

# A Importância da Dieta do Desmame na Saúde Oral

## *The Importance of the Weaning Diet on Oral Health*

Ana Maria Barros CHAVES\*  
Aronita ROSENBLATT\*\*  
Viviane COLARES\*\*\*

CHAVES, A.M.B.; ROSENBLATT, A.; COLARES, V. A importância do desmame na saúde oral. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.30, p.158-162, mar./abr. 2003.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura direcionada ao perfil alimentar das crianças durante o processo do desmame, indo desde o aleitamento materno até o término do referido processo. Foi abordada a importância da amamentação natural para o crescimento e o desenvolvimento infantis, devendo o leite materno ser oferecido de forma exclusiva até os 4 ou 6 meses de vida. A introdução gradual dos alimentos do desmame não implica necessariamente a suspensão do leite materno, sendo indicada a sua continuidade até os 2 anos de idade, já que, nessa fase, o mesmo ainda preenche importante parcela dos requerimentos nutricionais de muitas crianças nos países em desenvolvimento. Práticas alimentares inadequadas durante o desmame podem ter influência, tanto imediata como futura, sobre a saúde da criança. Assim, torna-se necessário que os profissionais de saúde incentivem as mães ao aleitamento materno criterioso e orientem-nas para a introdução dos alimentos do desmame.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento materno; Desmame; Dieta.

\*Especialista e Mestranda em Odontopediatria – FOP – UPE; Rua Joaquim Ferreira da Costa, 40/301, Manaira – CEP 58040-000, João Pessoa, PB; e-mail: ambchaves@hotmail.com

\*\*Professora Titular da Disciplina de Odontopediatria/Faculdade de Odontologia de Pernambuco – UPE; e-mail: rosen@nlink.com.br

Apesar da reconhecida multifatorialidade da doença cárie, a influência da dieta na sua etiologia tornou-se progressivamente evidente, através de numerosas observações relatadas na literatura científica. Além disso, é sabido que quanto mais precocemente o bebê tiver acesso à ingestão de sacarose e quanto mais freqüente for esse consumo, mais cedo dar-se-á a doença cárie e com efeitos mais devastadores. Entretanto, com base em estudo realizado por Fraiz (1996), por volta dos 7 ou 8 meses de idade quase 100% das crianças já experimentaram o açúcar.

Após o período de aleitamento materno exclusivo os bebês passam por freqüentes mudanças no seu cardápio alimentar, que acompanham as diferentes fases do crescimento e desenvolvimento infantil, sendo válido enfatizar que a cada variação da dieta há um risco de exposição aos açúcares. Tal fato faz com que o desmame represente um período decisivo para a instalação de hábitos alimentares saudáveis, os quais influenciam a saúde bucal, tanto imediata quanto futura.

Além disso, numa visão mais holística do paciente infantil, sabe-se que a ingestão insuficiente de minerais e vitaminas durante o desmame pode

causar atraso no crescimento e desenvolvimento, resultando em doenças deficitárias (MENENDEZ *et al.*, 1999). Tal conseqüência também é verdadeira para o germe dentário, principalmente durante a formação do esmalte, já que os ameloblastos são células muito sensíveis (NEEDLEMAN *et al.*, 1992; PASCOE & SEOW, 1994; SEOW, 1997).

Devido à importância do desmame para a saúde da criança, torna-se necessário um maior conhecimento científico por parte do Cirurgião-dentista e, especificamente, do odontopediatra. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura direcionada ao perfil alimentar durante o processo do desmame, indo desde o aleitamento materno até o término do referido processo.

### REVISÃO DA LITERATURA

#### **O Aleitamento Materno**

Do nascimento aos três anos, a nutrição é decisiva para o bem-estar e a saúde ao longo

\*\*\* Professora-adjunta da Disciplina de Odontopediatria/Faculdade de Odontologia de Pernambuco – UPE e da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; e-mail: vcolares@elogica.com.br

### INTRODUÇÃO

da vida. Na infância, nenhum presente é mais precioso do que o aleitamento, visto que o leite materno contém os anticorpos necessários para proteger o bebê contra infecções e possui todos os nutrientes indispensáveis para a vida, evitando, assim, a desnutrição (BRASIL, 1994).

