaram a mamadeira pararam de se amamentar no peito da mãe assim que começaram a utilizar a mamadeira (Tabela XXI), apenas cerca de 30% continuaram a mamar no peito por mais algum período.

Cerca de 20% das crianças dormiam enquanto mamavam na mamadeira e 51,3% dormiam logo após mamar (Tabela XXII). Porém, quase 40% das crianças que utilizaram mamadeiras, acordavam durante a noite para mamar (Tabela XXIII) e 78% delas utilizavam mamadeiras com adição de açúcar (Gráfico IV).

Dentre aqueles que mamaram no peito e na mamadeira juntos por algum período, 51,5% mamaram das duas maneiras por menos de 1 mês (Tabela XXIV) e 22,8% mamaram no peito e na mamadeira juntos por mais de 3 meses. Sendo que 54,4%, (Tabela XXV) durante o período em que mamaram no peito e na mamadeira juntos, realizavam a maioria das mamadas na mamadeira. E, 32% das crianças que mamaram das duas formas, mamavam na mamadeira durante a noite (Tabela XXVI).

Durante o período em que mamavam das duas formas, quase 50% das crianças, à noite, mamavam e dormiam em seguida (Tabela XXVII), sendo que aproximadamente 1/4 do total das crianças que mamaram no peito e na mamadeira juntos, dormiam mamando. O número de crianças que acordava durante a noite para mamar (Tabela XXVIII) e voltava a dormir foi discretamente menor que o das crianças que dormiam a noite toda, durante esse período.

A higiene oral das crianças começou a ser feita assim que nasceram os primeiros dentes em quase 40% da população (Tabela XXIX) e mais de 17% das crianças somente começaram a receber higiene oral após os 2 anos de idade. Por outro lado, computando-se todas as formas de higiene oral, quase 80% das crianças iniciaram a limpeza da boca durante o 1º ano de vida (Gráfico V).

A higiene oral era realizada pela escova de dentes em cerca de 70% dos casos (Tabela XXX), outros quase 20% tiveram a higiene oral iniciada por meio da realização de massagem em suas gengivas.

Na população analisada, 30,9% das crianças já eram responsáveis pela própria higiene oral mesmo antes de completarem 3 anos de idade (Tabela XXXI), outros quase 15% começaram a escovar os dentes sozinhos apenas quando já haviam completado mais de 5 anos de idade.

Mais de 1/4 das crianças (25,3%) realizavam a escovação dos dentes apenas 1 ou 2 vezes ao dia (Tabela XXXII). A grande maioria, cerca de 74%, efetuavam a higiene oral 3 vezes ou mais por dia (Gráfico VI). Porém, quase 30% das crianças tinham sua higiene oral feita em menos de 1 minuto (Tabela XXXIII), enquanto aqueles que investiam mais de 3 minutos para realizar a higiene oral totalizavam pouco mais de 10%.

Ao se analisar outro hábito das crianças, verifica-se que 71,2% delas (Tabela XXXIV) costumam consumir doces, inclusive balas e chicletes entre as refeições enquanto que o percentual de crianças que não possuem o hábito de ingerir doces entre as refeições é de cerca de 29% (Gráfico VII).

Praticamente a metade das crianças que bebem refrigerantes o faz até 2 vezes por semana, enquanto que a outra metade possui como hábito tomar refrigerantes 3 vezes ou mais por semana (Tabela XXXV).

Mais de 90% das residências da população do estudo é servida por água de abastecimento público, encanada e tratada (Tabela XXXVI), 1,2% apesar de possuírem poço utilizam de forma predominante a água proveniente do abastecimento público e pouco menos de 4% não têm água encanada e, portanto, consomem água oriunda exclusivamente de poços.

A primeira manifestação patológica ocorreu em cerca de 10% das crianças antes mesmo delas completarem 1 mês de vida (Tabela XXXVII) e para quase 25% das crianças, a primeira manifestação patológica somente ocorreu entre os 2 e 3 anos de idade. Na população do estudo, a primeira manifestação patológica ocorreu para 47% das crianças antes delas completarem 6 meses de idade (Gráfico VIII).

Menos de 10% da população desse estudo, não teve nenhuma cárie. Foram apenas 14 crianças (8,9%), em um total de 158, que ficaram livres da experiência de cárie (Tabela XXXVIII). As maiores quantidades de crianças, em relação à experiência de cárie foram: 23 crianças com 4 dentes acometidos, 15 crianças com 8 dentes afetados, 13 crianças com 5 e 13 crianças com 7 dentes cariados, perdidos ou obturados (Gráfico IX).

A média da experiência de cárie nesse estudo foi de 6,4 dentes por criança (Tabela XXXVIII). Ao compararmos esse índice de cárie dentária com os estabelecidos pela OMS como meta para o ano 2000 (OMS, 1989; WHO, 2003), que foram: 50% das crianças com 5 anos de idade livres de cárie, e, valor do índice CPO-D menor ou igual a 3 aos 12 anos de idade, verifica-se claramente que a população estudada está muito distante das metas estabelecidas.

Dentre as 14 crianças, 8,9%, que não apresentaram nenhuma experiência de cárie, 1 delas tinha 2 anos de idade, 2 tinham 3 anos de idade, 1 estava com 4 anos de idade, 1 possuía cinco anos, 1 tinha 6 anos de idade, 4 estavam com 7 anos de idade, 3 estavam com 8 anos e 1 tinha 12 anos de idade (Tabela XXXIX). A meta estabelecida pela OMS para o ano 2000 (OMS, 1989; WHO, 2003), de que 50 % das crianças cheguem aos 5 anos de idade sem nenhuma cárie, está bem longe de ser atingida nesta população, pois, apenas 5 crianças com até 5 anos de idade, não tiveram nenhuma cárie, ou seja, somente 11,6% estavam livre de cárie e, este percentual foi atingido considerando as crianças, sem experiência de cárie com menos de 5 anos de idade, num total de 4 crianças.

Ainda considerando as metas da OMS para o ano 2000 (OMS, 1989; WHO, 2003), as crianças deveriam chegar aos 12 anos de idade com experiência de cárie em até 3 dentes. Na população deste estudo, das 158 crianças com até 12 anos, 107 crianças, 67,8%, apresentaram experiência de cárie superior a 3 (Tabela XXXIX).

