



BABY-LED WEANING: ESTUDO PRELIMINAR DA OCLUSÃO E MASTIGAÇÃO DE PRÉ-ESCOLARES

Autores: Aline Rodrigues Padovani, Fonoaudióloga Mestre em Ciências FMUSP; Mariângela Milena Santos Schalka, Odontopediatra Mestre em Odontopediatria FOU SP; Daniele Fontes Ferreira Bernardes, Fonoaudióloga Mestre em Ciências FMUSP; Julliana Uliana Rodrigues, Fonoaudióloga Especialista em Motricidade Orofacial

Instituição:
Fono e Collab

INTRODUÇÃO

Com base nos sinais de prontidão de desenvolvimento, uma das suposições do Baby-led Weaning é que o bebê pode se alimentar sozinho e mastigar alimentos em pedaços antes mesmo do irrompimento de dentes. Sabe-se que crianças que não foram expostas a alimentos que exigem esforço mastigatório evidente podem apresentar deficiências no crescimento e desenvolvimento orofacial e, conseqüentemente, não desenvolverão a mecânica da mastigação de forma eficiente. Não está claro se uma abordagem de introdução alimentar guiada pelo bebê poderia levar a melhores resultados nesse processo de desenvolvimento.

OBJETIVO

Descrever o padrão mastigatório e a oclusão estática e funcional de crianças de 3 a 5 anos de idade, cuja introdução alimentar foi feita por meio da abordagem Baby-led Weaning.

MÉTODOS

Cinco crianças foram elegíveis para este estudo. Foi realizada avaliação clínica e eletromiográfica da mastigação, por dois fonoaudiólogos experientes, utilizando o eletromiógrafo New Miotool Face, de 8 canais da Miotec®. Os eletrodos foram colados nos músculos masseteres direito e esquerdo e as crianças receberam uma cenoura crua para mastigar durante 20 segundos (FIGURA 1). A avaliação fonoaudiológica clínica da mastigação utilizou o protocolo MBGR. A oclusão estática e funcional foram registradas por fotografias e analisadas por um odontopediatra. Além disso, outras variáveis importantes foram consideradas, como: respiração, frênulo lingual e presença de hábitos orais.

RESULTADOS

60% das crianças morderam o alimento usando incisão anterior. A trituração com os dentes posteriores ocorreu em 80% da amostra. O padrão mastigatório unilateral/bilateral alternado foi encontrado em 60% dos casos. A avaliação eletromiográfica exibiu 60% de médias simétricas (FIGURA 2). Em relação à oclusão estática, 80% apresentaram relação maxilomandibular adequada, sem sobremordida e relação canino de classe 1 (FIGURA 3). A criança que não apresentou relação maxilomandibular adequada pode ser devido a presença de frênulo alterado. Todas as crianças apresentaram ângulos funcionais mastigatórios Planas elevados e ausência de diastemas (FIGURA 4).



Fig 3. Movimentos de lateralidade com liberdade mandibular (maior eficiência mastigatória)

CONCLUSÃO

Neste estudo preliminar, considerando-se incisão e a trituração, bem como a avaliação eletromiográfica dos músculos masseteres, o perfil mastigatório de mais da metade da amostra está dentro do esperado na prova da mastigação. Os ângulos funcionais mastigatórios Planas elevados associados à falta de diastemas caracterizam uma atrofia de 1º grau, que é a mais leve das maloclusões funcionais. Na população em geral, as maloclusões mais severas (FIGURA 5) acometem cerca 75% das crianças desta faixa etária. Mais pesquisas com amostras maiores se fazem necessárias para o estabelecimento de uma relação causa-conseqüência entre alimentação, deficiência mastigatória e maloclusão.



Fig 1. Mordendo a cenoura crua durante a eletromiografia

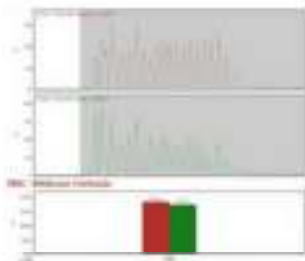


Fig 2: Médias simétricas na EMG (músculo masseter)



Fig 4: Atrofia de 1º grau: AFMP's altos e ausência de diastemas



Fig 5. Exemplo de maloclusão grave de criança da mesma faixa etária