Segundo Carvalho (1995), as vantagens já tão conhecidas da amamentação no seio materno incluem: praticidade, economia, maior facilidade de absorção pelo trato digestivo, menor ocorrência de alergias nutricionais, aumento das defesas imunológicas, desenvolvimento psicológico mais favorável e estabelecimento da relação afetiva entre mãe e filho. A estas, a autora acrescentou o fato de a amamentação promover o correto desenvolvimento das estruturas do sistema estomatognático e afirmou ainda que ao sugar o seio a criança estabelece o padrão correto de respiração nasal e deglutição.

A Organização Mundial de Saúde (2001) recomendou que crianças sejam alimentadas exclusivamente com leite materno desde o nascimento até 4 a 6 meses de idade, ou seja, não devem ser dados outros líquidos ou sólidos, nem mesmo água, durante este período. Entretanto, o Banco de Dados da referida organização (OMS, 2001), que abrange 94 países e 65% da população mundial infantil com menos de 12 meses, estima que apenas 35% das crianças recebem aleitamento materno exclusivo durante os quatro primeiros meses de vida.

Conforme dados coletados sobre padrões de aleitamento materno em mais de 90 países, entre 1990 e 1998, no Brasil apenas 29% das crianças são amamentadas de forma exclusiva durante os primeiros 4 a 6 meses de vida, sendo que a média de duração da amamentação natural é em torno dos 7 meses de idade (POPULATION REFERENCE BUREAU, 2001).

A importância da continuidade do aleitamento natural até o segundo ano foi enfatizada, em 1990, pela *Declaração de Innocenti* (CARVALHO, 1997), já que o leite materno, mesmo não sendo o único alimento, preenche importante parcela dos requisitos energético-protéicos de muitas crianças em países em desenvolvimento (BENZECRY & ACCIOLY, 1989). Apesar disso, Ragazzi (1999) observou que no Brasil o desmame é precoce, e em algumas regiões da cidade de São Paulo chega a atingir 50% das crianças no primeiro mês de vida.

### **O Processo do Desmame**

- Definição e Importância

O desmame foi definido pelo Grupo de Estudos do *Comitê on Medical Aspects of Food Policy* (COMA) como o processo de expansão da dieta para incluir outras comidas e bebidas além do

leite materno (HOLT & MOYNIHAN, 1996). Esse processo inicia quando o bebê começa a receber qualquer outro tipo de alimento além do leite materno, e conclui-se quando a criança cessa totalmente a alimentação ao seio (CARRAZZA, 1991; BRASIL, 1994; CARVALHO, 2001).

O leite, base da alimentação nos primeiros seis meses, torna-se, após esse período, insuficiente para suprir as necessidades nutritivas do organismo (PERNETTA, 1988; OMS, 2001), necessitando ser complementado por outros alimentos, os quais são usualmente denominados "alimentos do desmame" (BENZECRY & ACCIOLY, 1989). O início da complementação alimentar mais precocemente ou mais tardiamente é indesejável, pois ambos os fatos representam as maiores causas de desnutrição infantil (OMS, 2001).

A introdução de outros alimentos também fará com que a criança aprenda a mastigar, a distinguir sabores e consistência dos alimentos, além de experimentar novas formas de se relacionar com o mundo através da alimentação. Durante esse período, a criança irá adaptar-se ao padrão alimentar da família e da comunidade onde vive (BRASIL, 1994). É importante considerar ainda que práticas de desmame variam entre diferentes classes sociais e grupos étnicos, seguindo-se as tradições no que se refere aos primeiros alimentos introduzidos e à idade em que se inicia o desmame (HOLT & MOYNIHAN, 1996).