A população atendida nos consultórios da APCD, na quase totalidade encontra-se em um nível sócio-econômico e, por vezes, cultural, baixo. Esta afirmação pode ser feita com base nas características que norteiam a busca e o atendimento dos pacientes naquela entidade que, em sua sede central, é possuidora dos certificados de Utilidade Pública Federal e Filantropia, o que lhe assegura uma série de benefícios fiscais, mas também lhe impõe o rigor, com as devidas fiscalizações por parte do Governo Federal, que asseguram a necessidade de um atendimento gratuito destinado à pacientes carentes.

Pela expressão dos números, podemos entender que uma mudança de conduta com foco a reduzir esses números deve ser implantada imediatamente, possivelmente baseada em campanhas de orientação e esclarecimento.

Esse estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a experiência de cárie e o tipo de parto, o número de consultas médicas realizada no período de pré-natal e se o parto foi prematuro ou não.

Apesar das médias e medianas da experiência de cárie terem sido numericamente mais elevadas nos casos em que as crianças bebiam refrigerantes mais vezes ao dia (Tabela XL), a análise estatística demonstrou que, neste estudo, o número de vezes em que as crianças tomavam refrigerantes ao dia, não representou fator de relevância para a instalação da cárie dentária.

Também sem ter apresentado diferença estatisticamente significativa, observamos que a experiência de cárie obteve média e mediana mais elevada nas crianças que tiveram sua primeira manifestação patológica antes dos 6 meses de idade (Tabela XLI) e naquelas em que as mães fizeram uso de medicamentos durante a gravidez (Tabela XLII).

O mesmo fenômeno ocorreu na relação entre as crianças que escovavam os dentes até duas vezes ao dia e àquelas que escovavam mais de três vezes ao dia (Tabela XLIII).

6.2 – Época de início da higiene oral

Entre as crianças que tiveram o início da higiene oral realizado durante o primeiro ano de vida, independentemente da forma de higiene praticada, seja com o emprego de escova dental, ou o uso de frauda, dedeira, gaze, etc, a experiência de cárie foi menor (Gráfico X), que naquelas em que a higiene oral só teve início a partir do segundo ano de vida (Gráfico XI). A média da experiência de cárie para aquelas crianças que iniciaram a higiene oral no primeiro ano de vida foi de 6 e a mediana foi 5, já para as crianças que iniciaram a higiene oral a partir do segundo ano de vida, a média e a mediana foram iguais a 8 (Tabela XLIV).

A época do início da higiene oral foi determinante para a maior ou menor experiência de cárie, com significância estatística ($p=0,028$) determinada pelo teste de *Kruskal-Wallis* (Tabela XLV).

Ao se analisar os números da experiência de cárie na população desse estudo e considerar o resultado estatisticamente significativo para a época do início da higiene oral, pode-se ver que a importância da introdução de hábitos saudáveis na rotina de vida das crianças, desde cedo, fica também entendida nesta questão da higiene oral.

Dessa forma, quanto mais atenção for dada à higiene oral dos recém-nascidos, tanto por parte dos médicos pediatras, como pelos cirurgiões-dentistas, maior oportunidade de esclarecimento e motivação estará sendo oferecida à mãe e à criança, e, servindo de estímulo para a criação, desde cedo, de um hábito saudável que terá reflexos positivos na qualidade de vida desta criança, mesmo quando ela chegar à idade adulta.

Por isso, as recomendações existem para que as mães façam, desde cedo e mesmo antes do nascimento dos primeiros dentes, a higiene oral da criança por meio do uso de, por exemplo, dedeiras ou fraudas, sobre a região do rebordo alveolar (Corrêa, 2006; Guedes-Pinto, 2006). Esse ato, além de remover excessos de substâncias que possam ficar depositadas ali, promovendo efetivamente uma higiene oral, desenvolve e estabelece hábitos saudáveis desde tenra idade.

A partir do irrompimento dos primeiros dentes, obviamente o cuidado com a higiene deve ser ainda maior, porém, se o hábito de limpeza já estiver incorporado à rotina da criança e de seus responsáveis, poderá ser executado com mais naturalidade e facilidade, pela maior cooperação da criança, o que poderá trazer resultados melhores em virtude do aumento da eficiência no processo de higiene.

Do contrário, a recusa em colaborar que pode acontecer com maior probabilidade com as crianças que não estejam acostumadas e adaptadas à rotina de higiene oral, pode comprometer a eficiência de sua execução, trazendo prejuízos à saúde oral e aumentando os índices de experiência de cárie.

Também parece correto, que a quantidade de dentes cariados seja maior em crianças que tiveram o início da higiene oral realizado em época mais tardia, mesmo porque, nesses casos os dentes tiveram a oportunidade de contato com os restos alimentares por mais tempo e, assim, maior oportunidade de sofrer a corrosão pelos ácidos produzidos pelos microorganismos residentes na cavidade oral (Sant'Anna, 2001).

Acreditamos ser importante frisar que uma das melhores armas ou recursos que estão à disposição dos profissionais de saúde é a informação. Por meio da somatória de esforços entre os profissionais da área da saúde e as evidências científicas não deixando dúvidas com relação à conduta mais apropriada, a informação deve ser utilizada de maneira maciça e constante como forma de instruir e educar a população na criação e na consolidação de hábitos mais saudáveis. Para tal, os profissionais devem fazer uso de todas as oportunidades de contato com os pacientes, para informar e esclarecer os aspectos de maior relevância, assim como, devem também convencer e estimular os governos a promoverem de forma isolada ou em conjunto com as entidades não governamentais, campanhas e programas de prevenção, que incluam o estímulo à higiene oral como hábito a ser praticado desde cedo.

6.3 – Duração do aleitamento materno

A OMS preconiza o aleitamento exclusivo por até seis meses de idade (OMS, 1989; WHO, 2003), por diversas razões, todas elas associadas às melhores condições de crescimento e desenvolvimento. São inúmeras as publicações que justificam e reforçam essa recomendação (Kummer *et al.*, 2000; Brasil, 2002; Daniels e Aldair, 2005; Morrow *et al.*, 2005; Policy Statement, 2005), incluindo os benefícios ao desenvolvimento psicológico e considerando até mesmo as questões cognitivas.

Este estudo constatou uma associação entre o maior tempo de amamentação e a menor experiência de cárie.

