**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

JULIANA SILVÉRIO CAMPANATI MENDONÇA

**Início da introdução de açúcar na dieta e presença de cárie dentária
em bebês com e sem fissura labiopalatina**

**BAURU
2015**

JULIANA SILVÉRIO CAMPANATI MENDONÇA

**Início da introdução de açúcar na dieta e presença de cárie dentária
em bebês com e sem fissura labiopalatina**

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Orientadora: Dra. Beatriz Costa

**BAURU
2015**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Rua Silvio Marchione, 3-20

Caixa Postal: 1501

17012-900 - Bauru – SP – Brasil

Telefone: (14) 3235-8000

Prof. Dr. Marco Antônio Zago – Reitor da USP

Dra. Regina Célia Bortoleto Amantini – Superintendente do HRAC-USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação.

Juliana Silvério Campanati Mendonça

Bauru, ____ de _____ de ____.

Mendonça, Juliana Silvério Campanati

M539i Início da introdução de açúcar na dieta e presença de cárie dentária em bebês com e sem fissura labiopalatina / Juliana Silvério Campanati Mendonça. Bauru, 2015.
74p.; il.; 30cm.

Dissertação (Mestrado – Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Dra. Beatriz Costa

1. Hábitos alimentares. 2. Higiene bucal. 3. Cárie dentária. 4. Fissuras labiopalatinas.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliana Silvério Campanati Mendonça

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Dra. Beatriz Costa (Orientadora)

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da dissertação junto à SPG: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido ***Félix*** e aos meus pais
Adhemar e ***Juceli***, presentes em todos
os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** que permitiu que tudo isso acontecesse, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades e guiado meus passos.

Ao meu marido **Félix** pelo amor, companheirismo, dedicação e incentivo sempre presentes.

Aos meus pais **Adhemar** e **Juceli** pelos ensinamentos, amor e apoio incondicional.

Ao **Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP** pelo ambiente acolhedor e enriquecedor que proporciona a todos.

A todos os **profissionais da Clínica de Bebês**, local onde fui muito bem recebida, pelo carinho, aprendizado e colaboração comigo e com minha pesquisa.

À minha querida orientadora **Dra. Beatriz Costa**, exemplo de profissional, que aceitou essa orientação e me concedeu a honra de transmitir seus conhecimentos e contribuir com meu crescimento pessoal e profissional.

À **Dra. Gisele da Silva Dalben** e **Profa. Dra. Adriane Gasparino dos Santos Martinez Uribe** pelo privilégio de aceitarem compor minha banca.

Aos **pais e/ou responsáveis dos bebês** que aceitaram participar dessa pesquisa, sem eles nada seria possível.

Aos **meus amigos** que me apoiaram e torceram para que esse momento chegasse.

A **todos** que de alguma forma confiaram em mim e contribuíram para o desenvolvimento dessa pesquisa.

RESUMO

Mendonça JSC. Início da introdução de açúcar na dieta e presença de cárie dentária em bebês com e sem fissura labiopalatina [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2015.

As fissuras labiopalatinas estão entre as principais causas de problemas relacionados à alimentação dos bebês, devido a comunicação entre as cavidades bucal e nasal. Essa dificuldade em se alimentar pode contribuir para um comprometimento de seu ganho ponderal. Outro aspecto importante é a introdução precoce de carboidratos, principalmente carboidratos simples (açúcares) em sua dieta, visto que o mesmo proporciona um paladar mais agradável, além de favorecer o ganho de peso, fato imprescindível para a cirurgia de correção. Para bebês com fissura labiopalatina esta situação pode se agravar devido à dificuldade de higienização bucal, pela presença da fissura e provável receio dos pais ou cuidadores para realizar a higienização correta. O objetivo desta pesquisa foi verificar o início e introdução de açúcares na dieta de bebês de seis a dezoito meses, com e sem fissura, bem como a presença de cárie dentária, comparando-os. Foram avaliadas 142 crianças, sendo 84 do grupo fissura e 58 do grupo controle (sem fissura). Para esta verificação foi aplicado um questionário aos pais ou cuidadores contendo perguntas relativas ao hábito alimentar e higiene bucal e realizado um exame clínico intrabucal. A análise dos dados foi realizada por porcentagem e por meio do Teste Qui-quadrado para estabelecer a relação entre a prevalência de cárie, hábitos alimentares e higienização bucal. Foi identificada relação entre higienização bucal e cárie ($p < 0,001$). Não foram observadas associações entre a ingestão de açúcar ($p = 0,937$), assim como a idade em que foi introduzido ($p = 0,432$) com o surgimento de cáries. Apenas 4 bebês pertencentes ao grupo fissura apresentaram cárie, totalizando 9 dentes cariados, sendo 6 dentes de apenas 1 bebê. O índice ceo-d médio foi 0,11%. Os incisivos superiores foram os principais dentes acometidos pela cárie. Conclui-se a higienização bucal é imprescindível para evitar o desenvolvimento da cárie e que o hábito alimentar não está relacionado ao surgimento da mesma, nesta faixa etária tão precoce.

Palavras-chave: Hábitos alimentares. Higiene bucal. Cárie dentária. Fissuras labiopalatinas.

ABSTRACT

Mendonça JSC. Introduction of sugar in the diet and presence of caries in infants with and without cleft lip and palate [dissertation]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2015.

Cleft lip and palate are among the main causes of problems related to infant feeding, due to communication between the oral and nasal cavities. This difficulty in feeding may impair their weight gain. Another important aspect is the early introduction of carbohydrates, especially simple carbohydrates (sugars) in the diet, since it provides a more pleasant taste, in addition to promoting weight gain, which is fundamental for surgical repair. For babies with cleft lip and palate this situation may be worse due to the difficulty of oral hygiene, the presence of the cleft and probable fear of parents or caregivers to perform proper hygiene. This study analyzed the onset and introduction of sugars in the diet of infants, from six to eighteen months, with and without clefts, as well as the presence of dental caries by comparing the groups. A total of 142 children were evaluated, 84 from the cleft group and 58 from the control group (without cleft). For that purpose, a questionnaire was applied to parents or caregivers with questions relating to eating habits and oral hygiene, and an intraoral clinical examination was performed. Data analysis was performed by percentage and by the Chi-square Test, to establish the relationship between the prevalence of caries, eating habits and oral hygiene. The findings revealed a relationship between oral hygiene and dental caries ($p < 0.001$). No associations were observed between sugar intake ($p = 0.937$) and age at which it was introduced ($p = 0.432$) with the development of caries. Only 4 infants in the cleft group presented caries, totaling 9 decayed teeth, considering that one baby presented six decayed teeth. The mean dmft was 0.11%. The maxillary incisors were the teeth most affected by decay. It was concluded that oral hygiene is essential to prevent the development of caries, and feeding habits were not related to the presence of caries at this very early age.

Keywords: Feeding habits. Oral hygiene. Dental caries. Cleft lip and palate.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos grupos de acordo com a idade em meses	31
Tabela 2 -	Distribuição dos grupos de acordo com o gênero	31
Tabela 3 -	Distribuição dos grupos de acordo com a classe econômica	32
Tabela 4 -	Associação entre período de mamada no peito e os grupos	32
Tabela 5 -	Distribuição dos motivos de não amamentação pelos grupos	33
Tabela 6 -	Período de início do uso de mamadeira pelos grupos	34
Tabela 7 -	Distribuição dos alimentos oferecidos na mamadeira	35
Tabela 8 -	Período de início da oferta de açúcar pelos grupos	35
Tabela 9 -	Relação dos alimentos oferecidos na primeira oferta de açúcar aos bebês.....	36
Tabela 10 -	Frequência do consumo de açúcar pelos bebês	37
Tabela 11 -	Realização da higiene bucal pelos grupos	37
Tabela 12 -	Associação entre a ingestão de açúcar e presença de cárie dentária	38
Tabela 13 -	Associação entre o período de introdução de açúcar e presença de cárie dentária	38
Tabela 14 -	Associação entre a higiene bucal e presença de cárie dentária ...	39

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3	OBJETIVOS	19
3.1	GERAL	21
3.2	ESPECÍFICOS.....	21
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS	23
4.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	25
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	25
4.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	26
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	26
4.6	ANÁLISE DOS RESULTADOS	27
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	41
7	CONCLUSÃO.....	51
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICE	65
	ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A introdução alimentar na infância é um momento extremamente importante na vida dos bebês e é acompanhada de algumas preocupações dos pais e/ou responsáveis. A oferta de alimentos que garanta a adequação nutricional fornece condições favoráveis ao desenvolvimento e crescimento das crianças. Além disso, quando bem estabelecida e apropriada assegura a formação de um hábito alimentar saudável que se estenderá até a vida adulta.

Devido à relevância desse momento, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) elaborou um guia alimentar para crianças de até dois anos de idade, onde constam inúmeras orientações quanto à introdução alimentar. Dentre elas, destaca-se a recomendação em se evitar o consumo de açúcares, balas e guloseimas devido à má qualidade nutricional e ao risco de desenvolvimento de obesidade e outras patologias.

A cárie dentária pertence ao grupo de doenças consideradas multifatoriais. Tem sido considerada um problema de saúde pública quando surge na infância devido ao comprometimento da saúde bucal, social, entre outros. Nesse período a cárie pode ser denominada de cárie rampante ou de mamadeira ou simplesmente cárie precoce da infância, pois os fatores de predisposição são sócio demográficos, dietéticos - consumo de carboidratos simples, como açúcares e doces geralmente associados em mamadeiras - e a má-higienização bucal (HARRIS et al., 2004).