Vários estudos (SREEBNY, 1982; WILSON & ASHELEY, 1987; MATEE *et al.*, 1992; MEDEIROS *et al.*, 1998; ROSENBLATT, 1999; RODRIGUES & SHEIHAM, 2000) têm demonstrado a influência do consumo precoce de açúcares no desenvolvimento da doença cárie. Portanto, considerando a maior vulnerabilidade dos dentes a essa doença durante e logo após a erupção, período que, na dentição decídua, coincide com o desmame, Westover *et al.* (1989) sugeriram a introdução de estratégias preventivas, tais como restrição ao açúcar e uso prudente do flúor.

Segundo as recomendações do Grupo de Estudos do COMA, os alimentos do desmame devem ser usualmente livres ou com baixo teor de açúcares não-lácteos e extrínsecos às células. Alimentos e bebidas que predispõem à cárie devem ser limitados à hora das refeições principais e não devem ser dados diariamente, sendo que a média de consumo de açúcares não-lácteos e extrínsecos às células deve ser limitada a cerca de 10% do total energético consumido (HOLT & MOYNIHAN, 1996).

O desmame também exerce um papel indireto sobre a cárie, por representar o momento em

que hábitos alimentares são estabelecidos. Nesse aspecto, foi demonstrada uma correlação entre o uso de bebidas e chupetas açucaradas como conforto na infância e o consumo de lanches contendo açúcar em anos posteriores (SILVER, 1987; ISMAIL, 1998).

- **Alimentos do Desmame**

Os sucos e purês de frutas podem representar os primeiros alimentos não-lácteos oferecidos ao bebê, no horário do lanche, seguidos pela amamentação (LOPES & NÓBREGA, 1987; VELASCO *et al.*, 1993). No entanto, para Westover *et al.* (1989) os vegetais deveriam ser introduzidos antes das frutas, pois assim a criança aprenderia a aceitar os vegetais antes de desenvolver o paladar para as frutas doces.

Simultaneamente, cereais de arroz enriquecidos com ferro e misturados com pequena quantidade de leite podem ser oferecidos às colheradas. Além de representar um risco à saúde dental, a oferta de alimentos semi-sólidos na mamadeira também retarda o aprendizado de manuseio dos mesmos (DEPARTMENT OF HEALTH *apud* HOLT & MOYNIHAN, 1996).

Com relação à amamentação artificial, os pais devem ser encorajados a oferecer para suas crianças líquidos no copo a partir dos seis meses de idade, sendo que a suspensão da mamadeira deve ocorrer entre 12 e 14 meses (COMA, 1969; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 1995).

Posteriormente, pode-se substituir a mamada referente ao almoço pela primeira refeição constituída de vegetais e hortaliças, podendo-se agregar caldo grosso de feijão ou substitutos (ervilha, soja, lentilha) e, após cinco a dez dias de adaptação alimentar, carnes ou vísceras. De constituição semelhante, a segunda refeição pode ser oferecida entre sete e oito meses, no horário do jantar (LOPES & NÓBREGA, 1987).

Todos os novos alimentos usados para a complementação alimentar do lactente devem ser introduzidos aos poucos, com aumentos graduais, objetivando observar a tolerância orgânica, adaptar a criança ao novo paladar e desenvolver o processo de deglutição (WOISKI, 1995).

Os alimentos do desmame devem inicialmente passar por peneira fina, e posteriormente por outras cada vez mais grossas. Em seguida, os alimentos passam a ser amassados, e por volta dos 9 a 12 meses já podem ser oferecidos aos pedaços (DEPARTMENT OF HEALTH *apud* HOLT & MOYNIHAN, 1996). Tal evolução é importante para o correto desenvolvimento do aparelho estomatognático (GONÇALVES, 1986; BENZECRY &

ACCIOLY, 1989; WOISKI, 1995), não devendo a criança ingerir por tempo prolongado alimentos pastosos, pois isso poderá provocar problemas oclusais por interferir no desenvolvimento neuromuscular (MOSS, 1996).

- **Desnutrição: um fator de risco à cárie precoce na infância.**

Durante o desmame as crianças precisam receber alimentos seguros e com suporte nutricional adequado. Entretanto, o referido período representa risco nutricional elevado para as crianças de países em desenvolvimento, já que alimentos de baixo valor nutricional e frequentemente contaminados substituem o leite materno (FERREIRA & OSMO, 1999; OMS, 2001).