Essa relação pôde ser verificada tanto ao se comparar o índice CPO-D dos pacientes que mamaram exclusivamente no peito, como recomenda a OMS (OMS, 1989; WHO, 2003), por até 6 meses de idade, com aqueles que interromperam o aleitamento exclusivo antes desse período (Gráfico XII), como com relação ao índice de cárie das crianças que mamaram no peito por mais de 6 meses, comparadas àquelas que tiveram o aleitamento interrompido nos primeiros 6 meses de idade (Tabela XLVI).

Conforme relatado anteriormente, a prevalência do aleitamento exclusivo até os 6 meses de idade obtida nesse estudo foi de 48,9% (Tabela XII). Quando comparamos esse índice com alguns números apresentados na literatura (Aidam, Escamilla e Lartey, 2005; Mancini e Melendez, 2004; Taveras *et al.*, 2004; Rea, 2003), verificamos que, apesar de estarmos com menos da metade das crianças, mamando exclusivamente no peito pelo período recomendado pela OMS e OPAS, encontramos números ainda melhores que os apresentados por Oliveira *et al.* (2005), nos quais a prevalência do aleitamento materno exclusivo havia passado de 3,6% em 1986, para 35,6% em 1999 entre os bebês com até quatro meses de idade.

Segundo dados divulgados durante a 10^a Semana Mundial de Amamentação, realizada em São Paulo, S.P., com o apoio da UNICEF, no mês de outubro de 2001, apenas 11% das mães ofereciam o leite materno como fonte exclusiva de alimentação para a criança até que ela completasse 4 ou 6 meses de idade.

Os índices obtidos neste estudo demonstraram que 48,9% das crianças (Tabela XII) mamaram exclusivamente no peito até os seis meses de idade. Embora nossos números sejam melhores, neste aspecto, que os relatados por Oliveira *et al.* (2005), cujo percentual era de 35,6% em 1999 e também alguns números apontem para uma melhora, de maneira geral, nos índices associados à amamentação, exclusiva, mista e complementada, comparados ao passado (Bönecker, 1999; Kummer *et al.*, 2000; Martins Filho, 2001; Rea, 2003; WHO, 2003), verificamos em nossa pesquisa que apesar de 89,2% das crianças terem sido amamentadas ao peito por algum período (Tabela 9), 51,1% delas, deixaram de utilizar o peito antes de completarem 6 meses de idade (Tabela XII).

No universo desta pesquisa, 10,8% das crianças (Tabela IX), ao contrário do que preconiza a OMS (OMS, 1989; WHO, 2003), nunca foram amamentadas no peito e, dentre as que o são, mais da metade deixam o peito antes de completarem o período de aleitamento materno exclusivo, ou seja, antes mesmo de atingirem 25% do tempo sugerido como ideal pela OMS para duração da amamentação, que é de dois anos para países como o Brasil.

Pôde-se constatar que o resultado desse estudo também apresentou significância estatística ($p=0,037$) para o período total de aleitamento (misto e complementado) e a experiência de cárie (Tabela XLVII). Quando dividimos a população deste estudo em dois grupos, um com as crianças que, após a fase de aleitamento exclusivo, continuaram mamando no peito e outro com as crianças que mamaram no peito por até seis meses de idade e comparamos os números encontrados da experiência de cárie dos dois grupos, vemos que as crianças que mamaram por mais de 6 meses, apresentaram média 5 e mediana 4, enquanto que as crianças que mamaram apenas até, no máximo, os 6 meses de idade, tiveram média 7 e mediana 6, para os valores da experiência de cárie (Tabela XLVIII).

Conforme relatado, das crianças que compõem o total do universo desse estudo 69,6% (Tabela XVII), equivalente a 110 crianças, fizeram uso da mamadeira em algum período e destas, um total de 69%, ou seja, 75 crianças começaram utilizar a mamadeira antes dos 6 meses de idade (Gráfico II), sendo que 64,5% delas pararam de mamar no peito assim que começaram a utilizar a mamadeira (Tabela XXI).

A mamadeira foi introduzida durante o primeiro mês após o nascimento para aproximadamente 25,5% das crianças da amostra de nosso estudo, sendo que 15,5% utilizaram a mamadeira já na primeira semana de vida (Tabela XVIII). Comprometendo ainda mais esse cenário, 39,7% das crianças que utilizaram mamadeira, acordavam durante a noite para mamar (Tabela XXIII) e, 78 % das crianças que utilizavam mamadeira, faziam uso do açúcar (Gráfico IV). Nessas condições, a possibilidade de ocorrência de cárie dentária fica extremamente favorecida (Corrêa, 2005 e 2006; Guedes-Pinto, 2006).

Ao analisar o índice CPO-D, verificamos que as crianças que mamaram no peito de forma exclusiva por um período inferior aos 6 meses de idade apresentaram um índice CPO-D com média 7 e mediana 8 (Tabela XLVI). Para os que se enquadram dentro da recomendação da OMS e mamaram exclusivamente no peito por até 6 meses de idade (Brasil, 2002; OMS, 1989; OPAS, 2002; WHO, 2003), o índice CPO-D apresentou média e mediana iguais a 5, assegurando uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,032$) quanto às médias de CPO entre os dois grupos (Tabela XLIX).

Nesse estudo, assim como os índices de cárie dentária estão abaixo das metas estabelecidas pela OMS para o ano 2000, o tempo de aleitamento materno permanece distante das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que são: aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses, quando então se inicia a complementação alimentar pelos alimentos da família, mantendo o aleitamento até os dois anos ou mais (Brasil, 2002; OPAS, 2002; WHO, 2003).

Assim, podemos crer que embora possamos estar diante de um fenômeno de evolução, baseado na melhora dos índices que refletem a realidade sobre os números do aleitamento nas populações analisadas, porém, muito ainda deve ser feito para que seja possível atingir as metas estabelecidas e que já não foram alcançadas nos prazos previamente estabelecidos para este fim.