A fissura labiopalatina é caracterizada por uma alteração anatômica ocorrida no período embrionário resultante da falha no alinhamento e nivelamento dos processos faciais e/ou falha na fusão dos processos palatinos. Crianças nascidas nestas condições podem ser afetadas por alterações faciais, problemas na dentição e no crescimento dos maxilares, assim como na deglutição, fala e distúrbios de audição (KLASSEN et al., 2012). Esses comprometimentos, somados à dificuldade de higienização bucal devido à presença da fissura, cicatriz cirúrgica e hábitos alimentares inadequados potencializariam o risco de surgimento de cárie dentária na infância.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

As dificuldades alimentares enfrentadas pelos pais dos bebês com fissuras labiopalatinas têm sido fundamentadas como importantes fontes de estresse, interferindo diretamente na relação pais-filho. Este fato justifica a preocupação dos pais perante a alimentação de seu filho, visto que, a inadequação da alimentação devido à condição da criança geralmente leva a um déficit de crescimento e desenvolvimento (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; MASAREI et al., 2007; MILLER, 2011).

A gravidade dos problemas de alimentação está relacionada com extensão da fissura, e se esta ocorrer concomitantemente com uma síndrome craniofacial, alterações nas vias aéreas também podem estar presentes (AMSTALDEN-MENDES; MAGNA; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2007; MILLER, 2011).

Baixa ingestão alimentar, sucção ineficiente e regurgitação de leite através da cavidade nasal são as causas das piores dificuldades de alimentação demonstradas pelas crianças com fissura (AMSTALDEN-MENDES; MAGNA; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2007; CAMPILLAY; DELGADO; BRESCOVICI, 2010).

Os problemas alimentares relacionados à fissura comprometem diretamente o ganho ponderal das crianças após o nascimento, visto que ao nascer o peso é similar ao de uma criança sem fissura. Além disso, o baixo ganho de peso dessas crianças implica no atraso da cirurgia (AMSTALDEN-MENDES; MAGNA; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2007).

A alimentação da criança com fissura deve ser adequada e oferecer o aporte nutricional adequado, garantindo um bom desenvolvimento e crescimento, bem como o ganho ponderal esperado. Dessa forma, além de minimizar a insegurança familiar perante a criança, favorece o agendamento para a cirurgia de correção (AMSTALDEN-MENDES; MAGNA; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2007; MASAREI et al., 2007).

A dieta pode constituir um fator de risco à cárie dentária para bebês com fissura labiopalatina, principalmente naqueles com fissura envolvendo o palato, nos quais a sucção do leite materno é prejudicada pela pressão negativa intrabucal

deficiente. Consequentemente, há introdução precoce do aleitamento artificial que inclui fórmulas lácteas, em cuja composição o açúcar geralmente está presente (GOMIDE; COSTA, 2007). Segundo Dalben et al. (2003), o hábito alimentar de crianças com fissuras demonstra ser um facilitador para o aparecimento de cáries, considerando as evidências de que a ingestão excessiva de carboidratos, em especial a sacarose, apresenta um potencial cariogênico.

Carboidratos são considerados como a principal fonte energética da alimentação e são compostos de carbono, hidrogênio e oxigênio. Podem ser classificados como monossacarídeos, dissacarídeos e polissacarídeos. Dentre os dissacarídeos mais importantes estão a sacarose que é composta pela junção de dois monossacarídeos (glicose e frutose) e a lactose (glicose e galactose) (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010), estes dois dissacarídeos são considerados como altamente cariogênicos.

Devido seu sabor adocicado e facilidade de uso a sacarose é o mais comumente utilizado na alimentação infantil, na maioria das vezes associado ao leite, fonte de lactose (MOIMAZ et al., 2014) para melhora da aceitação e consequente aumento do valor calórico da preparação.

Pais e/ou responsáveis são orientados a oferecer aos bebês com fissura alimentos como leite e outros mais frequentemente para que contribua com o desenvolvimento do mesmo. No entanto, essa oferta constante pode levar à acumulação de restos alimentícios na cavidade bucal (BIAN et al., 2001).

Em crianças com fissura labiopalatina os dados apontam que o consumo frequente de alimentos açucarados, mamadeiras com leite adoçado, inclusive no período noturno são fatores significativos de risco para desenvolvimento de cárie em crianças (MUTARAI; RITTHAGOL; HUNSRISAKHUN, 2008).

A higienização bucal nas crianças com fissura é mais dificultada e os pais desconhecem a sua forma adequada de realização (DALBEN et al., 2003). Estes fatos contribuem para uma alta incidência de cáries nessa população. Nos casos de fissuras com envolvimento do rebordo alveolar, podem estar presentes fatores de risco locais, na região da fenda, que dificultam os procedimentos de higiene bucal, resultando em maior acúmulo de placa bacteriana e predispondo-os à cárie dentária. Alguns fatores são oriundos da própria malformação como dentes supranumerários,

mal posicionados e com alteração de forma ou estrutura, enquanto outros são resultantes dos procedimentos cirúrgicos reparadores como fibrose cicatricial do lábio e presença de bridas e fístulas (CHENG; MOOR; HO, 2007; GOMIDE; COSTA, 2007). Esses fatores podem expressar uma limitação da higienização bucal eficaz (CHENG; MOOR; HO, 2007; LAI; KING; WONG, 2009), relacionado ao receio dos pais e/ou cuidadores em manipular a área fissurada.

O desenvolvimento da doença cárie na infância ocorre entre um a três anos de idade e sua prevalência varia de 12 a 46% (DAVIDOFF; ABDO; SILVA, 2005; MISRA; TAHMASSEBI; BROSNAN, 2007). A cárie infantil é considerada um problema de saúde pública importante que reflete em prejuízo na adaptação social, crescimento e desenvolvimento (VADIAKAS, 2008).

Além dos fatores mencionados anteriormente, deve-se considerar o aspecto emocional peculiar de famílias de crianças com anomalias que pode gerar atitudes de negligência quanto à higiene bucal, por receio de manipular a cavidade bucal da criança ou ainda por tentar poupá-la de procedimentos que possam desagradá-la. Muitas vezes, para compensar a presença da malformação, as famílias demonstram também comportamento permissivo em relação à ingestão frequente de carboidratos. Apesar de todos estes fatores, a literatura mundial não demonstra unanimidade em relação à maior ocorrência de cárie dentária em crianças com fissuras labiopalatinas quando comparadas às sem fissuras (GOMIDE; COSTA, 2007). Enquanto alguns autores não observaram diferenças (LAUTERSTEIN; MENDELSON, 1964; LUCAS et al., 2000), outros relataram maior prevalência desta doença nas crianças com fissuras, principalmente nos dentes anteriores superiores (JOHNSON; DIXON, 1984; BOKHOUT et al., 1996; BOKHOUT et al., 1997; NEVES, 2002).

A prevenção é a abordagem mais efetiva para o controle da cárie infantil, dessa forma, se faz necessária a assistência odontológica apropriada para evitar ou minimizar a doença (SANTOS; SOVIEIRO, 2002).

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Avaliar se o início e introdução do açúcar na dieta de bebês com fissuras labiopalatinas não-sindrômicas e bebês sem fissuras está associado ao surgimento de cárie dentária.

3.2 ESPECÍFICOS

- Comparar diferenças nos hábitos alimentares e de higiene bucal entre bebês com ou sem fissuras.
- Comparar o índice de cárie entre os bebês com e sem fissura.
- Verificar a relação entre ingestão de açúcar e presença de cárie dentária na amostra total.
- Verificar a relação entre o período de início de ingestão de açúcar e presença de cárie dentária na amostra total.
- Verificar a relação entre hábito de higiene bucal e presença de cárie dentária na amostra total.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

O estudo realizado foi retrospectivo transversal de delineamento quantitativo.

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HRAC-USP – CAAE: 30942314.2.0000.5441, parecer nº 734.767 (Anexo A). Os responsáveis formalizaram sua adesão por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), obedecendo aos preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), na Seção de Odontopediatria e Saúde Coletiva (Clínica de Bebês) e em Creches Municipais da cidade de Bauru.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

Para o delineamento da pesquisa foi escolhida aleatoriamente uma população de bebês com fissura de lábio, de palato, de lábio e palato sem outras malformações e não-sindrômicas (grupo fissura) e outra com crianças não acometidas de malformações (grupo controle). Para esta escolha, os bebês se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão:

- a) faixa etária entre 6 e 18 meses completos;
- b) realização das refeições exclusivamente via oral;

- c) possuir pelo menos dois dentes irrompidos;
- d) boas condições de saúde geral.

Para a análise estatística e apresentação dos resultados foram estabelecidos 2 grupos de estudo com crianças: grupo fissura (GF) - incluindo os bebês apresentando fissura de lábio (G1), de palato (G2), de lábio e palato (G3) - e grupo controle (GC), sem fissuras. No entanto, em alguns momentos oportunos, serão abordados os grupos específicos de fissura (G1, G2 e G3).

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A composição do grupo fissura (GF) foi realizada de acordo com o agendamento do bebê na Seção de Odontopediatria e Saúde Coletiva (Clínica de Bebês). Para o grupo controle, a coleta foi realizada em Creches Municipais da cidade de Bauru.

Para todos os dois grupos, foi aplicado um questionário (Apêndice A) no qual foi verificado o início e introdução do consumo de açúcar pelo bebê, hábitos de higiene bucal, além da verificação da presença de cárie dentária. No grupo fissura (GF), o questionário e o exame intrabucal foram realizados quando os bebês estiveram no HRAC-USP para tratamento conforme agendamento. No grupo controle (GC), o questionário foi enviado via agenda escolar com instruções para que fosse devolvido da mesma forma sendo respondido em casa pelos pais e/ou cuidadores. O exame intrabucal foi realizado de acordo com as atividades escolares dos bebês.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para avaliação da introdução de açúcar na dieta dos bebês, foi aplicado um questionário aos pais ou principais cuidadores, contendo perguntas fechadas sobre os aspectos alimentares.