Por outro lado, considerando que os distúrbios nutricionais predisõem ao desenvolvimento de defeitos do esmalte, os quais aumentam a suscetibilidade à cárie, torna-se necessário uma avaliação mais abrangente da dieta do desmame.

Vale ressaltar que o interesse em relação ao papel da nutrição sobre a etiologia da cárie dentária tem sido reavivado por alguns autores (INFANTE & GILLESPIE, 1976; BURT & ISMAIL, 1986; ALVAREZ *et al.*, 1993; LI *et al.*, 1996; ROSENBLATT, 1999; HOROWITZ, 1998), os quais sugerem que deficiência de proteínas, minerais e vitaminas nos estágios de desenvolvimento pré-eruptivo tornam os dentes decíduos mais suscetíveis à cárie precoce na infância.

Apesar do declínio da cárie no Brasil, o fenômeno de polarização, mencionado por Rugg-Gunn (1993) e abordado no mundo inteiro, deve ser considerado, pois a maior experiência de cárie entre grupos socioeconômicos mais baixos pode estar relacionada à maior tendência a distúrbios nutricionais nesses grupos quando comparados aos grupos mais privilegiados. Por outro lado, segundo Sweeney *et al.* (1971), a hipoplasia de esmalte limita-se, geralmente, às crianças de baixa classe socioeconômica.

Vale ressaltar ainda que, como o padrão alimentar de um indivíduo é definido nos primeiros anos de vida, quando inicia seus contatos com os diferentes tipos de alimentos junto ao seio familiar, a dieta da criança sofre influência dos diversos fatores socioeconômico-culturais. Assim, a preocupação com a dieta deve existir desde o nascimento da criança, como forma de promoção à saúde (ROCHA *et. al.*, 1998).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na revisão da literatura, podemos afirmar que:

- O aleitamento materno deve ser oferecido de forma exclusiva desde o nascimento até os 4 a 6 meses de vida;
- A introdução dos alimentos do desmame não implica a interrupção do aleitamento materno, o qual deve ser mantido até o segundo ano de vida, principalmente nos países em desenvolvimento;
- Os alimentos do desmame devem ser introduzidos gradualmente, visando observar a tolerância individual e a aceitabilidade dos novos sabores;
- Deve ser evitado o consumo de açúcares durante o desmame, pois hábitos alimentares inadequados estabelecidos nesse período tendem a permanecer por toda a vida;

maternal milk, since it is recommended until 2 years of age. During this period, maternal milk still has an important role in the nutritional requirements of children in developing countries. Inadequate diet can directly influence child's health. Health professionals should encourage breastfeeding and educate on correct diet during weaning.

**KEYWORDS:** Breast feeding; Weaning; Diet.

- A orientação dietética durante o desmame deve considerar também os requisitos nutricionais necessários ao crescimento e ao desenvolvimento infantis.

CHAVES, A. M. B.; ROSENBLATT, A.; COLARES, V. The importance of the weaning diet on oral health. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.30, p., mar./abr. 2003.

This study is a literature review on the feeding profile of infants during the process of weaning, from breastfeeding to the independent feeding. The importance of breastfeeding until the fourth or sixth month of life and its influence on child's growth and development is discussed. The gradual introduction of food during weaning