Mesmo sabendo das questões contrárias à prática do aleitamento materno conforme os parâmetros preconizados (Moreira, Chaves e Nóbrega, 2004), tais como as pressões exercidas pelo mundo moderno, tomando com exemplo a necessidade de retorno da mãe ao trabalho em um período de tempo insuficiente para proporcionar as melhores condições de criação da criança, entre outros fatores, merece uma análise mais profunda o fato de que um hábito tão benéfico à saúde e importante para a sociedade, como o aleitamento materno, que já foi objeto de tantos estudos que resultaram na comprovação científica de forma universal e irrefutável de suas vantagens, e ainda que esses benefícios tenham sido fundamentos sólidos e incontestáveis para a realização de inúmeras campanhas e programas de incentivo ao aleitamento materno, como as diversas ações promovidas e/ou apoiadas por entidades governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais,

pela sociedade civil e por órgãos de classe de setores médicos, apesar das evidentes melhoras nos índices, ainda não seja tão praticado como deveria e os resultados das pesquisas atuais não sejam tão satisfatórios quanto o desejado.

Porém, essa realidade serve como exemplo de que ainda mais ações devem ser implantadas e executadas com maior frequência e menor periodicidade para que a sociedade possa colher, em um futuro breve e de forma mais ampla, os benefícios que a ciência já conhece tão bem.

6.4 – Escolaridade materna e paterna

A literatura mundial destaca de forma incisiva a importância da informação e da motivação no estímulo à amamentação (Aidam *et al.*, 2005; Martins Filho, 2001; Oliveira, 2005; Policy Statement, 2005; Rea, 2003; Susin *et al.*, 2000; Taveras *et al.*, 2004; WHO, 2003). Fatores sócio-culturais e econômicos podem ter grande influência nos índices de cárie dentária, conforme ficou evidente no estudo realizado por Peres, Bastos e Latorres (2000) que constatou uma oportunidade de cárie 4,18 vezes maior em crianças de menor renda familiar.

O levantamento epidemiológico da cárie dentária no Brasil realizado entre os anos 2002 e 2003, em cerca de 250 municípios brasileiros pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004), por meio da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, apresentou evidentes diferenças na situação de saúde oral, inquestionavelmente atreladas às questões sócio-demográficas, culturais e geográficas que caracterizam a população em nosso país.

Conclusões semelhantes, que apontam um benefício às condições de saúde oral em populações mais privilegiadas, sob a ótica de alguns indicadores sociais, econômicos e culturais, também foram relatadas por Antunes *et al.* (2006) ao analisarem a influência das diferenças étnicas, sociais e geográficas na prevalência da cárie dentária em crianças com 12 anos de idade.

As regiões do Brasil com melhores indicadores sociais, apresentaram um perfil de saúde oral mais favorável. Esta conclusão foi obtida por Antunes, Peres e Mello (2006), ao determinarem a experiência de cárie em crianças com 5 anos de idade. Os autores também concluíram que a prevalência da cárie não tratada está suscetível às desigualdades sócio-demográficas e geográficas.

Ao realizarem uma análise da evolução da experiência de cárie dentária em escolares brasileiros no período compreendido entre 1980 e 2003, para determinar a distribuição da cárie e o acesso dessa população ao tratamento da doença, Narvai *et al.* (2006), verificaram que aproximadamente 20% da população passaram a concentrar cerca de 60% do total de cárie do país. A distribuição da cárie é desigual e se concentra numa proporção menor de indivíduos. Os autores salientam que a redução das disparidades sócio-econômicas e a necessidade de medidas de saúde pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis permanecem como um desafio para todos os que formulam e implantam as políticas públicas no Brasil.

Os números que proporcionaram os percentuais demonstrados na Tabela L mostram que a maioria das mães das crianças desse estudo (61,7%), apresentou nível de escolaridade maior que oito anos, porém, após análise estatística verificou-se que não houve associação, entre a escolaridade materna e o tempo de amamentação exclusiva (Tabela LI). Exatamente a mesma situação ocorreu com relação à escolaridade paterna, que teve índice percentual de 58% para aqueles que estudaram 8 anos ou mais (Tabela LII) e o tempo de aleitamento materno exclusivo (Tabela LIII).

Esse estudo demonstrou índices de experiência de cárie maiores em crianças com pais de mais baixa escolaridade (Gráfico XIII). Houve significância estatística na média dos índices de experiência de cárie do total da população do estudo (Tabela LIV), tanto em relação à escolaridade materna ($p=0,02$), quanto à escolaridade paterna ($p=0,01$).

A média e a mediana da experiência de cárie para aqueles filhos de pais com menos de 8 anos de estudo foi igual a 8, enquanto que os mesmos índices em relação aos filhos de pais com mais de 8 anos de estudo foram de 5 e 4, respectivamente (Tabela LV).

O resultado foi semelhante com relação à escolaridade materna (Tabela LVI); tanto a média, como a mediana foram iguais a 8, para os filhos de mães com até 8 anos de estudo, enquanto nos filhos de mães com mais de 8 anos de estudo, a média foi de 6 e a mediana ficou em 5.

Partindo do pressuposto de que àqueles que possuem melhor nível de informação, conhecimento e cultura apresentam melhores condições para nortear suas ações de forma a prevenir a ocorrência de diversas patologias (Peres, Bastos e Latorre, 2000; Policy Statement, 2005), em geral, seus índices de cárie devem ser menores. Verificamos que os índices alcançados neste estudo estão de acordo com essa tendência (Gráficos XIV e XV).

Embora Silveira e Lamounier tenham publicado um artigo em 2006, no qual, baseados em dados retrospectivos, os autores concluíram que o risco de interrupção precoce do aleitamento materno é maior quando a criança usa chupetas, quando há maior escolaridade paterna e nas situações em que o pai não reside com a criança. O item que apresenta a maior escolaridade paterna como fator associado ao maior risco de interrupção precoce do aleitamento materno, difere do resultado deste estudo, em que as maiores escolaridades, tanto a materna como a paterna, puderam ser associadas aos menores índices de experiência de cárie.

Os resultados deste estudo foram semelhantes aos de Kummer *et al.* (2000), no qual os autores compararam duas coortes de crianças nascidas em épocas diferentes quanto às prevalências do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida, bem como as taxas de interrupção precoce da amamentação e concluíram que a prevalência do aleitamento materno exclusivo, foi superior na população de 1994, comparada a de 1987, assim como, o aleitamento materno exclusivo foi superior no grupo de crianças cujas mães tinham maior escolaridade. Kummer *et al.* (2000) associaram o índice de cárie ao número de consultas pré-natais, em nosso estudo, esta comparação não resultou em diferença estatisticamente significativa. Em conformidade com a grande maioria dos autores, eles também recomendam o incentivo ao aleitamento materno, afirmando que é justificado todo o planejamento e os investimentos na promoção da amamentação, especialmente direcionados às famílias menos privilegiadas.