Para avaliação da saúde bucal, foi realizado um questionário sobre a frequência de higiene bucal e um exame clínico intrabucal nos bebês para verificação da presença de cárie dentária.

O exame intrabucal foi realizado com o bebê posicionado em uma maca para crianças (macri), por um único cirurgião dentista, seguindo um padrão sistemático: os quadrantes da boca foram examinados no sentido horário, iniciando-se pelo dente superior direito mais posterior. O exame intrabucal foi visual e tátil, com o auxílio de iluminação artificial (refletor), após secagem e limpeza dos dentes com gaze e utilização de sonda exploradora com ponta romba e espelho clínico. Foram registrados o número de dentes irrompidos e qual o seu estado.

A cárie dentária foi diagnosticada de acordo com o critério da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). Os resultados dos exames foram registrados utilizando o índice ceo-d (dentes cariados, com extração indicada ou obturados) proposto por Gruebbel (1944).

4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados foram dispostos em planilha do Excel. As questões 4, 9, 11, 12, 13 e 15 do questionário foram analisadas por porcentagem. A análise estatística das demais questões foi realizada por meio do Teste Qui-quadrado. A diferença foi considerada estatisticamente significativa quando o valor de p foi menor ou igual a 0,05. Nos casos de significância estatística do Qui-Quadrado, o teste dos resíduos ajustados foi aplicado.

Em relação a comparação do índice ceo-d entre os grupos estudados (fissura e controle) não houve necessidade de se aplicarem testes estatísticos, porque os valores por si expressam os resultados.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

A população estudada compreendeu 142 bebês divididos em dois grupos, um grupo denominado grupo fissura (n=84), no qual estão incluídos os grupos G1 (n=9), G2 (n=27) e G3 (n=48) e outro, grupo controle (n=58). A idade dos bebês avaliados estão apresentadas na tabela abaixo (Tabela 1) como média e desvio-padrão.

Tabela 1 - Distribuição dos grupos de acordo com a idade em meses

	n	Média ± DP
Grupo Fissura	84	13,7 ± 2,4
Grupo Controle	58	13,0 ± 2,9

A idade média observada foi de 13,7 meses ($\pm 2,4$) no grupo fissura e 13,0 meses ($\pm 2,9$) no grupo controle. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos quanto a idade (p-value=0,120).

Em relação ao gênero dos bebês avaliados verificou-se a distribuição representada na Tabela 2, ou seja, predomínio do sexo masculino (n=45, 53,6%) no GF e do sexo feminino (n=35, 60,3%) no GC. Não houve diferença estatisticamente significativa (p=0,144) entre os grupos de acordo com o gênero.

Tabela 2 - Distribuição dos grupos de acordo com o gênero

	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Grupo Fissura	39	46,4	45	53,6
Grupo Controle	35	60,3	23	39,7

Segundo o gênero, foi possível identificar ainda a distribuição dos mesmos dentro do GF, onde G1 apresentou 4 meninas e 5 meninos, G2 apresentou 16 meninas e 11 meninos e G3 apresentou 19 meninas e 29 meninos.

De acordo com a caracterização socioeconômica houve predomínio da classe baixa no GF (98%) e no GC (100%) conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos grupos de acordo com a classe econômica

	Classe Baixa		Classe Média	
	n	%	n	%
Grupo Fissura	82	98	2	2
Grupo Controle	58	100	0	0

Quanto a aplicação do questionário, apenas 4,8% (n=4) foram respondidos pelos avós, no grupo fissura. No grupo controle 1,7% (n=1) foram respondidos por tios e 3,4% (n=2) pelos avós. A maior parte foi respondida pelos pais, ou seja, 95,2% (n=80) e 94,8% (n=55) pelos grupos fissura e controle, respectivamente.

No momento da aplicação do questionário verificou-se que 88,1% (n=74) dos bebês do GF e 84,5% (n=49) do GC não eram mais amamentados no peito, não havendo diferença estatisticamente significativa ($p=0,711$). Quanto ao questionamento do bebê ter mamado no peito, observou-se diferença estatística significativa ($p<0,001$), conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4 - Associação entre período de mamada no peito e os grupos

	Grupo Fissura		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Não*	64	54,3	01	1,7
1 semana*	10	11,9	00	0,0
1 mês	05	6,0	00	0,0
2-4 meses	05	6,0	01	1,7
4-6 meses*	00	0,0	25	43,1
6-9 meses*	01	1,2	19	32,8
9-12 meses	02	2,4	02	3,4
>12 meses	04	4,8	01	1,7

* $p<0,001$

Observou-se que 54,3% (n=64) do GF não mamou no peito comparado a 1,7% (n=1) do GC. Ao se associar o período de mamada no peito, foi possível

identificar que no GF 11,9% (n=10) deixaram o peito na primeira semana após o nascimento enquanto que no GC nenhum bebê deixou de mamar precocemente. A interrupção da mamada no peito no GC ocorreu principalmente entre 4-6 meses (n=25, 43,1%) e entre 6-9 meses (n=19, 32,8%) apenas 1,2% do GF recebia aleitamento materno nesse período.

Os motivos envolvidos na não amamentação do GF mais evidenciados foram a incapacidade de sucção dos bebês (n=54, 28%), presença de fissura (n=46, 23,7%) e orientação do médico (n=22, 11,3%). Em relação do GC notou-se que desses motivos 14% (n=27) foram por orientação médica e 7,7% (n=15) por falta de tempo da mãe (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos motivos de não amamentação pelos grupos

	Grupo Fissura		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Ainda mama	9,0	4,6	9,0	4,6
Incapacidade sucção bebê	54	28,0	02	1,0
Presença fissura	46	23,7	00	0,0
Orientação médico	22	11,3	27	14
Orientação amigos/familiares	00	0,0	00	0,0
Erupção 1º dente	00	0,0	00	0,0
Falta tempo mãe	03	1,5	15	7,7
Não lembra/sabe	01	0,5	06	3,1

Foi possível verificar que em todos os bebês do GC (n=58, 100%) foi realizada a substituição do peito pela mamadeira e no GF essa substituição foi em uma proporção menor (n=75, 89,3%). Essa diferença foi estatisticamente significativa (p=0,026).

Quanto ao início do uso da mamadeira observou-se que o período de introdução desta foi distinto dentro dos grupos conforme descrito na Tabela 6.

Tabela 6 - Período de início do uso de mamadeira pelos grupos

	Grupo Fissura		Grupo Controle	
	n	%	n	%
1 semana*	60	80,0	01	1,8
1 mês*	08	10,7	00	0,0
2-4 meses*	04	5,3	14	24,6
4-6 meses*	01	1,3	33	57,9
6-9 meses*	01	1,3	07	12,3
9-12 meses	00	0,0	02	3,5
>12 meses	1	1,3	00	0,0

*p<0,001

De acordo com o período de início do uso de mamadeira pelos bebês foi possível identificar que este foi mais precoce pelo GF, ou seja, na 1ª semana e 1 mês de vida (n=60, 80%; n=08, 10,7%), respectivamente, enquanto que no GC esta introdução ocorreu entre 4-6 meses (n=33, 57,9%), seguidos dos intervalos de 2-4 meses (n=14, 24,6%) e 6-9 meses (n=7, 12,3%). Observou-se diferença estatística significativa (p<0,001).

Em relação à mamada noturna, seja antes de dormir ou durante a noite, não foi verificada diferença estatística significativa (p=0,447). 81% (n=68) do GF e 74,1% (n=43) do GC realizaram a mamada noturna.

Apenas 7% (n=6) dos bebês do GF descontinuaram o uso da mamadeira. Destes 33,3% (n=2) interromperam entre 9-12 meses, 16,7% (n=1) entre 2-4 meses, 16,7% (n=1) entre 4-6 meses, 16,7% (n=1) entre 9-12 meses e 16,7% (n=1) com idade >12 meses. No GC a interrupção ocorreu em 3,5% (n=2), com idade entre 2-4 meses e 4-6 meses (n=1, 50%).

Os alimentos frequentemente oferecidos na mamadeira dos bebês do GF foram mucilagens (n=53, 15,72%), fórmula láctea (n=39, 11,57%) e leite de vaca (n=38, 11,27%). Nos do GC predominou suco natural (n=58, 17,21%), leite de vaca (n=54, 16,02%), suco artificial (n=34, 10,1%) e mucilagens (n=19, 5,63%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos alimentos oferecidos na mamadeira

	Grupo Fissura		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Leite vaca	38	11,27	54	16,02
Fórmula láctea	39	11,57	08	2,37
Mucilagens	53	15,72	19	5,63
Café com leite	00	0,0	00	00
Refrigerante	01	0,3	07	2,1
Suco artificial	01	0,3	34	10,1
Suco natural	08	2,37	58	17,21
Chás	00	0,0	11	3,26
Nenhum	6,0	1,78	00	0,0

Em relação a ingestão de açúcar identificou-se que todos os bebês (n=84, 100%) do GF e 72,4% (n=42) do GC faziam a ingestão deste carboidrato simples. Houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$). A oferta do açúcar foi realizada predominantemente pelos pais dos bebês, sendo 58,45% (n=83) do GF e 40,85% (n=58) do GC, além destes, houve a oferta por avós no GF (n=1, 07%).

Quando investigado o momento em que ocorreu a primeira oferta de açúcar pelos bebês, verificou-se que no GF a partir da primeira semana de vida houve consumo de açúcar enquanto que no GC 12,1% (n=07) ingeriram apenas por volta dos 4-6 meses de idade (Tabela 8). Houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Tabela 8 - Período de início da oferta de açúcar pelos grupos

	Grupo Fissura		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Nunca ingeriu*	00	00	16	27,6
1 semana	02	2,4	00	00
1 mês	01	1,2	00	00
2-4 meses*	13	15,5	00	00
4-6 meses	11	13,1	07	12,1
6-9 meses*	41	48,8	17	29,3
9-12 meses*	11	13,1	18	31,0
>12 meses	05	6,0	00	0,0

* $p<0,001$

No GF o predomínio da primeira oferta de açúcar ocorreu entre 6-9 meses (n=41, 48,8%), no entanto, este foi evidente em todos os períodos abordados. Já no GC ocorreu entre 9-12 meses (n=18, 31%), seguido de 6-9 meses (n=17, 29,3%) e 2-4 meses (n=07, 12,1%); nos demais períodos não houve introdução de açúcar.

Verificou-se que o primeiro contato dos bebês com o açúcar ocorreu por meio da ingestão do mesmo, sendo 31,7% (n=63) do GF e 19,1% (n=38) do GC. Foi possível identificar que todos os bebês do GF já consumiram açúcar e que 26,63% (n=53) o consumiram através da mucilagem (Tabela 9).

Tabela 9 - Relação dos alimentos oferecidos na primeira oferta de açúcar aos bebês

	Grupo Fissura		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Não consome	00	0,0	16	8,0
Mel	01	0,5	00	00
Açúcar	63	31,7	38	19,1
Achocolatado	20	10,1	01	0,5
Mucilagens	53	26,63	05	2,5
Não sabe/lembra	02	1,0	00	0,0

Em relação aos motivos para a introdução do açúcar na alimentação dos bebês observou-se que no GF, 30,77% (n=60) foi por melhora da aceitação da dieta, 16,92% (n=33) para ganho ponderal, 14,88% (n=29) por hábito da família e 7,69% (n=15) por orientação do médico ou do nutricionista. No GC, 13,33% (n=26) foi por melhora da aceitação da dieta, 6,15% (n=12) por hábito da família, 1,54% (n=3) por orientação do médico ou nutricionista, 0,51% (n=1) para ganho ponderal e que 8,21% (n=16) ainda não consumiram o açúcar em sua alimentação.

A frequência de ingestão de açúcares na dieta dos bebês está representada na Tabela 10.

Tabela 10 - Frequência do consumo de açúcar pelos bebês

	Grupo Fissura		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Não consome	00	0,0	16	9,58
Todos os alimentos oferecidos mamadeira	04	2,4	21	12,57
Leite / fórmula láctea	64	38,92	08	4,79
Suco natural	37	22,16	13	7,78
Chá	03	1,8	00	0,0

Em relação a realização da higiene bucal identificou-se que todos os bebês do GC efetuam higienização, enquanto que 11,9% (n=10) do GF não a realizam (p=0,006). Os dados estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 - Realização da higiene bucal pelos grupos

	Grupo Fissura		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Não realiza*	10	11,9	00	00
1 vez ao dia	25	29,8	12	20,7
2 vezes ao dia*	33	39,3	37	63,8
3 vezes ao dia	16	19,0	09	15,5

*p=0,006

Observou-se que quando a higiene bucal ocorre, a maioria dos entrevistados a realiza duas vezes ao dia, sendo 39,3% (n=33) no GF e 63,8% (n=37) no GC.

Quando questionado se esta higienização ocorre após a última mamada, ou seja, antes de dormir, observou-se que, dos grupos avaliados, 73,8% do GF (n=62) e 53,4% do GC (n=31) não a realizam. Houve diferença estatisticamente significativa (p=0,020).

Foi observada a presença de cárie dentária em apenas 4 bebês do GF (n=4/84, 0,05%), e em nenhum caso do GC. Dos bebês com fissura que apresentaram cárie, 3 tiveram índice ceo-d=1 e apenas 1 bebê apresentou índice ceo-d=6. Em todos os casos com cárie (n=4/84, 100%) havia comprometimento do incisivo central superior adjacente à área da fissura.

A associação entre a ingestão de açúcar e a presença de cárie mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,937$). Na Tabela 12 estão descritos resultados encontrados.

Tabela 12 - Associação entre a ingestão de açúcar e presença de cárie dentária

		Ingestão açúcar			
		Sim		Não	
		n	%	n	%
Presença de cárie dentária	Sim	4	100	00	00
	Não	122	88,4	16	11,6

Foi possível verificar que todos os bebês que apresentaram cárie ingeriram açúcar ($n=4$, 100%), 88,4% ($n=122$) dos bebês fizeram ingestão de açúcar e não apresentaram cárie e 11,6% ($n=16$) não ingeriram açúcar e não apresentaram cárie.

Ao se associar o início da introdução do açúcar e surgimento de cárie (Tabela 13) observou-se que não houve diferença estatística significativa ($p=0,432$). 50% ($n=2$) dos bebês que desenvolveram cárie dentária iniciaram o consumo de açúcar entre 6-9 meses de vida, 25% ($n=1$) entre 9-12 meses e 25% ($n=1$) após 12 meses.

Tabela 13 - Associação entre o período de introdução de açúcar e presença de cárie dentária

	Presença de cárie dentária			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Nunca ingeriu	00	00	16	11,6
1 semana	00	00	02	1,4
1 mês	00	00	01	0,7
2-4 meses	00	00	13	9,4
4-6 meses	00	00	18	13,0
6-9 meses	02	50,0	56	40,6
9-12 meses	01	25,0	28	20,3
>12meses	01	25,0	04	2,9

A associação entre realização da higiene bucal e aparecimento de cárie dentária apontou que 75% (n=3) dos bebês que apresentaram cárie dentária não faziam a higiene bucal, apenas 25% (n=1) destes realizava a higiene uma vez ao dia e 95% (n=131) dos bebês que não apresentaram cárie higienizavam pelo menos uma vez ao dia (Tabela 14).

Tabela 14 - Associação entre a higiene bucal e presença de cárie dentária

	Presença de cárie dentária			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Não realiza*	03	75,0	07	5,1
1 vez ao dia	01	25,0	36	26,1
2 vezes ao dia*	00	00	70	50,7
3 vezes ao dia	00	00	25	18,1

*p<0,001

Foi possível verificar diferença estatística significativa entre a não realização da higiene bucal e a realização desta entre os grupos ($p<0,001$).

Quando verificada a associação entre a higiene bucal efetuada após a última mamada, ou antes, de dormir com o surgimento da cárie dentária, observou-se que 100% (n=4) dos bebês com cárie não recebiam higienização e que 64,5% (n=89) dos bebês que não apresentaram cárie também não realizavam esta higienização. Não houve diferença estatística significativa ($p=0,348$).

Não foram possíveis as associações da condição socioeconômica e início da introdução de açúcar, má higienização bucal e presença de cárie dentária devido a homogeneidade socioeconômica dos grupos.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

No presente estudo foi possível identificar predomínio do sexo masculino no GF e do sexo feminino no GC. Quanto a distribuição dos bebês do GF, houve predomínio dos bebês com fissura de lábio e palato (G3) e do sexo masculino (BARONEZA et al., 2005), seguidos dos bebês com fissura de palato (G2) e do sexo feminino; e dos bebês com fissura de lábio (G1) e do sexo masculino, condizendo com os dados encontrados na literatura (FREITAS et al., 2004; SILVA FILHO; FREITAS, 2007; FREITAS E SILVA et al., 2008; CYMROT et al., 2010; DI NINNO et al., 2011; GARDENAL et al., 2011) (Tabela 2). Nesta pesquisa, foram poucos bebês pertencentes ao G1 devido ao não comparecimento, na faixa etária deste estudo, à Clínica de Bebês (HRAC-USP) onde os bebês eram avaliados.

Em relação à amamentação foi observada diferença estatisticamente significativa quanto ao seu período de interrupção. Ao se comparar os grupos, foi notável a quantidade de bebês do GF (54,3%) que nunca mamaram no peito. Na 1ª semana de vida 11,9% do GF abandonaram a amamentação, enquanto que no GC 43,1% e 32,8%, interromperam a amamentação entre 4-6 e 6-9 meses, respectivamente (Tabela 4). De acordo com resultados encontrados por Dalben et al. (2003) 90,5% dos bebês avaliados abandonaram a amamentação até o primeiro mês de vida. É importante ressaltar a importância do aleitamento materno para a saúde do bebê, o mesmo é preconizado, exclusivamente, até seis meses de vida. Após esse período é recomendada a introdução alimentar, levado em consideração a qualidade nutricional dos alimentos oferecidos (WATSON; SELL; GRUNWELL, 2005; BRASIL, 2013).

Dentre os motivos de interrupção e da não amamentação (Tabela 5) no GF predominou a incapacidade de sucção e presença de fissura (51,6%) e orientação do médico (11,3%). Nos estudos de Dalben et al. (2003); Silva; Fúria; Di Ninno (2005); Reid, Reilly e Kilpatrick (2007) também foi verificado que a maior parte dos bebês avaliados deixaram a amamentação devido a incapacidade de sucção. No GC 14% foi por orientação do médico e 7,7% por falta de tempo da mãe, provavelmente devido ao fim da licença maternidade e retorno ao trabalho ($p < 0,001$). Em relação aos bebês com fissura, a falta de informação sobre técnicas de amamentação,

insegurança das mães (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000) e despreparo dos profissionais poderiam justificar os dados encontrados nesta pesquisa (PINI; PERES, 2001; AMSTALDEN-MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006; DI NINNO et al., 2006; BRITTON; MCDONALD; WELBURY, 2011).

A substituição da amamentação, total ou parcial, pela mamadeira foi observada em todos os bebês do GC e em 89,3% do GF ($p=0,026$). A introdução da mamadeira foi realizada no GF entre a 1ª semana e 1º mês de idade (90,7%) e no GC por volta do 4-6 mês (Tabela 6), estes dados foram similares aos encontrados por Dalben et al. (2003), reforçando a hipótese da dificuldade de lidar com a amamentação nos bebês com fissura labiopalatina pelos profissionais e mães, e pelo retorno ao trabalho, término da licença maternidade do GC. O retorno das mães ao trabalho se mostra um fator limitante à amamentação (KURINIJ et al., 1989; HILLS-BONCZYK et al., 1993; PÉREZ-ESCAMILLA et al., 1995).

A mucilagem, fórmulas infantis e leite de vaca são os alimentos mais comumente oferecidos em mamadeira do GF, enquanto que em GC de destacam o suco natural, leite de vaca e suco artificial (Tabela 7). Estes dados revelam a alta ingestão de mucilagem, alimento rico em carboidrato simples, e açúcar que tem como finalidade melhora do sabor da preparação e ganho ponderal. Dalben et al. (2003) também observaram a oferta precoce de açúcar aos bebês e a identificação da ingestão de mamadeira com alimentos adoçados. O estado nutricional do bebê é fator limitante para a realização da cirurgia de reparação da fissura e este está diretamente relacionado com a dificuldade de alimentação desses bebês (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000). O fato da dificuldade de alimentação dos bebês com fissura (dificuldade de sucção e quantidade insuficiente de alimentos ingeridos) interferir na adequação nutricional, pode resultar em ganho ponderal ineficiente (AMSTALDEN-MENDES; MAGNA; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2007; PICCIN; MACHADO; BLEIL, 2009). Isto poderia justificar o uso excessivo dos alimentos cariogênicos citados anteriormente.

Quanto a oferta de mamadeira antes de dormir ou durante a noite foi possível verificar que a maioria dos bebês do GF e GC (78,2%) apresentaram este hábito, porém não houve relação com o aparecimento de cárie entre eles. Estudos realizados por Feldens et al. (2010) e Moura et al. (2013) também não encontraram diferença significativa na oferta de mamadeira noturna para bebês com 12 meses de

idade. Estes dados provavelmente foram encontrados devido à pouca idade dos bebês. Mutarai, Ritthagol e Hunsrisakhun (2008) relatam que as mamadas noturnas podem influenciar no surgimento da cárie em crianças com fissuras, entre 18 a 36 meses, no sul da Tailândia, comparadas às crianças sem fissura. Barreto e Corrêa (1999) relatam que a ingestão de leite durante a noite é preocupante, pois aumentam o risco de cárie, visto que os fatores de proteção podem ser insuficientes para equilibrar a alteração do pH. De acordo com Lin e Tsai (1999) este hábito pode estar associado ao fato dos pais quererem compensar de alguma forma a presença da fissura nos filhos.

Em relação ao período de introdução de açúcar (Tabela 8) foi constatada uma introdução precoce no GF em comparação ao GC. Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). A introdução de açúcar na alimentação dos bebês do GF pode ser explicada pela possível tentativa dos pais e/ou responsáveis compensarem de alguma forma a presença da fissura sendo permissivos ao consumo do mesmo. Outro fator que pode estar associado é o ganho de peso, aspecto importante para a realização das cirurgias reparadoras da fissura (AMSTALDEN-MENDES; MAGNA; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2007), visto que o carboidrato simples é considerado um alimento energético e pode contribuir para esse ganho ponderal.

Quanto à primeira oferta de açúcar foi possível identificar que o açúcar simples foi o responsável por esta introdução em 31,7% do GF e 19,9% do GC, seguido de mucilagens (26,63%), que possuem uma alta quantidade de carboidrato simples em sua composição, no GF (Tabela 9).

Quanto à frequência do consumo de açúcar verificou-se que 38,92% do GF o ingerem associado ao leite e/ou fórmulas lácteas e 22,16% em sucos naturais, já no GC esta frequência está distribuída (Tabela 10) Estes dados se assemelham com o encontrado no trabalho de Dalben et al. (2003) no qual grande parte dos bebês ingeriram açúcar através de leite e suco, respectivamente.

O motivo mais frequente para o início do consumo do açúcar pelos bebês foi para a melhora da aceitação da dieta, em ambos os grupos, seguido de ganho ponderal para o GF, corroborando com a hipótese da introdução de açúcar para ganho de peso nesse grupo (AMSTALDEN-MENDES; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006; MOURA et al., 2013), visto que a melhora da aceitação impacta em um maior aporte

calórico e consequente ganho de peso. Foi observado que a primeira oferta de açúcar aos bebês foi de responsabilidade dos pais.

É importante salientar que o consumo excessivo de alimentos ricos em açúcar e gordura deve ser evitado devido ao risco de desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis (DREWNOWSKI, 2005). No presente estudo foi verificado que 100% dos bebês do GF consumiram açúcar e que 27,6% do GC não consumiram ($p < 0,001$). Este resultado se assemelha aos encontrados por Dalben et al. (2003) e Feldens et al. (2010) nos quais, em praticamente todas as crianças estudadas, a introdução do açúcar foi realizada antes do primeiro ano de vida. Uma piora nos padrões alimentares de crianças em nível mundial tem sido observada, o que poderia contribuir para maior ocorrência de cárie dentária (ADAIR; POPKIN, 2005). São necessárias intervenções para que o consumo destes alimentos seja evitada ou minimizada.

Feldens et al. (2013) relatam que os gastos com alimentação não apresentam relação entre o nível socioeconômico e cárie, visto que algumas práticas alimentares cariogênicas foram associados a gastos mais elevados. Bokhout et al. (1997) não encontraram diferença significativa entre aspecto socioeconômico e dieta rica em açúcar. Santos e Sovieiro (2002) não encontraram diferença entre nível socioeconômico e prevalência de cárie devido a homogeneidade da amostra, assim como nesta pesquisa. Já nos estudos de Reisine e Psoter (2001); Cheng, Moor e Ho (2007); Fisher-Owens et al. (2007) foi identificado que um menor status socioeconômico dos pais está associado à uma dieta inadequada.

A realização da higienização bucal apresentou diferença estatística significativa ($p = 0,006$) entre os grupos. O GF apresentou uma parcela de bebês que não efetuavam esta higiene. Indivíduos com fissura apresentam uma susceptibilidade maior para o desenvolvimento de cárie, pois pela presença da fissura ou cicatriz cirúrgica, a higienização bucal é precária devido à dificuldade encontrada no momento de sua realização (CHENG; MOOR; HO, 2007).

Quanto a higienização bucal após a última mamada verificou-se a ausência desta por grande parte dos bebês do GF ($p = 0,020$). Moimaz et al. (2014) encontrou em seu estudo que dos bebês avaliados 17,5% realizavam a higienização bucal diurna aos 12 meses de idade e que 18,8% a efetuaram aos 18 meses. Já no período da noite apenas 5% e 6,3% dos bebês de 12 e 18 meses, respectivamente,

a realizavam. Em estudo realizado por Santos e Sovieiro (2002) identificou que 3,3% dos bebês estudados efetuavam a higienização bucal após a última mamada e que 70,5% deles a realizavam uma ou duas vezes ao dia. Provavelmente a ausência de higienização bucal, principalmente no período noturno, esteja relacionada a maior ocorrência de cárie dentária (ABIOLA et al., 2009). Santos e Sovieiro (2002) também verificaram associação positiva entre a higienização bucal e ocorrência de cárie. Estudos revelam que há uma associação positiva entre o uso de mamadeiras e a má higienização bucal no desenvolvimento da cárie dentária precoce (FURZE; BASSO, 2003; MOIMAZ et al., 2005). A falta de higienização e redução do fluxo salivar, durante a noite, além da oferta de açúcares são fatores de risco para surgimento da doença cárie (NOVAIS et al., 2004).

Quanto a ocorrência de cárie dentária verificou-se que apenas no GF estavam presentes não havendo diferença estatística significativa entre os grupos analisados ($p=0,242$). Santos e Sovieiro (2002) não identificaram associação entre a faixa etária e a presença de cárie nos bebês de 12 meses, porém ao avaliarem crianças acima de 25 meses de idade esta associação foi confirmada, ou seja, a severidade da doença e a prevalência de cárie aumentaram com a evolução da idade. O estudo de Antonarakis, Palaska e Herzog (2013) sugere que indivíduos que apresentam fissura tendem a apresentar maior índice de cárie do que os que não apresentam. Johnsen e Dixon (1984) e Mutarai, Ritthagol e Hunsrisakhun (2008) mostraram que crianças com fissuras apresentam maior prevalência e severidade de cárie precoce da infância quando comparadas a crianças sem fissuras. Al-Wahadni, Alhaia e Al-Omari (2005); Stec-Slonicz, Szczepańska e Hirschfelder (2007); Zhu et al. (2010) encontraram elevada prevalência da ocorrência de cáries em crianças com fissuras e maior risco de desenvolvimento destas. Dahllöf et al. (1989) relataram que existe um receio em se higienizar a boca dos bebês com fissura após a reparação cirúrgica.

Apesar de não ter sido identificada, nesta pesquisa, diferença significativa da presença de cárie entre os grupos, esta presença está associada, no GF, à não higienização bucal discutida anteriormente ($p<0,001$). Este dado corrobora com o encontrado no trabalho de Santos e Sovieiro (2002). Já nos trabalhos de Assis (1997) e Moura et al. (2013) não foram verificadas diferenças significativas entre o hábito de higiene bucal e aparecimento de cárie. No GF os bebês com cárie não

realizavam a higienização bucal e, se realizavam, era somente uma vez por dia. Já GC a maior parte dos bebês a efetuavam 2 vezes por dia (Tabela 14).

Na avaliação da amostra total, mesmo não havendo associação estatisticamente significativa entre a ingestão de açúcar e surgimento da cárie (Tabela 13), foi evidente que o GF (grupo que apresentou bebês cariados) teve um consumo de açúcar (introdução precoce e hábito noturno) superior ao GC (Tabela 8), podendo justificar a presença de cárie dentária apenas neste grupo.

Clinicamente observou-se que os bebês atendidos na Clínica de Bebês do HRAC da USP apresentaram índices baixos de cárie. Apenas o GF apresentou cárie dentária enquanto que o GC não. Porém, o índice de cárie nessa população foi semelhante ao encontrado em outros estudos, realizados em bebês sem fissuras, que verificaram ceo-d médio entre 0,09 e 0,16 (BÖNECKER, 1999; FREIRE; MELO; ALMEIDA E SILVA, 1996; CERQUEIRA, 1998; NEVES, 2002; MOURA et al., 2013) e de acordo com o relatório do Projeto de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) que encontrou ceo-d médio do Brasil de 1,1 aos 18 meses.

Os resultados deste estudo confirmam os achados de Mattos-Graner (1996); Hausen (1997); Bönecker (1999) que identificaram alta concentração de cárie em poucos indivíduos. Assim, dos quatro bebês acometidos pela cárie, apenas um apresentou ceo-d=6, o que certamente elevou a média geral do grupo.

Os principais dentes acometidos pela cárie eram os incisivos centrais superiores próximos à área fissurada, corroborando com o encontrado na literatura sobre a dificuldade da higienização bucal na área acometida pela fissura (CHENG; MOOR; HO, 2007). Neves (2002); Santos e Sovieiro (2002); Moura et al. (2013) também observaram em seus estudos que os dentes mais afetados foram os incisivos superiores.

Estudos abordam o surgimento da cárie dentária com o início e frequência da ingestão de açúcares e doces e identificam uma associação positiva entre eles (JIN et al., 2003; HARRIS et al., 2004; THITASOMAKUL et al., 2009). Assis (1997); Rosenblatt e Zarzar (2002); Garbin et al. (2005); Moura et al. (2013) afirmam que a alta ingestão de doces na infância é fator de grande relevância para o surgimento de cárie. Feldens et al. (2010) identificaram em seu estudo que há um fator de risco para a ocorrência de cárie dentária em crianças com idade de 4 anos que

consomem uma grande quantidade de açúcar no primeiro ano de vida. No presente estudo, não foram observadas associações entre a ingestão de açúcar ($p=0,937$) como nos estudos de King, Wu e Tsai (2003) e Kiwanuka, Astrøm e Trovik (2004), assim como a idade em que foi introduzido ($p=0,432$) com o surgimento de cáries (Tabelas 12 e 13, respectivamente), possivelmente pelo fato dos bebês estudados apresentarem uma faixa etária média de 13 meses (Tabela 1), dessa forma, seria necessário um acompanhamento para avaliação futura de sua saúde bucal.

A dieta cariogênica parece se tornar decisiva no desenvolvimento de cárie quando se considera o tempo em que o alimento permanece na boca, sua frequência de ingestão e higiene bucal ineficaz (DE GRAWE; APS; MARTENS, 2004). Os pais de crianças com fissura tendem a alimentar seus filhos em demasia, oferecendo-lhes uma alta concentração de carboidratos simples (CHENG; MOOR; HO, 2007). A ingestão de alimentos ricos em açúcar durante a noite ou entre as refeições pode elevar o risco de desenvolvimento de cárie dentária (NOVAIS et al., 2004). Feldens et al. (2010) encontraram associações positivas entre o período da amamentação, oferta de mamadeira noturna, oferta de mamadeiras com excesso de açúcar e lipídios e surgimento de cárie precoce na infância (MUTARAI; RITTHAGOL; HUNSRISAKHUN, 2008).

Moimaz et al. (2014) realizaram um estudo verificando a ingestão de alimentos cariogênicos durante e entre as refeições em crianças de 3 faixas etárias distintas (12, 18 e 30 meses). Foi possível verificar que 63,75% das crianças com 12 meses, 48,75% das crianças com 18 meses e 88,75% das crianças com 30 meses ingeriram esses alimentos durante as refeições. Quando analisada a ingestão de alimentos cariogênicos entre as refeições verificou-se que o consumo representava 57,5%, 31,25% e 97,5% das crianças de 12, 18 e 30 meses, respectivamente. Santos e Soviero (2002) encontraram em seu estudo que 75% das crianças estudadas possuíam dieta cariogênica e 69% consumiam bebidas contendo açúcar.

Segundo Feldens et al. (2010), a alimentação inadequada no primeiro ano de vida tem influência na gravidade da cárie e a restrição do consumo de açúcar pelos bebês neste período proporciona benefícios à saúde, além de promover proteção quanto a ocorrência de cárie nos anos seguintes. Segundo Moimaz et al. (2014) a mãe geralmente é a principal cuidadora do bebê, dessa forma, se faz necessário avaliar sua conduta em relação aos hábitos de seus filhos.

Deve-se ressaltar que esta pesquisa identificou fatores de risco para o desenvolvimento da cárie dentária, com diferença estatística significativa como a higienização bucal e outros fatores que podem favorecer o surgimento desta doença como a ingestão precoce de açúcar e aleitamento artificial noturno. Devido à idade dos bebês abordada no estudo, pode ser possível que estes fatores, se persistirem, desencadeiem a cárie dentária futuramente.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

- Bebês do GF apresentaram início mais precoce e maior frequência de ingestão de açúcar em comparação aos do GC.
- Bebês sem fissuras demonstraram uma higiene bucal (inclusive após a última mamada) mais adequada do que os bebês com fissura.
- Bebês do GF apresentaram cárie dentária enquanto que os do GC não.
- Não houve relação entre o período de início e a ingestão de açúcar e presença de cárie dentária na amostra total, porém a introdução deste foi mais precoce e a ingestão superior nos bebês com fissura, os quais apresentaram cárie.
- O hábito de higiene bucal esteve mais presente nos bebês do GC em comparação aos do GF e houve relação com o surgimento da doença cárie.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Abiola AA, Eyitope OO, Sonny OJ, Oyinkan OS. Dental caries occurrence and associated oral hygiene practices among rural and urban Nigerian pre-school children. *J Dent Oral Hyg*. 2009;1:64-70.
- Adair LS, Popkin BM. Are child eating patterns being transformed globally? *Obes Res*. 2005;13(7):1281-99.
- Al-Wahadni A, Alhaija EA, Al-Omari MA. Oral disease status of a sample of Jordanian people ages 10 to 28 with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2005;42(3):304-8.
- Amstalden-Mendes LG, Gil-da-Silva-Lopes VL. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes das correções cirúrgicas. *Rev Ciênc Med (Campinas)*. 2006;15(5):437-48.
- Amstalden-Mendes LG, Magna LA, Gil-da-Silva-Lopes VL. Neonatal care of infants with cleft lip and/or palate: feeding orientation and evolution of weight gain in a nonspecialized Brazilian hospital. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007;44(3):329-34.
- Antonarakis GS, Palaska PK, Herzog G. Caries prevalence in non-syndromic patients with cleft lip and/or palate: a meta-analysis. *Caries Res*. 2013;47(5):406-13.
- Araruna RC, Vendruscolo DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000;8(2):99-105.
- Assis. EQ. Levantamento epidemiológico de cárie dental em crianças de 0 a 36 meses de idade e sua correlação com hábitos de higiene, dieta e a presença da mãe no município de Guraulhos em São Paulo – Brasil [dissertação]. São Paulo, SP: Faculdade de Odontologia da USP; 1997.
- Baroneza JE, Faria MJSS, Kuasne H, Carneiro JLV, Oliveira JC. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. *Acta Sci Health Sci*. 2005;27(1):31-5.
- Barreto MAC, Corrêa MSNP. Prevalência de cárie dentária em crianças de 6 a 24 meses de idade e sua relação com alguns fatores de risco. *RPG Rev Pos Grad*. 1999;6(4):317-22.
- Bian Z, Du M, Bedi R, Holt R, Jin H, Fan M. Caries experience and oral health behavior in Chinese children with cleft lip and/or palate. *Pediatr Dent*. 2001;23(5):431-4.

- Bokhout B, Hofman FX, van Limbeek J, Kramer GJ, Prah-Andersen B. Increased caries prevalence in 2.5-year-old children with cleft lip and/or palate. *Eur J Oral Sci.* 1996;104(5-6):518-22.
- Bokhout B, Hofman FX, van Limbeek J, Kramer GJ, Prah-Andersen B. Incidence of dental caries in the primary dentition in children with a cleft lip and/or palate. *Caries Res.* 1997;31(1):8-12.
- Bönecker MJS. Análise comparativa de estudo 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, SP: Faculdade de Odontologia da USP; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos - um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- Britton KF, McDonald SH, Welbury RR. An investigation into infant feeding in children born with a cleft lip and/or palate in the West of Scotland. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2011;12(5):250-5.
- Campillay PL, Delgado SE, Brescovici SM. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Porto Alegre. *Rev CEFAC.* 2010;12(2):257-66.
- Cerqueira LM. Estudo da dieta, da utilização de medidas preventivas e da prevalência de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses na cidade de Natal [dissertação]. Natal, RN: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1998.
- Cheng LL, Moor SL, Ho CT. Predisposing factors to dental caries in children with cleft lip and palate: a review and strategies for early prevention. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007;44(1):67-72.
- Cymrot M, Sales FCD, Teixeira FAA, Teixeira Junior FAA, Teixeira GSB, Cunha Filho JF, et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(4):648-51.
- Dahlöf G, Ussisoo-Joandi R, Ideberg M, Modeer T. Caries, gingivitis, and dental abnormalities in preschool children with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate J.* 1989;26(3):233-7.

Dalben GS, Costa B, Gomide MR, Teixeira NLT. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2003;40(1):84-7.

Davidoff DCO, Abdo RCC, Silva SMB. Prevalência de cárie precoce da infância. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2005;5(3):215-21.

De Grawe A, Aps JK, Martens LC. Early childhood caries (ECC): what's in a name? *Eur J Paediatr Dent*. 2004;5(2):62-70.

Di Ninno CQMS, Gomes RDO, Moura DFD, Costa BLMD. Informações que os pais de bebês com fissura labiopalatina gostariam de receber no período neonatal. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2006;11(1):10-6.

Di Ninno CQMS, Fonseca LFN, Pimenta MVE, Vieira ZG, Fonseca JA, Miranda ICC, et al. Levantamento epidemiológico dos pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato de um centro especializado de Belo Horizonte. *Rev CEFAC*. 2011;13(6):1002-8.

Drewnowski A. Concept of a nutritious food: toward a nutrient density score. *Am J Clin Nutr*. 2005;82(4):721-32.

Feldens CA, Giugliani ER, Vigo Á, Vítolo MR. Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Res*. 2010;44(5):445-52.

Feldens CA, Rodrigues PH, Rauber F, Chaffee BW, Vitolo MR. Food expenditures, cariogenic dietary practices and childhood dental caries in southern Brazil. *Caries Res*. 2013;47(5):373-81.

Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*. 2007;120(3):e510-20.

Freire MCM, Melo RB, Almeida e Silva S. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia-GO, Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996;24(5):357-61.

Freitas e Silva DS, Mauro LDL, Oliveira LB, Ardenghi TM, Bönecker M. Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. *RGO (Porto Alegre)*. 2008;56(4):387-91.

Freitas JA, Dalben GS, Santamaria M Jr, Freitas PZ. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. *Braz Oral Res*. 2004;18(2):128-33.

Furze H, Basso M. The first dental visit: an Argentine point of view. *Int J Paediatr Dent*. 2003;13(4):266-8.

- Garbin CA, Arcieri RM, Ferreira NF, Luvizuto ER, Alle CF. Assessment of the diet of 0- to 6-year-old children in municipal schools in a Brazilian city. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2005;23(3):119-23.
- Gardenal M, Bastos PRHO, Pontes ERJC, Bogo D. Prevalência das fissuras orofaciais diagnosticadas em um serviço de referência em casos residentes no estado de Mato Grosso do Sul. *Arquivos Int Otorrinolaringol*. 2011;15(2):133-41.
- Gomide MR, Costa B. Cuidados odontopediátricos. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo, SP: Santos; 2007. p. 199-211.
- Gruebbel AO. A measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. *J Dent Res*. 1944;23(3):163-8.
- Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health*. 2004;21(1 Suppl):71-85.
- Hausen H. Caries prediction – state of the art. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(1):87-96.
- Hills-Bonczyk SG, Avery MD, Savik K, Potter S, Duckett LJ. Women's experiences with combining breast-feeding and employment. *J Nurse Midwifery*. 1993;38(5):257-66.
- Jin BH, Ma DS, Moon HS, Paik DI, Hahn SH, Horowitz AM. Early childhood caries: prevalence and risk factors in Seoul, Korea. *J Public Health Dent*. 2003;63(3):183-8.
- Johnsen DC, Dixon M. Dental caries of primary incisors in children with cleft lip and palate. *Cleft Palate J*. 1984;21(2):104-9.
- King NM, Wu II, Tsai JS. Caries prevalence and distribution, and oral health habits of zero- to four-year-old children in Macau, China. *J Dent Child (Chic)*. 2003;70(3):243-9.
- Kiwanuka SN, Astrøm AN, Trovik TA. Dental caries experience and its relationship to social and behavioral factors among 3-5-year- old children in Uganda. *Int J Paediatr Dent*. 2004;14(5):336-46.
- Klassen AF, Tsangaris E, Forrest CR, Wong KW, Pusic AL, Cano SJ, et al. Quality of life of children treated for cleft lip and/or palate: a systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012;65(5):547-57.
- Kurini N, Shiono PH, Ezrine SF, Rhoads GG. Does maternal employment affect breast-feeding?. *Am J Public Health*. 1989;79(9):1247-50.

Lai MC, King NM, Wong HM. Abnormalities of maxillary anterior teeth in Chinese children with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2009;46(1):58-64.

Lauterstein AM, Mendelsohn M. An analysis of the caries experience of 285 cleft palate children. *Cleft Palate J*. 1964;29:314-9.

Lin YT, Tsai CL. Caries prevalence and bottle-feeding practices in 2-year-old children with cleft lip, cleft palate, or both in Taiwan. *Cleft Palate Craniofac J*. 1999;36(6):522-6.

Lucas VS, Gupta R, Ololade O, Gelbier M, Roberts GJ. Dental health indices and caries associated microflora in children with unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2000;37(5):447-52.

Mahan LK, Escott-Stump S. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

Masarei AG, Sell D, Habel A, Mars M, Sommerlad BC, Wade A. The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007;44(3):321-8.

Mattos-Graner ROM. Relação entre os fatores clínicos, microbiológicos e comportamentais e a prevalência de cárie dental em crianças de 12 a 36 meses de idade na cidade de Piracicaba SP [dissertação]. São Paulo, SP: Faculdade de Odontologia da USP; 1996.

Miller CK. Feeding issues and interventions in infants and children with clefts and craniofacial syndromes. *Semin Speech Lang*. 2011;32(2):115-26.

Misra S, Tahmassebi JF, Brosnan M. Early childhood caries--a review. *Dent Update*. 2007;34(9):556-8.

Moimaz SAS, Martins RJ, Forte FDS, Saliba NA. Oral hygiene practices, parents' education level and dental caries pattern in 0 to 5 years-old children. *Braz J Oral Sci*. 2005;4(14):778-82.

Moimaz SAS, Garbin AJ, Lima AM, Lolli LF, Saliba O, Garbin CA. Risk factors in the mother-child relationship that predispose to the development of early childhood caries. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2014;15(4):245-50.

Moura AM, André M, Lopez MT, Dias RB. Prevalence of caries in Brazilian children with cleft lip and/or palate, aged 6 to 36 months. *Braz Oral Res*. 2013;27(4):336-41.

Mutarai T, Ritthagol W, Hunsrisakhun J. Factors influencing early childhood caries of cleft lip and/or palate children aged 18 to 36 months in southern Thailand. *Cleft Palate Craniofac J*. 2008;45(5):468-72.

Neves LT. Avaliação da prevalência, severidade e distribuição da doença cárie e dos fatores relacionados à higiene bucal em portadores de fissura labiopalatal nas faixas etárias de 7 a 66 meses [dissertação]. São Paulo, SP: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2002.

Novais SMA, Batalha RP, Grinfeld S, Fortes TM, Pereira MAS. Relação doença cárie-açúcar: prevalência em crianças. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2004;4(3):199-203.

Pérez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, Rivera A, Treviño-Siller S, Sanghvi T. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. *J Nutr*. 1995;125(12):2972-84.

Piccin S, Machado AD, Bleil RT. Estado nutricional e prática de aleitamento materno de crianças portadoras de fissuras labiopalatais de Cascavel/Paraná. *Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr*. 2009;34(3):71-83.

Pini JG, Peres SPBA. Alimentação do lactente portador de lesão lábio-palatal: aleitamento e introdução alimentar. *Rev Nutr*. 2001;14(3):95-9.

Reid J, Reilly S, Kilpatrick N. Sucking performance of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007;44(3):312-20.

Reisine ST, Psoter W. Socioeconomic status and selected behavioral determinants as risk factors for dental caries. *J Dent Educ*. 2001;65(1):1009-16.

Rosenblatt A, Zarzar P. The prevalence of early childhood caries in 12- to 36-month-old children in Recife, Brazil. *ASDC J Dent Child*. 2002;69(3):319-24.

Santos APP dos, Soviero VM. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. *Pesqui Odontol Bras*. 2002;16(3):203-8.

Silva EBS, Fúria CLB, Di Ninno CQMS. Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. *Rev CEFAC*. 2005;7(1):21-8.

Silva Filho OG, Freitas JAS. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo, SP: Santos; 2007. p.17-49.

Stec-Slonicz M, Szczepańska J, Hirschfelder U. Comparison of caries prevalence in two populations of cleft patients. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007;44(5):532-7.

Thitasomakul S, Piwat S, Thearmontree A, Chankanka O, Pithpornchaiyakul W, Madyusoh S. Risks for early childhood caries analyzed by negative binomial models. *J Dent Res*. 2009;88(2):137-41.

-
- Vadiakas G. Case definition, aetiology and risk assessment of early childhood caries (ECC): a revisited review. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2008;9(3):114-25.
- Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo, SP: Santos; 2005.
- World Health Organization. Oral health surveys. Basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
- Zhu WC, Xiao J, Liu Y, Wu J, Li JY. Caries experience in individuals with cleft lip and/or palate in China. *Cleft Palate Craniofac J*. 2010;47(1):43-7.

APÊNDICE

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO - HRAC

FORMULÁRIO ENTREVISTA

Nome da criança: _____

RG: _____ Gênero: () masculino () feminino

Idade: _____

Renda familiar: _____

Grau de parentesco de quem respondeu ao formulário:

() pai / mãe () tios () cuidador (a)

() avós () padrinhos

1. Tipo de fissura:

() lábio () palato () lábio e palato () sem fissura

2. Criança mama no peito?

() sim () não

3. Criança mamou no peito?

() sim () não

Se sim, por quanto tempo?

() na 1ª semana	() no 1º mês	() do 2º ao 4º mês
() do 4º ao 6º mês	() do 6º ao 9º mês	() do 9º ao 12º mês
() após 12º mês	() não lembra/não sabe	

4. Por que nunca mamou ou deixou de mamar no peito?

() incapacidade de sucção do bebê
 () presença da fissura
 () orientação do médico
 () orientação de familiares ou amigos
 () erupção do primeiro dente
 () falta de tempo da mãe
 () não lembra/não sabe

5. Criança fez ou faz uso de mamadeira?

() sim () não

6. Quando iniciou o uso de mamadeira?

() na 1ª semana	() no 1º mês	() do 2º ao 4º mês
() do 4º ao 6º mês	() do 6º ao 9º mês	() do 9º ao 12º mês
() após 12º mês	() não lembra/não sabe	

7. Quando deixou de usar mamadeira?

() na 1ª semana	() no 1º mês	() do 2º ao 4º mês
() do 4º ao 6º mês	() do 6º ao 9º mês	() do 9º ao 12º mês
() após 12º mês	() não lembra/não sabe	

8. É oferecido mamadeira antes de dormir ou durante a noite?
() sim () não
9. Que tipo de alimento é oferecido à criança na mamadeira?
() leite de vaca () fórmula láctea () mucilagens
() café com leite () refrigerante () suco de frutas artificial
() suco de frutas natural () chás () nenhum item
10. Quando foi oferecido açúcar à criança pela primeira vez?
() na 1ª semana () no 1º mês () do 2º ao 4º mês
() do 4º ao 6º mês () do 6º ao 9º mês () do 9º ao 12º mês
() após 12º mês () não lembra/não sabe () nunca ingeriu
11. O contato com o açúcar ocorreu através de:
() mel puro () açúcar
() achocolatado () Mucilagens
() não sabe / não lembra
12. Por qual motivo foi oferecido açúcar?
() ganho de peso () melhora da aceitação
() orientação médica/nutricionista () hábito da família
13. Quem ofereceu açúcar à criança pela primeira vez?
() pai / mãe () tios () cuidador (a)
() avós () padrinhos () irmãos
() berçário / creche () baba / empregada
() não sabe/não lembra
14. A criança continua a ingerir açúcar?
() sim () não
15. Com qual frequência ocorre esta ingestão?
() em todos os alimentos oferecidos na mamadeira
() no leite/fórmula
() no suco natural
() no chá
16. Realização de higiene bucal:
() sim () não
Se sim:
() 1 vez
() 2 vezes
() 3 vezes
17. Realiza higiene bucal após a última mamada?
() sim () não

ANEXOS

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Início da introdução de açúcar na dieta e presença de cárie dentária em bebês com e sem fissura labiopalatina.

Pesquisador: Juliana Silvério Campanati Mendonça

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30942314.2.0000.5441

Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 734.767

Data da Relatoria: 29/07/2014

Apresentação do Projeto:

O presente estudo será realizado no HRAC-USP, na seção de Odontopediatria e Saúde Coletiva (Clínica de Bebês). Para o delineamento da pesquisa será escolhida aleatoriamente uma população de bebês com fissura de lábio (FL), de palato (FP), de lábio e palato (FLP) e sem fissuras e outras malformações (grupo controle – GC). Para esta escolha, os bebês deverão estar nos seguintes critérios de inclusão:

- a) Estar na faixa etária entre 6 e 18 meses completos;
- b) Realizar refeições exclusivamente via oral;
- c) Possuir pelo menos dois dentes irrompidos;
- d) Boas condições de saúde geral.

Serão estabelecidos 4 grupos de estudo com crianças: apresentando fissura de lábio (G1), de palato (G2), de lábio e palato (G3) e controle (G4). A amostra almejada é de 150 participantes, sendo 50 de cada grupo de fissuras e 150 do grupo controle.

A composição dos grupos (FL, FP e FLP) será realizada de acordo com o agendamento do bebê na seção de Odontopediatria e Saúde Coletiva (Clínica de Bebês). No grupo controle será realizada em creches municipais da cidade de Bauru.

Para todos os grupos, será aplicado um questionário no qual haverá a verificação do início e

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

Continuação do Parecer: 734.767

introdução do consumo de açúcar pelo bebê, além de ser verificado a presença de placa bacteriana e cárie dentária.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Avaliar se o início e introdução do açúcar na dieta dos bebês com fissuras labiopalatinas não-sindrômicas e bebês sem fissuras, está associado ao surgimento de cáries.

Específicos

Identificar se o início e introdução do açúcar na dieta dos bebês com fissuras não-sindrômicas, foi com a finalidade de ganho de peso.

Verificar o nível de higiene bucal e a presença de cárie dentária.

Verificar se a condição sócio-econômica interfere no início da introdução de açúcar, má-higienização bucal e presença de cárie dentária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos ao sujeito da pesquisa poderão estar envolvidos com a duração de tempo de aplicação do questionário e exame clínico bem como possível desconforto do bebê durante o exame clínico (choro e agitação).

Benefícios:

Os benefícios ao sujeito participante são que a aplicação do questionário, servirá para documentar os fatores alimentares de risco da doença cárie e obter dados que possibilitem desenvolver técnicas de prevenção, intervenção e conscientização para a população estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este projeto retorna ao Comitê para nova análise após a pesquisadora respondeu as pendências por nós realizadas.

-Os riscos e benefícios apresentam-se mais completos e explicativos.

-Apresentou a autorização da "CRECHE DOCE RECANTO", no Núcleo Habitacional Otávio Rasi em Bauru - SP, com anuência da PROFA. TEREZA ARAÚJO VILANI (coordenadora pedagógica).

-Acrescentou também o TCLE que será aplicado ao grupo controle

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os seguintes termos:

- . Carta de encaminhamento dos pesquisadores aos CEP
- . Formulário HRAC

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

Continuação do Parecer: 734.767

- . Folha de rosto (CONEP) – gerada no site da plataforma Brasil
- . Orçamento detalhado e remuneração dos pesquisadores (se houver)
- . Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (grupo controle e grupo matriculado HRAC)
- . Termo de compromisso de divulgação e publicação dos resultados da pesquisa e destinação de materiais ou dados coletados
- . Análise crítica dos riscos e benefícios
- . Critérios para suspender ou encerrar as pesquisas
- . Termo de compromisso do pesquisador responsável
- . Carta de autorização da "CRECHE DOCE RECANTO"
- . Checagem Plataforma Brasil / Informações básicas do projeto

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Uma vez que a pesquisadora atendeu as solicitações feitas por este CEP, não apresentando mais envolvimento ético, recomendo a APROVAÇÃO do referido projeto por este Comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deve atentar que o projeto de pesquisa aprovado por este CEP refere-se ao protocolo submetido para avaliação. Portanto, conforme a Resolução CNS 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado", se caso houver alterações nesse projeto, este CEP deverá ser comunicado em emenda via Plataforma Brasil, para nova avaliação.

Cabe ao pesquisador notificar via Plataforma Brasil o relatório final para avaliação, assim como os relatórios semestrais, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos e/ou outros Termos obrigatórios, quando solicitados no parecer.

BAURU, 31 de Julho de 2014

Assinado por:
Marcia Ribeiro Gomide
(Coordenador)

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-900
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** uep_projeto@centrinho.usp.br

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) Sr(a)

R.G. _____, responsável pelo(a) menor _____, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pela pesquisadora em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma o seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, concordando na participação do projeto de pesquisa intitulado "*Início da introdução de açúcar na dieta e presença de cárie dentária em bebês com e sem fissura labiopalatina*", sob a responsabilidade da aluna Juliana Silvério Campanati Mendonça (CRN 3 nº 20103) sob orientação da Dra. Beatriz Costa (CROSP 27470), que será desenvolvido no HRAC-USP.

A pesquisa tem como objetivo, verificar o início e introdução de açúcares na dieta de bebês de seis a dezoito meses, com fissura de lábio, de palato e de lábio e palato, bem como à presença de placa bacteriana e cárie dentária, comparando-os com bebês sem fissura. Para esta verificação, será aplicado um questionário aos pais ou cuidadores contendo perguntas relativas ao hábito alimentar e higiene bucal e realizado um exame clínico intrabucal. A pesquisa não oferece riscos à sua integridade.

A aplicação ocorrerá em um único momento com duração de 30 minutos aproximadamente, no intervalo das consultas de rotina no hospital, com possibilidade de mais intervalos, dependendo da disposição, fadiga, interesse e disponibilidade do responsável pelo bebê.

A pesquisadora se compromete a informar aos responsáveis os resultados da avaliação. Após o término da pesquisa, o material coletado será mantido sob a guarda da pesquisadora e orientadora, com fins específicos de publicação científica, evidentemente resguardando a identidade. Caso sejam observados prejuízos na avaliação, o participante será devidamente orientado para o encaminhamento aos serviços especializados na comunidade.

Fica esclarecido que a participação do sujeito nesta pesquisa não envolve custos sobre possíveis ressarcimentos de condução e/ou alimentação, uma vez que está prevista a coleta em dias e horários que já fazem parte da rotina hospitalar da criança.

Fica claro que o sujeito ou seu responsável poderá a qualquer momento retirar seu consentimento livre e esclarecido e deixar de participar da pesquisa, ciente que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força do sigilo profissional, sem que isso lhe cause penalização, constrangimento ou interfira nas atividades realizadas na instituição hospitalar.

Caso o sujeito da pesquisa ou seu responsável apresentar alguma reclamação em relação a sua participação na pesquisa, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP à Rua Silvio Marchione, 3-20 Bauru. Telefone (14) 3235-8421.

O presente instrumento foi redigido em duas vias, para ser entregue uma ao responsável e outra mantida com a pesquisadora.

Por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Bauru _____ de _____ de 2014.

Responsável pelo sujeito
Assinatura do Responsável pelo menor
(Sujeito da Pesquisa menor de 18 anos)

Juliana Silvério Campanati Mendonça

Em caso de dúvidas e demais esclarecimentos sobre o estudo, o participante/responsável poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Pesquisador Responsável: Juliana Silvério Campanati Mendonça

Endereço Institucional: Rua Silvio Marchione, 3-20

Cidade: Bauru

Estado: SP

CEP: 17012-900

Telefone: (14) 3235 8000

E-mail: julianacampanati@yahoo.com.br