does not necessarily mean the suspension of breastfeeding. During this period, maternal milk still has an important role in the nutritional requirements of children in developing countries. Inadequate diet can directly influence child's health. Health professionals should encourage breastfeeding and educate on correct diet during weaning.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Oral health policies – Oral health care programs for children and adolescents. **Pediatr Dent**, Chicago, v.17, n.6, p.25-26, Nov. 1995.
- ALVAREZ, J.O.; CACEDA, J.; WOOLLEY, T.W.; CARLEY, K.W.; BAIOCCHI, N.; CARAVEDO, L.; NAVIA, J.M. A longitudinal study of dental caries in the primary teeth of children who suffered from infant malnutrition. **J Dent Res**, Washington, v.72, n.12, p.1573-1576, Dec. 1993.
- BENZECRY, E.H.; ACCIOLY, E. **Nutrição materno-infantil**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989. 69p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Ações básicas de saúde e desenvolvimento da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 178p.
- BURT, B.A.; ISMAIL, A.I. Diet, nutrition, and food cariogenicity. **J Dent Res**, Washington, v.65, spec. issue, p.1475-1484, Dec. 1986.
- CARRAZZA, F.R. Prática da alimentação infantil. Parte II. In: CARRAZZA, F.R.; MARCONDES, E. **Nutrição clínica em Pediatria**. São Paulo: Sarvier, 1991. p.147-150.
- CARVALHO, G.D. Amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. **Secretários de Saúde**, São Paulo, v.2, n.10, p.12-13, out. 1995.
- CARVALHO, G.D. Amamentação – uma avaliação abrangente. **Secretários de Saúde**, v.4, n.28, p.6-9, set./out. 1997.
- CARVALHO, M.R. "Até quando amamentar?" Disponível em: <http://www.aleitamento.med.br/atequando.html>. Acesso em: 04 fev. 2001.
- COMMITTEE ON MEDICAL ASPECTS OF FOOD POLICY Panel on cariogenic foods: first report. **Br Dent J**, London, v.126, n.6, p.273-280, Mar. 1969.
- FERREIRA, F.P.; OSMO, A.A. Nutrição da criança. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1999. p.23-31.
- FRAIZ, F.C. Dieta e cárie na primeira infância. In: WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSÃO, M. **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996, p.107-122.
- GONÇALVES, P.E. **Alimentação natural do bebê, da criança e do adolescente**. São Paulo: ALMED, 1986. 149p.
- HOLT, R.D.; MOYNIHAN, P.J. The weaning diet and dental health. **Br Dent J**, London, v.181, n.7, p.254-259, Oct. 1996.
- HOROWITZ, H.S. Research issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.26, suppl.1, p.67-81, 1998.
- INFANTE, P.F.; GILLESPIE, G.M. Dental caries experience in the deciduous dentition of rural Guatemalan children aged 6 months to 7 years. **J Dent Res**, Washington, v.55, n.6, p.951-957, Nov./Dec. 1976.
- ISMAIL, A.I. The role of early dietary habits in dental caries development. **Spec Care Dentist**, Chicago, v.18, n.1, p.40-45, Jan./Feb. 1998.
- LI, Y.; NAVIA, J.M.; BIAN, J.Y. Caries experience in deciduous dentition of rural Chinese children 3-5 years old in relation to the presence or absence of enamel hypoplasia. **Caries Res**, Basel, v.30, n.1, p.8-15, Jan./Feb. 1996.
- LOPES, F.A.; NÓBREGA, F.J. Esquema alimentar. In: NÓBREGA, F.J. **Clínica Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. 1143p.
- MATEE, M.I.N.; MIKX, F.H.M.; MASELLE, S.Y.M.; PALENSTEIN HELDERMAN, W.H. *Mutans streptococci and lactobacilli in breast-fed children with rampant caries*. **Caries Res**, Basel, v.28, n.3, p.183-187, May/June 1992.
- MEDEIROS, U.V.; SOUZA, M.I.C.; FONSECA, C.T. Prevalência de cáries em pacientes bebês. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.1, n.3, p.23-34, 1998.
- MENENDEZ, G.; ELIAS, M.C.; ITO, M. T. Padrões de ingestão alimentar x crescimento. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.35, n.10, p.810-812, out. 1999.
- MOSS, S.J. **Crescendo sem cárie**: um guia preventivo para dentistas e pais. São Paulo: Quintessence, 1996. 148p.
- NEEDLEMAN, H.L.; ALLRED, E.; BELLINGER, D.; LEVITON, A.; RABINOWITZ, M.; IVERSON, K. Antecedents and correlates of hypoplastic enamel defects of primary incisors. **Pediatr Dent**, Chicago, v.14, n.3, p.158-166, May/June 1992.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. "Nutrition Data Banks". Disponível em: [http://www.who.int/nut/db\\_bfd.htm](http://www.who.int/nut/db_bfd.htm). Acesso em: 31 mar. 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE "World Health Organization's Infant – Feeding Recommendation". Disponível em: [http://www.who.int/nut/inf\\_recomend\\_eng.htm](http://www.who.int/nut/inf_recomend_eng.htm). Acesso em: 31 mar. 2001.
- PASCOE, I.; SEOW, W.K. Enamel hypoplasia and dental caries in Australian Aboriginal children: prevalence and correlation between the two diseases. **Pediatr Dent**, Chicago, v.16, n.3, p.193-199, May/June 1994.
- PERNETTA, C. **Alimentação da criança**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988, 226p.
- POPULATION REFERENCE BUREAU. **Breastfeeding patterns in the developing world**. Disponível em: [http://www.prb.org/content/NavigationMenu/Measure\\_Communication/Documents/Breastfeeding\\_Patterns\\_in\\_the\\_Developing\\_World.htm](http://www.prb.org/content/NavigationMenu/Measure_Communication/Documents/Breastfeeding_Patterns_in_the_Developing_World.htm). Acesso em: 26 ago. 2001.
- RAGAZZI, S.L.B. Consulta pediátrica. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1999. p.33-38.
- ROCHA, C.M.; ABREU, C.A.A.D.; ARAÚJO, D.R.; ISAAC, S.Z.; PORDEUS, I.A.; PAIXÃO, H.H. Relação dieta/cárie na odontopediatria: uma análise do consumo

de sacarose. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v.34, n.1, p.25-31, jan./jun. 1998.

RODRIGUES, C.S.; SHEIHAM, A. The relationships between dietary guidelines, sugar intake and caries in primary teeth in low income Brazilian 3-year-olds: a longitudinal study. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v.10, n.1, p.47-55, Mar. 2000.

ROSENBLATT, A. **Dente de leite açucarado**: uma pesquisa entre crianças de 12 a 36 meses na cidade do Recife. 1999. 156p. Tese (Concurso de Professor Titular). Faculdade de Odontologia de Pernambuco, UPE.

RUGG-GUNN, A.J. Nutrition, diet and dental public health. **Community Dent Health**, Houndsmills, v.10, supl. 2, p.47-56, 1993.

SEOW, W.K. Effects of preterm birth on oral growth and development. **Aust Dent J**, v.42, n.2, p.85-91, 1997.

SILVER, D.H. A longitudinal study of infant feeding practice, diet and caries related to social class in children aged 3 and 8-10 years. **Br Dent J**, London, v.163, n.9, p.296-300, Nov. 1987.

SREENBY, L.M. Sugar availability, sugar consumption and dental caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.10, n.1, p.1-7, Feb. 1982.

SWEENEY, E.A.; SAFFIR, A.J.; LEON, R. Linear hypoplasia of deciduous incisor teeth in malnourished children. **Am J Clin Nutr**, v.24, suppl. 1, p.29-31, Jan. 1971.

VELASCO, L.F.L.; ROSITO, D.B.; MACIEL, D.L.C.; ARAUJO, F.B. Protocolo alimentar do bebê de zero a três anos de idade. **Rev Odontopediatr**, v.3, n.2, p.133-139, jul./set. 1993.

WESTOVER, K.M.; DILORETO, M.K.; SHEARER, T.R. The relationship of breastfeeding to oral development and dental concerns. **J Dent Child**, Chicago, v.56, n.2, p.140-143, Mar./Apr. 1989.

WILSON, R.F.; ASHELEY, F.P. Identification of caries risk in schoolchildren; salivary

buffering capacity and bacterial counts, sugar intake and caries experience as predictions of 2 years and 3 years caries increment. **Br Dent J**, London, v.166, n.3, p.99-102, Aug. 1987.

WOISKI, J.R. **Nutrição e dietética em pediatria**. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 1995. 283p.

Recebido para publicação em: 15/02/02

Enviado para reformulação em: 19/04/02

Aceito para publicação em: 23/05/02