Martins Filho, em 2001, já destacava que apesar dos esforços realizados, com benefícios tão evidentes à sociedade, o tempo médio de amamentação ao peito em muitas cidades ainda é baixo e que muito ainda precisa ser feito para superar os obstáculos restantes, inclusive sócio-econômicos, que prejudicam o hábito da amamentação ao seio. O autor finaliza sua publicação realçando que é preciso continuar lutando e mantendo constantemente informados, apoiados e ajudados todos os interessados nesta luta. Diz ainda, que a interrupção dessas discussões, pesquisas, publicações e incentivos, possibilitaria a regressão dos avanços até hoje obtidos. Nossos números demonstram que apesar de alguns avanços, as necessidades ainda permanecem as mesmas.

6.5 – Considerações finais

São muitos os trabalhos que comprovam a melhora dos índices associada à realização de programas de esclarecimento e incentivo ao aleitamento materno, bem como de campanhas de prevenção à cárie dentária.

Martins Filho (2001) ao resumir, em seu capítulo no livro do pediatra e professor José Dias Rego, os fatores que envolveram o início das campanhas em prol do aleitamento materno no Brasil na década de 70 relatou as inúmeras dificuldades advindas, inclusive, da falta de conhecimento científico sobre os benefícios do aleitamento materno e do leite materno por parte, não apenas da população em geral, mas, até mesmo, de todos os profissionais que compõem as equipes dos profissionais da saúde, que aos primeiros sinais de dificuldades, imediatamente recomendavam o uso da mamadeira e destaca a considerável influência da chegada ao Brasil do leite industrializado e das campanhas publicitárias maciças que induziam a sua utilização.

O mesmo autor relata com substância a importância da criação do Comitê Nacional de Estímulo ao Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria entre os anos de 1976 e 1977, do qual foi o primeiro presidente, como precursor de inúmeras campanhas e outros programas que resultaram na criação, em 1982, do Programa Nacional de Aleitamento Materno e na mudança das leis inclusive da própria Constituição Federal,

em 1988, para garantir direitos às mães e aos recém-nascidos. Em 2001, Martins Filho comentava que apesar de uma luta tão intensa e com benefícios tão evidentes à sociedade, o tempo médio de amamentação ao peito, em muitas cidades ainda era baixo e que muito ainda precisava ser feito para superar os obstáculos restantes, inclusive sócio-econômicos, que prejudicam o hábito da amamentação ao seio e preconizava a continuação da luta para manter o trabalho de informação, incentivo e apoio ao aleitamento materno.

Um outro aspecto importante lembrado por Martins Filho (2001) é que a interrupção destas discussões, pesquisas, publicações e incentivos possibilitaria a regressão das vitórias até hoje obtidas.

Este pensamento foi reforçado pelas diretrizes da 10^a Semana Mundial de Amamentação, realizada no início de outubro de 2001 com o apoio da UNICEF, que divulgou que, apesar de 96% das mulheres amamentarem seus filhos durante algum tempo, apenas 11% delas usam o leite materno como fonte exclusiva de alimentação da criança até os 4 ou 6 meses de idade. Em virtude destes dados e com ampla análise das variáveis sobre o tema a intenção deve ser a de empenhar esforços para acabar com os mitos que ainda existem.

Um processo semelhante tem ocorrido com relação à cárie dentária. Os indicadores mostravam índices muito elevados, que vêm sendo reduzidos por conseqüência da somatória de diversas ações e campanhas com esse fim, a serem exemplificadas pela fluoretação das águas utilizadas para o abastecimento público em inúmeras cidades do país, uma vitória importantíssima e bastante eficiente na tentativa de se obter a redução nos índices de cárie, que só se tornou possível graças a sensibilização dos poderes públicos obtida por meio de ações organizadas dos profissionais de saúde, em especial dos cirurgiões-dentistas e da população.

Podemos observar, analisando as experiências vividas e os dados da realidade atual, que ainda é necessária a realização de campanhas de esclarecimento e orientação que auxiliem a conquista de melhores índices, aumentando o tempo de aleitamento materno e diminuindo a experiência de cárie dentária, resultados fundamentais para a saúde integral do indivíduo e sua qualidade de vida.

Os profissionais da saúde, dentre os quais os cirurgiões-dentistas, além dos médicos pediatras, devem exercer papel de relevância nessas ações, especialmente pela natureza de suas formações e pela proximidade no trato com o paciente, tanto com as mães, como com as crianças.

Espera-se que a publicação deste estudo, relacionando aleitamento materno e cárie dentária, possa contribuir, também, para ampliar o interesse dos cirurgiões-dentistas pelo tema amamentação e que isso auxilie a torná-los aliados ainda mais importantes dos demais profissionais da saúde nesta luta por uma maior conscientização e melhor saúde da população em geral.



7- CONCLUSÕES

- 1- Os índices de cárie dentária encontrados na população desse estudo resultaram uma média de 6,4 dentes por paciente.
- 2- A experiência de cárie dentária foi menor nos pacientes que receberam amamentação exclusiva pelo tempo recomendado pela OMS;
- 3- As crianças que foram amamentadas no peito por um período superior a 6 meses tiveram menor experiência de cárie dentária do que as que mamaram no peito por menor tempo.
- 4- Iniciar a higiene oral durante o primeiro ano de vida, proporcionou menor experiência de cárie;
- 5- Houve relação entre uma melhor saúde oral (menor experiência de cárie) e a maior escolaridade, tanto materna como paterna.



8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aidam BA, Escamilla RP, Lartey A. Lactation Counseling Increases Exclusive Breast-Feeding Rates in Ghana. *J. Nutr.* 2005 July;135:1691-5.

Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. *Rev Panam Salud Publica.* 2003;14(1):17-24.

Alvarado BE, Zunzunegui MV, Delisle H, Osorno J. Growth Trajectories Are Influenced by Breast-Feeding and Infant Health in an Afro-Colombian Community. *J. Nutr.* 2005 September;135:2171-8.

Anderson AK, Damio G, Young S, Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. Increased Exclusive Breastfeeding Rates Fall Short of Proposed Healthy People 2010 Goals. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006 March;160(3):323-24.

Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006;11(1):79-87.

Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC, Waldman EA. Multilevel assessment of dental caries experience in Brazil. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2006;34:146-52.

Bezerra PKM, Cavalcanti AL, Bezerra PM, Moura C. Maloclusões, Tipos de Aleitamento e Hábitos Bucais Deletérios em Pré-Escolares – Um Estudo de Associação. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2005 Set/Dez;5(3):267-74.

Biagioli F. Returnig to work while breastfeeding. *Am Fam Physician.* 2003 Dec 1;68(11):2201-08.

Bishara SE, Warren JJ, Broffit B, Levy SM. Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006 Jul;130(1):31-6.

Bönecker MJS. Análise comparativa de estudos epidemiológicos de cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade do município de Diadema, São Paulo, Brasil – 1995 e 1997 [Tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de São Paulo; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96: Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;(4):15-25.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Resultados Principais. Brasília, DF; 2004. 51 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília, DF; 2002. 152 p.

Broadfoot M, Britten J, Tappin DM, MacKenzie JM. The Baby Friendly Hospital Initiative and breast feeding rates in Scotland. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 2005 Dec; 90:114-6.

Byers T, Graham S, Rzepka T, Marshall J. Lactation and breast cancer: Evidence for a negative association in premenopausal women. *Am J Epidemiol.* 1985 May;121(5):664-74.

Carvalho GD. A amamentação sob a visão funcional e clínica da Odontologia. *Rev. Secretários de Saúde.* 1995 Out;10:12-3.

Celi AC, Rich-Edwards JW, Richardson MK, Kleinman KP, Gillman MW. Immigration, race/ethnicity, and social and economic factors as predictors of breastfeeding initiation. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005 Mar; 159(3):255-60.

Corrêa MSNP. *Odontopediatria na Primeira Infância*. São Paulo: Santos; 2006. 697 p.

Corrêa MSNP. *Saúde Bucal do Bebê ao Adolescente: Guia de Orientação*. São Paulo: Santos; 2005. 176 p.

Daniels MC, Adair LS. Breast-Feeding Influences Cognitive Development in Filipino Children. *J. Nutr.* 2005 November;135:.2589-95.

10ª Semana Mundial de Amamentação. Campanha quer aumentar índices de amamentação. O Estado de São Paulo. 2001 Out 03; Caderno A:17.

Gava-Simioni LR, Jacinto SR, Gavião MBD, Rontani RMP. Amamentação e Odontologia. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*. 2001; 4(18):125-31.

Guedes-Pinto AC. *Manual de Odontopediatria*. 11. ed. São Paulo: Santos, 2006. 340 p.

Helderman WHP, Soe W, Hof MA. Risk Factors of Early Childhood Caries in a Southeast Asian Population. *J Dent Res*. 2006;85(1):85-8.

Kools EL, Thijs C, Vries H. The Behavioral Determinants of Breast-Feeding in the Netherlands: Predictors for the Initiation of Breast-Feeding. *Health Educ Behav*. 2005 Dec;32(6):809-24.

Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev. Saúde Pública*. 2000 Abr;34(2):143-8.

Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayras AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2):39-46.

Labbok MH, Wardlaw T, Blanc A, Clark D, Terreri N. Trends in Exclusive Breastfeeding: Findings From the 1990s. *Journal of Human Lactation*. 2006;22(3):272-6.

Leite ICG, Rodrigues CG, Faria AR, Medeiros GV, Pires LA. Associação entre Aleitamento Materno e Hábitos de Sucção Não-Nutritivos. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*. 1999;53(2):151-5.

Mancini PGB, Melendez GV. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *J. Pediatr*. 2004 Maio/Jun;80(3):241-8.

Martins Filho J. *Como e porque amamentar*. 2. ed. São Paulo: Savier; 1987. 220p.

Martins Filho J. *Lidando com crianças, conversando com os pais*. Campinas: Papyrus; 1995. 395p.

Martins Filho J. Filhos, amor e cuidados: reflexões de um pediatra. Campinas: Papyrus; 2000. 103p.

Martins Filho J. Evolução do Aleitamento Materno no Brasil. In: Dias JR. Aleitamento Materno. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001. 518p.

Moreira PVL, Chaves AMB, Nóbrega MSG. Uma Atuação Multidisciplinar Relacionada à Promoção de Saúde Oral Materno-Infantil. *Pesq Bras odontoped Clin Integr.* 2004 Set/Dez;4(3):259-64.

Morrow AL, Palacios GMR, Jiang X, Newburg DS. Human-milk glycans that inhibit pathogen binding protect breast-feeding infants against infectious diarrhea. *J. Nutr.* 2005 May;135:1304-7.

Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev. Panam Salud Publica* 2006;19(6):385-93.

Newburg DS. Innate Immunity and Human Milk. *J. Nutr.* 2005 May;135:1308-12.

Nunn JH. The burden of oral ill health for children. *Arch. Dis. Child.* 2006 Mar;91:251-3.

Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2005 Set/Out; 21(5):1519-30.

Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad. Saúde Pública.* 2005 Nov/Dez;21(6):1626-7.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Amamentação. Washington (DC) 2002. [Acesso 2005 Mai 25] Disponível em: <http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=43>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Alimentação infantil: bases fisiológicas. Genebra: OMS, 1989. 121 p.

Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Relationship between severity of dental caries and social and behavioral factors in children. *Rev. Saúde Pública*. [serial in the Internet]. 2000 Aug [cited 2006 Jun 29];34(4):402-408. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000400014&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0034-89102000000400014.

Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. 541 p.

Policy Statement. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2):496-506.

Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2003 [citado 2006 mai 18];19.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700005&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2003000700005.

Rezende MA, Sigaud CHS, Veríssimo MLR, Chiesa AM, Bertolozzi MR. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2002 Mar/Abr;10(2):234-8.

Sant'Anna GR. *Caderno de Odontopediatria: Cariologia*. São Paulo: Santos, 2001. 97 p.

Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2006 Jan;22(1):69-77.

Souza FRN, Taveira GS, Almeida RVD, Padilha WWN. O Aleitamento Materno e sua Relação com Hábitos Deletérios e Maloclusão Dentária. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2004 Set/Dez;4(3):211-216.

Susin LO, Giugliani ERJ, Kummer SC, Maciel M, Benjamin ACW, Machado DB, et al. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação (Brasil). *Rev. Chil. Pediatr*. 2000 Set;71(5):461-70.

Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*. 2004 Apr;113(4):283-90.

Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2001; 35(5): 409-14.

Trawitzki LVV, Anselmo-Lima WT, Melchior MO, Grechi TH, Valera FCP. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2005 Dez. 71(6):747-51.

Vaughan S. Expressing breast milk at work. *BMJ Career Focus*. 2006 August; 333 (7563):62.

WHO. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: results of a WHO systematic review. World Health Organization, Geneva, 2001. 6 p.

WHO. World Health Organization. Nutrition Data Banks. Global data bank on breastfeeding. Archives. World Health Organization, Geneva; 2003. [Acesso 2005 Mai 25] Disponível em: http://www.who.int/nut/db_bdf.htm.

WHO. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization, Geneva; 2003. 30 p.

Zuanon ACC, Oliveira MF, Giro EMA, Maia JP. Influência da Amamentação Natural e Artificial no Desenvolvimento de Hábitos Bucais. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*. Curitiba, 1999 Nov/Dez. 2(8):303-6.

Baseadas nas normas do *International Committee of Medical Editors* (Vancouver), 2004



9- ANEXOS

Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento livre e esclarecido para pesquisas com seres humanos

Estudo da influência do aleitamento materno na ocorrência da cárie dental em crianças de 5 a 9 anos de idade

Pesquisador responsável: Luciano Artioli Moreira

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____.

RG: _____ Endereço: _____ n° _____

Cidade: _____ CEP: _____ Tel: _____

Nome da mãe ou responsável: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ n° _____

Cidade: _____ Tel: _____

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar se existe relação entre o aleitamento materno e o aparecimento da cárie dental. Para isto, é necessário realizar um exame intrabucal na criança para anotar, em uma ficha, a situação de cada dente: sadio, cariado, tratado ou ausente. A mãe ou responsável deverá responder a um questionário para informar os hábitos relacionados à alimentação da criança, especialmente em seu primeiro ano de vida.

Não será realizado qualquer tratamento, seja de intervenção clínica, cirúrgica ou medicamentosa. Não serão realizados exames complementares.

É garantido o direito de não participar ou deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo, inclusive ao início ou continuidade de quaisquer tratamentos que tenham sido propostos. Assim como é assegurado o direito de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento as dúvidas relacionadas com a pesquisa.

Todas as informações e dados obtidos com esta pesquisa têm caráter confidencial e serão mantidos em sigilo. A identificação do paciente não será exposta nas conclusões ou publicações.

Qualquer despesa do paciente em função da pesquisa será indenizada.

Para qualquer necessidade de contato, o telefone da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP é: (19) 3788.8936 e o do pesquisador responsável é (11) 5581.4715.

Cidade: _____ Data ____/____/____.

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

1ª Via paciente ou responsável

Anexo II – Questionário

Anexo 5 (Formulário para questionário).

Data: ___/___/___.

Examinador: _____

Cidade: _____

Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Escolaridade: _____

Nome da mãe: _____

Tel: (___) _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Escolaridade Paterna: _____

Profissão Paterna: _____

1- Tipo de parto: () Normal
 () Cesariana

2 - Prematuro: () Sim
 () Não

3 - Número de consultas médicas no pré-natal: () não fez
 () 1 a 3
 () 3 a 6
 () mais de 6
 () não sabe informar

4 - Mamou no peito: () Sim
 () Não → **Passa para a questão 10**

5 - Primeira mamada: () no dia do nascimento
 () na primeira semana de vida
 () no primeiro mês de vida
 () mais de 1 mês de vida
 () não sabe informar

6 - Mamou no peito exclusivamente: () menos de 1 mês
 () 1 a 3 meses
 () 3 a 6 meses
 () mais de 6 meses
 () não sabe informar

7 – No período em que mamava no peito, amamentava seu filho(a) a noite?
 () sim
 () não
 () não sabe informar

8 - No período em que mamava no peito, o modo noturno de adormecer:
 () mamava até uma hora antes de dormir
 () mamava e dormia em seguida
 () dormia mamando
 () outros: _____
 () não sabe informar

- 9 - No período em que mamava no peito, dormia a noite toda?
 Sim
 Não, acordava durante a noite para mamar e voltava a dormir. Quantas vezes mamava? _____
 Não, acordava durante a noite mas não mamava
 Não sabe informar
- 10 - Mamou na mamadeira: Sim
 Não → **Passa para a questão 24**
- 11 - Introduziu a mamadeira com: menos de sete dias
 entre sete e 30 dias
 entre 1 e 3 meses
 entre 3 e 6 meses
 mais de 6 meses
 não sabe informar
- 12 - Parou de mamar no peito nesta data? Sim
 Não → **Passa para a questão 16**
- 13 - Por quanto tempo mamou na mamadeira: menos de um mês
 entre 1 e 3 meses
 entre 3 e 6 meses
 entre 6 meses e 1 ano
 entre 1 e 2 anos
 mais de 2 anos. Quantos: _____
 não sabe informar
- 14 - No período em que mamava na mamadeira, o modo noturno de adormecer:
 mamava até uma hora antes de dormir
 mamava e dormia em seguida
 dormia mamando
 outros: _____
 não sabe informar
- 15 - No período em que mamava na mamadeira, dormia a noite toda?
 Sim
 Não, acordava durante a noite para mamar e voltava a dormir.
Quantas vezes mamava? _____
 Não, acordava durante a noite mas não mamava → **Passa para a questão 22**
- 16 - Por quanto tempo mamou no peito e na mamadeira juntos:
 menos de um mês
 entre 1 e 3 meses
 mais de 3 meses
 não sabe informar
- 17 - Neste período, como eram distribuídas as mamadas:
 maioria das mamadas no peito
 iguais
 maioria das mamadas na mamadeira
 não sabe informar
- 18 - Neste período, amamentava seu filho(a) a noite?
 sim, no peito
 sim, na mamadeira
 sim, ambas as formas
 não
 não sabe informar

- 19 - Neste período, o modo noturno de adormecer:
- mamava até uma hora antes de dormir
 - mamava e dormia em seguida
 - dormia mamando
 - outros: _____
 - não sabe informar
- 20 - Neste período, dormia a noite toda?
- Sim
 - Não, acordava durante a noite para mamar e voltava a dormir.
Quantas vezes mamava? _____
 - Não, acordava durante a noite mas não mamava
- 21 - Idade da última mamada no peito:
- menos de 1 mês
 - entre 1 e 3 meses
 - entre 3 e 6 meses
 - entre 6 e 12 meses
 - mais de 12 meses
 - não sabe informar
- 22 - Oferecia mamadeira noturna?
- sim, mamadeira **com** açúcar
 - sim, mamadeira **sem** açúcar
 - não
 - não sabe informar
- 23 - Idade da última mamada na mamadeira:
- menos de 1 mês
 - entre 1 e 3 meses
 - entre 3 e 6 meses
 - entre 6 e 12 meses
 - mais de 12 meses
 - não sabe informar
- 24 - Introduziu outros alimentos a partir de:
- menos de 1 mês
 - entre 1 e 3 meses
 - entre 3 e 6 meses
 - entre 6 e 12 meses
 - mais de 12 meses
 - não sabe informar
- 25 - Quando começou a higiene bucal da criança?
- Assim que nasceram os primeiros dentes
 - Durante o primeiro ano de vida
 - Durante o segundo ano de vida
 - Outras: _____
 - Não sabe informar
- 26 - De que maneira ela era realizada?
- massageando a gengiva
 - com escova de dentes
 - bochechos
 - outros: _____
 - não sabe informar

27 - Com que idade ele(a) começou a escovar os dentes sozinho? _____ anos
() Não sabe informar

28 - Quantas vezes ele(a) escova os dentes ao dia? _____

29 - Quanto tempo, em média, ele(a) leva para escovar os dentes?
() menos de 1 minuto
() de 1 a 3 minutos
() mais de 3 minutos
() não sabe informar

30 - Ele(a) costuma ingerir doces (inclusive balas e chicletes) entre as refeições?
() Sim
() Não

31 - Quantas vezes por semana ele(a) bebe refrigerantes? _____

32 - Em sua residência, a água que consomem é:
() encanada
() poço
() outras: _____

33 - Primeira manifestação patológica aos _____ (dias, meses, anos).

34 - Qual
() Gripê ou resfriado
() Otite
() Infecção urinária
() Icterícia
() Desidratação
() Outras: _____
() Não sabe informar

35 - Tomou medicamento(s) durante a gravidez? () Não
() Sim
Quais? _____
Por quê? _____

Observações:

Anexo III – Ficha do exame clínico

FICHA CLÍNICA

N^o da ficha: _____ Data do exame: ____/____/____

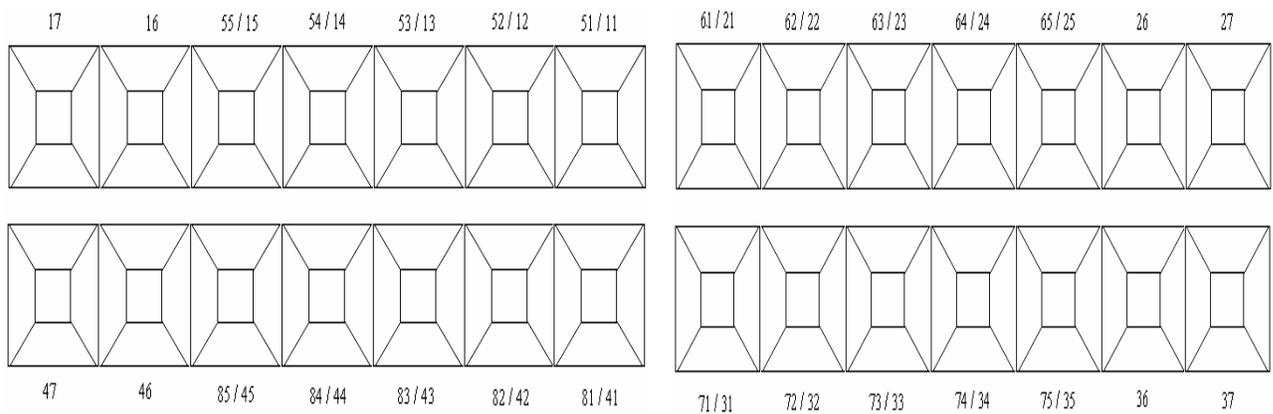
Examinador: _____ Cidade: _____

Identificação do Paciente:

Nome: _____ Sexo: Masc. () Fem. ()

Nascimento: ____/____/____. Idade: _____ anos e _____ meses.

ODONTOGRAMA:



Cr terios:

H gido – (h)

Mancha branca – (b)

Cariado – (c)

Restaurado (obturado) – (o)

Extra o indicada – (e)

Ausente – (a)

Observa es:

Anexo IV – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
☎ (0__19) 3788-8936
fax (0__19) 3788-8925
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 22/01/02
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 320/2001

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ESTUDO DA INFLUÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO NA OCORRÊNCIA DE CÁRIE DENTAL DE 5 A 9 ANOS DE IDADE”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Luciano Artioli Moreira

INSTITUIÇÃO: Departamento de Pediatria/FCM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 14/11/2001

II - OBJETIVOS

Conhecer os índices de cárie dental nos pacientes examinados e relacionar a sua presença ao aleitamento materno ou não, grau de escolaridade e consultas realizadas no pré-natal.

III - SUMÁRIO

Este é um estudo epidemiológico que avaliará pacientes com idade entre 5 e 9 anos que realizarão exame odontológico de rotina em diversos postos da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas distribuídos por cidades de Estado de São Paulo entre 01 de fevereiro e 31 de julho de 2002. Conjuntamente com a avaliação odontológica será aplicado um questionário com avaliação sobre a amamentação, além de dados sociais e de pré-natal. O estudo visa avaliar a relação entre amamentação e ocorrência de cáries nesta faixa etária.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto esta bem fundamentado e estruturado para análise que se propõe. O estudo não traz risco maior a saúde dos voluntários e esta de acordo com os conceitos da Resolução 196/96 CNS-MS. O termo de consentimento é adequado e claro e os benefícios para os voluntários serão o de ter exame bucal realizado. O presente estudo pode ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas com proposta de aprovação.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

Atenção: Projetos de Grupo I serão encaminhados à CONEP e só poderão ser iniciados após Parecer aprovatório desta.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de janeiro de 2002.


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP