

**Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”  
Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP**

*Fabíola Diogo de Siqueira Frota*

**Interrelação entre o tempo de amamentação, introdução de hábitos bucais deletérios, cárie precoce e a ocorrência de maloclusão em crianças com deficiência e de crianças fenotipicamente normais. Estudo comparativo.**

**Araçatuba - SP  
2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

*Fabiola Diogo de Siqueira Frota*

**Interrelação entre o tempo de amamentação, introdução de hábitos bucais deletérios, cárie precoce e a ocorrência de maloclusão em crianças com deficiência e de crianças fenotipicamente normais. Estudo comparativo.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho, Campus de Araçatuba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontopediatria.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra M. H. C. Ávila de Aguiar

**Araçatuba - SP  
2009**

Catálogo na Publicação (CIP)

Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

- D591i Diogo, Fabíola de Siqueira Frota.  
Interrelação entre o tempo de amamentação, introdução de hábitos bucais deletérios, cárie precoce e a ocorrência de maloclusão em crianças com deficiência e de crianças fenotipicamente normais : estudo comparativo / Fabíola Diogo de Siqueira Frota. - Araçatuba : [s.n.], 2009  
89 f. : il. ; tab. + 1 CD-ROM
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2009  
Orientadora: Profa. Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar
1. Aleitamento materno 2. Crianças portadoras de deficiência  
3. Cárie dentária 4. Má oclusão

Black D27  
CDD 617.645

# *DADOS CURRICULARES*

## *Fabiola Diogo de Siqueira Frota*

- NASCIMENTO .....: 30/08/1978 – FORTALEZA-CE
- FILIAÇÃO .....: Antônio Edvaldo Linhares Frota  
Gláucia Maria Diogo de Siqueira
- 2001 – 2006 .....: Curso de Graduação em Odontologia na Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
- 2007 – 2008 .....: Curso de Residência - Especialização em Odontopediatria, na Bebê Clínica de Londrina pela Universidade Estadual de Londrina – UEL.
- 2008 – 2009 .....: Curso de Pós-Graduação em Odontopediatria, nível de Mestrado, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

*DEDICATÓRIA*

Dedico este trabalho, à Deus,  
Nossa Senhora, minha mãe e  
minha avó Sulita (*In Memoriam*).

*AGRADECIMENTOS  
ESPECIAIS*



Aos meus pais, *Edvaldo e Gláucia*, sem vocês nada disso teria acontecido.

Em especial a minha mãe que sempre me incentivou e me ajudou seja financeiramente ou emocionalmente, dando muita força, às vezes, só em falar com ela pelo telefone me confortava apesar de estar longe de seus afagos, mas com a certeza de está sempre presente em seu coração independente do momento e da distância. “Maminha”, um exemplo de mulher guerreira, da qual tenho muito orgulho, te amo muito.

Aos meus irmãos *Felipe e Fabrício* pela torcida e apoio.

A minha tia querida *Hilda* pelos incentivos carinhosos e também financeiros.

A minha linda família muito obrigada pelos momentos de oração, atenção e incentivo.

Aos vizinhos queridos da UNIREP, o *Cristal*, a *Tia Marlene* e a *Cris*, vocês se mostraram amigos leais e importantes na minha estada em Araçatuba, no ano de 2008.

À queridíssima amiga, vizinha, *Emilene Missel* pela amizade que se edificou ao longo dessa jornada, ao apoio nos momentos penosos, partilhando segredos, momentos muito divertidos e até casa, comida e bebida. Vou sentir muitas saudades de gritar por Miiiiiiiiiiiiiiiiiiii...

À *Daniela Oliveira* e seu filho lindo o *Miguelzinho*, uma grande amiga, sincera, meiga e que me acolheu em alguns e ótimos fins de semana junto à sua família maravilhosa compartilhando momentos descontraídos de muita alegria.

“Cada novo amigo que ganhamos no decorrer da vida aperfeiçoa-nos e enriquece-nos, não tanto pelo que nos dá, mas pelo que nos revela de nós mesmos”.

Miguel Unamuno

Aos pacientes e seus familiares, que permitiram a realização deste trabalho.

A minha orientadora *Profª Drª Sandra M.H.C Ávila de Aguiar*, que foi um presente que Deus me abençoou e o Prof. Dr. Célio me deu. Temos muitas afinidades e uma delas é sermos apaixonadas pela mesma área de pacientes com deficiência. Agradeço não só pelos ensinamentos técnico científicos, mas pela amizade que construímos, convivendo de forma alegre e descontraída durante a minha fase do mestrado, seja na clínica, no departamento, na academia, nos momentos de laser, sempre demos boas risadas e nos divertimos.

Fessorinha,

“Durante a nossa vida: conhecemos pessoas que vem e que ficam, outras que, vem e passam. Existem aquelas que, vem, ficam e depois de algum tempo se vão. Mas existem aquelas que vem e se vão com uma enorme vontade de ficar”.

Charles Chaplin

**MUITO OBRIGADA !!!**

*AGRADECIMIENTOS  
SINCEROS*

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba, na pessoa do *Prof. Dr. Pedro Felício Estrada Bernabé*, digníssimo Diretor.

Ao Curso de Pós-Graduação em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, na pessoa de seu coordenador *Prof. Dr. Robson Frederico Cunha*. Além de um exímio educador, sempre esteve à disposição para ajudar e solucionar os problemas.

Aos docentes da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, *Prof. Dr. Alberto Delbem, Prof. Dr. Célio Percinoto, Prof. Dr. Robson Cunha, Profª Drª Rosângela Nery* pela agradável convivência e conhecimentos transmitidos.

Aos funcionários do Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, *Maria dos Santos Ferreira Fernandes, Mario Luis da Silva*, pela convivência harmoniosa e momentos de descontração.

A todos os colegas do curso de Pós-Graduação em Odontopediatria (Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, pela convivência carinhosa.

A todas as amigas da turma do mestrado: *Dani, Mi, Jô, Lilian e Nathi* pela ótima convivência, amizade e carinho.

As amigas de Araçatuba Raquel Parra e Eloá Luvizutu pela amizade, momentos descontraídos e alegres que desfrutamos nesses últimos anos.

Aos funcionários e colegas do CAOÉ, na pessoa de seu Supervisor, *Prof. Dr. Wilson Roberto Poi*, pelo carinho e atenção na realização deste trabalho.

À APAE de Araçatuba na figura da coordenadora do programa de estimulação precoce *Drª Lúcia Espadão* e dos profissionais da área de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional pela disponibilidade, dedicação, respeito e carinho com a qual me trataram e se dedicam aos pacientes.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, pela atenção e disponibilidade que nos recebem.

À Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, pelo profissionalismo e atenção sempre carinhosa.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de recursos que possibilitou a realização deste Curso de Mestrado.

As professoras da Universidade de Fortaleza da disciplina de Clínica Infantil, *Profª Anastácia Ramalho e Profª Drª Grace Teles da Rocha* pelo apoio e incentivo que sempre depositaram em mim.

Aos meus amigos de Fortaleza, *Roberto Nibon, Rafael Melo, Carolina Corrêa, Larissa Benício, Sílvia Amélia, Karla Carneiro, Giovanna Feitosa, Lise Aguiar, Lícia Carneiro, Thathye Arruda e Milena Sleiman*, que seja através de telefonemas ou da internet encurtaram um pouco a distância e entenderam a ausência momentânea.

As queridas amigas *Thaís Varanda, Marysol, Maryali e Flávia Morel*. Conviver com vocês na época da Residência foi maravilhoso, adoro todas vocês e sinto muitas saudades.

Aos professores da Bebê Clínica da UEL, *Prof. Dr. Antônio Ferelle e Prof. Dr. Luiz Walter, Profª Drª Wanda Frossard, Profª Drª Leila Maria Pinto, Profª Beatriz Scarpelli, Profª Marília Punhagui, Profª Drª Rosani de Souza, Profª Drª Cássia Cilene, Profª Drª Farli Boer*, que pelos seus ensinamentos, paciência e amizade durante o curso da Residência ajudaram a galgar mais uma etapa na minha vida.

Ao funcionário da prótese Washington, na ajuda com a formatação deste trabalho.

Ao funcionário da ADFOA, Marquinho, na ajuda com a impressão deste trabalho.

À *Profª Drª Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld*, pela colaboração e realização do tratamento estatístico deste trabalho.

À todos aqueles que, de certa forma, contribuíram e não atrapalharam para a elaboração e conclusão deste trabalho,

**MINHA ETERNA GRATIDÃO...**

*EPÍGRAFE*

“Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem se atreve... A vida é muita para ser insignificante”.

*Charles Chaplin.*



*RESUMO*

**DIOGO, F.S.F. Interrelação entre o tempo de amamentação, introdução de hábitos bucais deletérios, cárie precoce e a ocorrência de maloclusão em crianças com deficiência e de crianças fenotipicamente normais. Estudo comparativo.** 2009. 89 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009.

## RESUMO

A criança portadora de necessidades especiais é aquela que apresenta desvios da normalidade de ordem física, mental, sensorial, comportamental ou de crescimento. A odontologia para o bebê se fundamentou em três princípios: educação, atenção precoce e determinação, reversão e controle dos fatores de risco, de forma a promover a saúde bucal. A atenção odontológica precoce para bebês portadores de necessidades especiais, se funde com a odontologia para bebês “normais”, pois não é o indivíduo e sim a condição de ser bebê é que deve ser considerada especial. O leite materno é considerado o melhor alimento para o recém-nascido, pois possui elementos essenciais ao crescimento físico, funcionamento imunológico e desenvolvimento psicológico das crianças, especialmente, ao longo do primeiro ano de vida, propiciando o desenvolvimento normal de todo o complexo craniofacial. O objetivo do presente estudo foi avaliar e relacionar o tempo de aleitamento materno com a introdução de hábitos bucais, cárie precoce e ocorrência de maloclusão em crianças de 1 a 4 anos de idade, de ambos os gêneros, matriculadas e assistidas no Centro de Assistência Odontológica a Portadores de Necessidades Especiais, Unidade Auxiliar de Estrutura Complexa, na APAE de Araçatuba e na Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”. Utilizou-se um questionário, com perguntas pertinentes ao assunto, que foi respondido pelas respectivas mães e/ou cuidadores destes. E, para complementar foram realizados exames clínicos bucais nestas crianças, para análise de suas condições de saúde bucal. Para análise estatística foram aplicados testes de associação, Qui-quadrado ou Fisher, ao nível de significância a 5% e os resultados foram significativos quando o valor de ( $p < 0,05$ ). Concluímos que na faixa etária de 1 a 4 anos as crianças, sejam elas fenotipicamente normais ou com deficiência, com relação às orientações sobre prevenção da cárie dentária e outros problemas bucais, são muito semelhantes, tanto que não houve diferenças estatisticamente significante quanto a cárie precoce na infância, nos grupos estudados. Em ambos os grupos a mordida aberta anterior foi o problema de maloclusão mais encontrado e, o bruxismo foi mais freqüente nas crianças com deficiência que nas fenotipicamente normais.

Palavra-chave: Aleitamento materno. Crianças portadoras de deficiência. Cárie dentária. Má oclusão.

*ABSTRACT*

**DIOGO, F.S.F. Inter-relation among breast feeding, introduction of bad oral habits, early caries and occurrence of malocclusion in phenotypically normal children and children with special needs: A comparative study.** 2009. 89 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009.

#### ABSTRACT

The child with special needs is the one who presents physical, mental, sensorial, behavioral or growth normality deviations. Dentistry for babies has been based upon in three principles: education, early attention and determination, reversion and control of risk factors, in order to promote oral health. Early dental care for babies with special needs is joined to the dentistry for “normal” babies, because it is not the individual but the condition of being baby that must be considered as special. Maternal milk is considered to be the best nutriment for the new-born, because it has essential elements to the physical growth, immunological system and psychological development of children, especially along of the first year of life, allowing the normal development of the whole craniofacial complex. The purpose of the present study was to evaluate and to relate time of breast feeding with the introduction o bad oral habits, early caries and the occurrence of malocclusion in children aging between 1 and 4 years, from both genders, registered and assisted at the Center of Dental Assistance to Patients with Special Needs (Centro de Assistência Odontológica a Portadores de Necessidades Especiais), Auxiliary Unity of Complex Structure (Unidade Auxiliar de Estrutura Complexa), APAE of Araçatuba and at the Baby Clinics (Bebê Clínica) from Araçatuba School of Dentistry of the Sao Paulo State University. A questionnaire was used, with questions related to this subject, which was answered by the babies’ respective mothers or carers. In order to complement the investigation, oral clinical exams were accomplished in these children for the analysis of their oral health condition. The data obtained were submitted to statistical analysis which included association tests, qui-squared or Fishers tests, at 5% significance level and the results were significant when  $p < 0,05$ . It was possible to conclude that children between 1 and 4 years old, phenotypically normal or with special needs, are very similar concerning the orientations of caries prevention and other oral problems, what was corroborated by the fact that there was no statistically significant differences concerning early caries in childhood, in the studied groups. In both groups, anterior open bite was the most found malocclusion problem and bruxism was the most frequent in children with special needs than in phenotypically normal children.

Key-words: Breast feeding. Children with special needs. Dental caries. Malocclusion.

## LISTA DE TABELAS

	Páginas
Tabela 1 - Distribuição da população estudada quanto ao gênero .....	53
Tabela 2 - Distribuição da população estudada quanto a renda familiar .....	54
Tabela 3 - Distribuição da população estudada quanto ao tipo de parto.....	54
Tabela 4.0 - Distribuição da população estudada quanto as complicações no parto no grupo dos fenotipicamente normais.....	54
Tabela 4.1 - Distribuição da população estudada quanto as complicações no parto no grupo dos deficientes.....	55
Tabela 5 - Distribuição da população estudada quanto a utilização de medicação .....	55
Tabela 6 - Distribuição da população estudada quanto a amamentação exclusiva até os 6 meses .....	56
Tabela 7 - Distribuição da população estudada quanto a presença de maloclusões .....	56
Tabela 8 - Distribuição da população estudada quanto aos hábitos de sucção não nutritivos (dedo e chupeta).....	57
Tabela 9 - Distribuição da população estudada quanto ao hábito de sucção nutritivo (mamadeira) .....	57
Tabela 10 - Distribuição da população estudada quanto a cárie precoce .....	57
Tabela 11 - Distribuição da população estudada quanto ao bruxismo .....	58
Tabela 12 - Distribuição da população estudada quanto ao uso de componentes fluoretados .....	58
Tabela 13 - Distribuição da população estudada quanto a higiene dentária .....	59
Tabela 14 - Distribuição da população estudada quanto a frequência dos pais ao dentista e o tipo de tratamento realizados.....	59
Tabela 15 - Interrelação entre a amamentação exclusiva e a ocorrência de hábitos de sucção de dedo e chupeta, em ambos os grupos estudados.....	60

Tabela 16 - Interrelação entre a ocorrência de hábitos de sucção de dedo e chupeta nas crianças com deficiência, que foram amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses de idade.....	60
Tabela 17 - Interrelação entre a ocorrência de hábitos de sucção de dedo e chupeta nas crianças fenotipicamente normais, que foram amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses de idade .....	60
Tabela 18 - Interrelação quanto ao número de crianças que após serem amamentadas no peito aderiram à mamadeira, em ambos os grupos estudados .....	61
Tabela 19 - Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças que foram amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses de idade, em ambos os grupos estudados.....	61
Tabela 20 - Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças com deficiência, que foram amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses de idade .....	61
Tabela 21 - Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças fenotipicamente normais, que foram amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses de idade.....	62
Tabela 22 - Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças que utilizaram mamadeira, em ambos os grupos estudados.....	62
Tabela 23 - Interrelação entre a amamentação no peito e a ocorrência de cárie precoce, em ambos os grupos estudados .....	63
Tabela 24 - Interrelação entre a renda familiar e a ocorrência de cárie precoce, em ambos os grupos estudados.....	63
Tabela 25 - Interrelação entre a utilização de medicamentos rotineiramente e a ocorrência de cárie precoce, em ambos os grupos estudados .....	63
Tabela 26 - Interrelação entre a higiene dentária e a ocorrência de cárie precoce, em ambos os grupos estudados.....	64

Tabela 27 - Interrelação entre a ocorrência de cárie precoce nas crianças que faziam uso de componentes fluoretados, em ambos os grupos estudados .....	64
Tabela 28 - Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças que possuíam hábitos de sucção de dedo e chupeta, em ambos os grupos estudados.....	65
Tabela 29 - Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças com deficiência, que possuíam hábitos de sucção de dedo e chupeta .....	65
Tabela 30 - Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças fenotipicamente normais, que possuíam hábitos de sucção de dedo e chupeta .....	65

## LISTA DE ANEXOS

	Páginas
Anexo A – Ofício aprovação Comitê Ética em Pesquisa.....	86
Anexo B – Questionário .....	87
Anexo C – Consentimento Livre e Esclarecido .....	89



## LISTA DE ABREVIATURAS

CAOE	Centro de Assistência Odontológica a Portadores de Necessidades Especiais
UNESP	Universidade Estadual Paulista
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AM	Aleitamento Materno
CPI	Cárie de Primeira Infância
EM	Estreptococos Mutans
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos, Obturados
CPOS	Superfície de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
OMS	Organização Mundial da Saúde
CEPAE	Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
APAE	Associação dos Pais e Amigo dos Excepcionais
SM	Salário Mínimo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

	Páginas
1 Introdução .....	24
2 Revisão da Literatura .....	29
3 Proposição .....	45
4 Material e Método.....	47
5 Resultados .....	52
6 Discussão.....	66
7 Conclusão .....	74
8 Referências .....	76
9 Anexos .....	85

# *INTRODUÇÃO*

## **1** INTRODUÇÃO

A atenção odontológica precoce para bebês portadores de necessidades especiais, se funde com a Odontologia para bebês “normais”, pois não é o indivíduo e sim a condição de ser bebê é que deve ser considerada especial, portanto o bebê portador de necessidade especial deve ser tratado em condição de igualdade com os demais. (AGUIAR et al., 2003).

A criança portadora de necessidades especiais é aquela que apresenta algum déficit físico, e/ou mental e/ou comportamental que limitam suas atividades vitais, tais como necessidades próprias da faixa etária diagnosticadas como sendo necessidades educativas, adquiridas, congênitas e de desenvolvimento. A partir dessa constatação, a odontologia para o bebê se fundamentou em três princípios: educação, atenção precoce e determinação, reversão e controle dos fatores de risco, de forma a promover a saúde bucal (AGUIAR; SEDLACEK, 2003; WALTER et al., 1996).

A maioria dos programas de estimulação precoce são dirigidos a crianças de 0 a 3 anos. Geralmente, esses programas envolvem atividades de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Para o neonato, a estimulação precoce ou intervenção precoce procura dar condições para que o mesmo se auto-organize podendo, então, receber estimulação para possibilitar um desenvolvimento mais adequado (HANEL, 1995).

Desde a década de 80 do século XX, observa-se significativos destaques da literatura à lactação como um dos elementos essenciais ao crescimento físico, funcionamento imunológico e desenvolvimento psicológico de crianças, especialmente ao longo do primeiro ano de vida. O leite materno é considerado o melhor alimento para o recém-nascido. Ademais, os movimentos de mastigação iniciam se efetivamente em torno de 6 meses, época na qual é recomendada a introdução de alimentos mais espessos (BRUNKEN et al., 2006; CARRASCOZA et al., 2005a; CHAVES et al., 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

O dentista, sendo um profissional da área de saúde, deve ser capaz de orientar a gestante e as recém mães no sentido de justificar a necessidade do aleitamento do bebê ao seio, visto que uma amamentação insuficiente tem forte

correlação com a presença de hábitos bucais nocivos, constituindo-se num dos principais fatores etiológicos das maloclusões dentárias (MEDEIROS; RODRIGUES, 2001).

O estímulo ao aleitamento materno é a melhor prevenção, pois através dele, a criança aprende a respirar pelo nariz, favorece o crescimento antero-posterior da mandíbula e desenvolve o tônus muscular facial necessário, quando da chegada da primeira dentição. O aleitamento materno propicia o desenvolvimento normal de todo o complexo craniofacial (ANTUNES et al., 2008; NEIVA et al., 2003; TRAWITZKI et al., 2005;).

Além do mais, o estímulo ao aleitamento materno retarda o contato precoce do bebê com carboidratos. Quando ocorre o desmame precoce, a criança passa a ser alimentada pela mamadeira, aumentando o risco de cárie, além de adquirir hábitos bucais deletérios que contribuem para instalação de distúrbios da oclusão (FRAIZ, 1996; TURNER, 1998).

Ao ser alimentado naturalmente, o bebê executa de 2000 a 3500 movimentos mandibulares, ao passo que na alimentação artificial esse movimentos são apenas de 1500 a 2000 (TOMITA et al., 2004).

Em relação aos hábitos alimentares tem se observado nas últimas décadas, a ingestão de alimentos com uma consistência mais amolecida que exigem menos força mastigatória e concomitantemente a este fato a utilização de mamadeiras, contribuindo para a instalação de hábitos bucais deletérios (PERES et al., 2007).

Segundo Newbrum (1988), a cariogenicidade dos alimentos depende da quantidade, frequência e forma de ingestão dos carboidratos. Nos bebês portadores de necessidades especiais, a consistência dos alimentos é quase sempre pastosa, aumentando a adesividade e, conseqüentemente, o tempo de sua remoção da cavidade bucal. Além do mais, diferenças na musculatura influenciam na auto-limpeza, aumentando a retenção dos alimentos. Medicamentos comumente utilizados por essas crianças e que apresentam redução no fluxo salivar, bem como alteração na composição da saliva, levam à deficiência na capacidade tampão, fundamental no processo de equilíbrio da des e remineralização.

Devido a condição de saúde em que se encontra o paciente com necessidades especiais, a mãe ou cuidador(a) deve ser informada e estimulada sobre os benefícios da amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida. Quando o

bebê apresentar o reflexo de sucção-deglutição anormal, pode-se obter melhora imediata pelo controle combinado do copo, da cabeça e da mandíbula. Se a criança for tão gravemente incapacitada que não tenha o reflexo de sucção-deglutição e necessita ser alimentada por sonda, o único modo de livrá-la do tubo é oferecer-lhe alimentação normalmente usando a colher (MUELLER, 1980).

A Academia Americana de Odontopediatria foi que sugeriu, para o termo cárie precoce (*Early Childhood Caries* ECC), a seguinte definição: presença de um ou mais dentes cariados (incluindo tanto lesões cavitadas como as não cavitadas), ausentes (devido à cárie) ou restaurados, em crianças com até 71 meses de idade. Ainda, em crianças menores de três anos, qualquer sinal de superfície livre cariada seria considerado como cárie precoce severa (*Severy Early Childhood Caries* S-ECC).

A cárie precoce é considerada um sério problema de saúde, com maior prevalência em grupos de baixo nível sócio-econômico, mas também observada na população em geral (BRANDÃO et al., 2006). A cárie de primeira infância afeta cerca de 6% das crianças com menos de 3 anos de idade (ERICKSON; MAZHARI, 1999).

Os pais devem ser informados quanto aos prováveis efeitos negativos da utilização da mamadeira noturna com líquidos açucarados, concomitante à higiene deficiente, a importância da dieta equilibrada, o uso do flúor e os cuidados quanto à higiene bucal, assim como a necessidade da visita ao cirurgião-dentista quando do irrompimento dos primeiros dentes decíduos, tornar-se-á mais fácil impedir o estabelecimento de maus hábitos (ÇAGLAR et al., 2005; CRUZ et al., 2004; WALTER et al., 1996).

Mudar hábitos, culturalmente estabelecidos é difícil, necessitando um trabalho contínuo, que respeite as características da comunidade. No processo de mudança, é preciso conscientizar os profissionais de saúde e os indivíduos formadores de opinião, além de estimular programas de educação para orientar as gestantes e mães quanto à alimentação da criança no primeiro ano de vida (VIEIRA et al., 2004).

O conceito de que a assistência odontológica à criança deve atuar juntamente com os pais está bem estabelecido, promovendo-se consultas sucessivas, além de um relacionamento positivo com o profissional, perdurando até a idade adulta. Assim, a odontologia para bebês firma-se como tendência na

odontologia atual, sendo sua filosofia baseada principalmente em práticas educativas e preventivas, ainda nos primeiros meses de vida, com ações direcionadas para a determinação dos fatores de risco para as diferentes patologias bucais (CUNHA et al., 2000).

Os efeitos benéficos da amamentação exclusiva até os seis meses de idade nas crianças, serão acrescidos quando associado a um programa multidisciplinar que incentiva, orienta e motiva as mães para esta prática tão importante para a vida de seu bebê, tal como ocorre no Centro de Assistência Odontológica a portadores de necessidades especiais (CAOE), Unidade Auxiliar de Estrutura Complexa, da Faculdade de Odontologia, do Campus de Araçatuba – UNESP, onde profissionais de diversas áreas da saúde (odontologia, medicina, psicologia, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional) atuam em conjunto dando assistência e incentivo integral incrementando esta prática. Proporcionando assim, uma maior troca de informações e aprendizagem entre alunos e profissionais das distintas áreas do Centro, bem como com a comunidade que usufrui deste serviço. De um modo geral para a sociedade, este tipo de serviço é de suma importância, principalmente, porque contribui para melhoria da qualidade de vida destes pacientes, integrando-os ao meio social e melhorando suas condições de saúde geral (AGUIAR; SEDLACEK, 2003).

O entendimento acerca das diferentes realidades deve nortear toda e qualquer atividade educativa, visando captar os valores dos sujeitos e buscando, a partir daí, adequar as ações, com o objetivo de motivar os indivíduos a agir, respeitando suas particularidades (SIMIONI et al., 2005).

# *REVISÃO DA LITERATURA*



## **2** REVISÃO DA LITERATURA

Vários estudos destacaram a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida, em especial nos países em desenvolvimento, onde a sobrevivência infantil, muitas vezes, se condiciona ao fato do bebê ser amamentado ou não (CASTRO; ARAÚJO, 2006; SANTOS et al., 2005; VIEIRA et al., 2004). Apesar dos riscos, alguns pesquisadores, baseados em estudos com populações expostas a precárias condições socioeconômicas, consideram adequada a amamentação até os dois anos de vida da criança (CARRASCOZA et al., 2005b).

Vários fatores influenciam a prática da amamentação: a história familiar, o estado emocional da mulher que amamenta, assim como o apoio dos serviços de saúde, do trabalho, da comunidade, mídia e da família. A mulher que amamenta necessita de um espaço para expor seus medos, temores, prazeres e dúvidas para conseguir equilíbrio que possibilite a amamentação (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Haku (2007) realizou um estudo no Japão sobre os fatores associados ao desmame precoce e observou sua relação com fatores socioeconômicos e culturais; idade da mãe, mães muito jovens tenderam a abandonarem a prática da amamentação; mães que tinham que retornar ao trabalho antes dos 6 meses da idade da criança; mães fumantes; mães que tiveram depressão pós-parto e primíperas que não tinham experiência e nem conhecimento sobre o assunto.

A amamentação precoce pode levar a uma considerável redução na mortalidade neonatal. Essa mortalidade por todas as causas poderia ser reduzida em 16,3% se todas as crianças iniciassem a amamentação no primeiro dia de vida, e em 22,3% se a amamentação ocorresse na primeira hora. A cada ano ainda morrem mais de dez milhões de crianças menores de cinco anos no mundo e parece difícil atingir a quarta das oito Metas do Milênio das Nações Unidas, que é reduzir em dois terços a mortalidade de crianças abaixo de cinco anos de 1990 a 2015 (TOMA; REA, 2008).

Araújo et al. (2008) identificaram os motivos que levaram as mulheres ao desmame precoce e analisaram o conhecimento das mesmas sobre a amamentação. Esta pesquisa foi realizada em Teresina-Pi, com onze mães, na faixa

etária de 18 a 43 anos, que desmamaram precocemente. Os relatos dos sujeitos, a partir da entrevista semi-estruturada, possibilitaram o surgimento de duas categorias: Compreensão sobre amamentação; e Fatores que levaram ao desmame precoce. As análises revelaram que os fatores que motivaram o desmame precoce foram: enfermidades da mãe que impediram o aleitamento; medicamentos utilizados por elas; e substituição do leite materno por outro alimento. Evidenciou-se também que conhecimento sobre aleitamento materno está pautado em discurso biomédico de saúde-doença.

Olang et al. (2009) investigaram a prevalência e duração do aleitamento materno em 566 hospitais do Ira. Realizaram um estudo retrospectivo, com dados de 63.071 crianças, com menos de 24 meses de idade das 30 províncias urbanas e rurais do país. Os dados sobre o aleitamento materno foram coletados em 2005 e 2006 e um questionário também foi utilizado para avaliar a situação atual da amamentação. Taxas de aleitamento materno exclusivo aos 4 e 6 meses de idade nas áreas rurais foram 58% e 29%, e em zonas urbanas, 56% e 27%, respectivamente. Em comparação com muitos países da União Européia, o Irã mostrou uma situação favorável em termos de taxas de aleitamento materno precisando aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses.

Damião (2008) analisou nos anos de 1998 e 2000, 1191 e 1268 crianças, respectivamente, no Dia de Vacinação, na cidade do Rio de Janeiro. As entrevistas foram realizadas por cerca de 200 voluntários treinados a cada ano, em sua maioria, acadêmicos do curso de nutrição, supervisionados por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e por professores de universidades parceiras. A prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) foi de 22,7% entre os menores de quatro meses, variando de 39,6% no primeiro dia a 12,4% aos 120 dias de vida. Apresentaram maiores prevalências de AME os filhos de mulheres de maior escolaridade, filhos de mulheres que não trabalhavam fora e crianças que estavam em AME no primeiro dia em casa depois da alta da maternidade.

Garcia-Montrone e Rose (1996) em seus resultados mostraram que 55% das mães do grupo de nível sócio-econômico baixo (grupo experimental) ainda amamentavam seus filhos aos seis meses, contra apenas 22% daquelas com características similares de idade, nível educacional e experiência prévia em amamentação do (grupo-controle). Em relação à estimulação do bebê, o grupo

experimental mostrou uma freqüência significativamente maior de episódios de estimulação que o grupo-controle. Os autores concluíram que é factível incluir simultaneamente aleitamento materno e estimulação do bebê num programa educacional para mulheres de nível sócio-econômico baixo e que a aplicação deste programa pode contribuir para reduzir o risco de desnutrição e retardo do desenvolvimento do bebê.

Santos et al. (2005) realizaram um estudo descritivo e exploratório enfocando o aleitamento materno exclusivo em 205 crianças nos seis primeiros meses de vida, na cidade de Votuporanga, interior de São Paulo, durante o dia nacional da multivacinação. Foram realizadas entrevistas com as mães das crianças incluídas no estudo. A maioria das mães amamentou, mas menos da metade realizou aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida do bebê. A maioria das entrevistadas tinham idade entre 15 e 31 anos, eram casadas ou viviam em união consensual; com grau de escolaridade em nível fundamental incompleto e com rendimento familiar de um até seis salários mínimos. 62,6% das mulheres receberam orientação sobre amamentação durante o pré-natal.

Alves et al. (1998) coletaram dados sobre hábitos dietéticos e de higiene bucal em crianças de 0 a 30 meses de idade na cidade de Recife- PE, avaliando 250 mães através de questionário. Com relação a dieta, o aleitamento materno exclusivo predominou na faixa etária de 0 a 6 meses, sendo que a partir desta idade predominava a amamentação por mamadeira contendo açúcar, e até mesmo a introdução de outros alimentos. No que diz respeito à higiene bucal este hábito foi instalado de 0 a 6 meses e esta prática foi diminuindo com o passar da idade.

Segundo Levine (2001), Ribeiro e Ribeiro (2004) há muitas controvérsias no que diz respeito ao aleitamento natural e ou artificial, com mamadeira, contribuir para o desenvolvimento da cárie. A relação entre a amamentação natural e cárie na população humana é difícil de ser estudada, devido a grande variação nos hábitos dietéticos e fatores ambientais. Evidências sugerem que a freqüência e a duração da amamentação podem estar relacionadas à prevalência da cárie, sobretudo quando sob livre demanda, prolongada (após os 12 meses de idade), durante a noite e permitindo que a criança durma mamando. (LEVINE, 2001; YONEZU et al., 2006).

No Brasil, a associação Brasileira de Odontopediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria e Conselho Regional de Odontologia do Paraná elaboraram um guia de orientação para a saúde bucal para os primeiros anos de vida. Através deste instrumento, forneceram orientações à sociedade quanto ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, devendo iniciar o desmama, de forma lenta e gradativa, a partir desta idade. Ainda orientam que o bebê não deve mamar de madrugada, após o 4º mês de vida (FERELLE, 2008).

A Organização Mundial da Saúde recomenda a amamentação natural exclusivo até os 6º mês e a continuação com a alimentação complementar até os dois anos de idade da criança, no mínimo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Um dos pontos críticos nesta área é a pouca qualidade dos estudos que associam o leite materno à cárie, e em particular, a falta de clareza e consistência na definição dos padrões de amamentação, isto é, se exclusivo, sob livre demanda e à noite (WHITE, 2008).

A cárie precoce é considerada um sério problema de saúde, com maior prevalência em grupos de baixo nível sócio-econômico, mas também observada na população em geral (BRANDÃO, 2006). A cárie de primeira infância (CPI) afeta cerca de 6% das crianças com menos de 3 anos de idade (ERICKSON; MAZHARI, 1999).

Ribeiro e Ribeiro (2004) fizeram uma revisão da literatura sobre a associação entre aleitamento materno com cárie em bebês e crianças pré-escolares. Utilizaram as bases de dados Medline, Lilacs, Scielo, sites de internet relevantes ao assunto, livros e publicações nacionais e internacionais. Concluíram que não há evidências científicas que comprovem que o leite humano pode ser associado com o desenvolvimento da cárie dentária. Essa relação é complexa e contém diversas variáveis de confusão, principalmente, quando associados a infecção por estreptococos do grupo mutans, hipoplasia do esmalte, ingestão de açúcares em variadas formas e nível educacional e socioeconômico das famílias pesquisadas.

Vários fatores podem predispor um dente em particular à cárie. Estes podem incluir: fatores imunológicos, quantidade de saliva reduzida, esmalte pós-eruptivo imaturo, defeitos dos tecidos dentários (principalmente a hipoplasia), características genéticas dos dentes (por exemplo, tamanho, superfície e profundidade de fossas e fissuras) e o consumo de alimentos açucarados pode

favorecer significativamente o estabelecimento de uma microflora cariogênica. A escovação é uma medida importante no controle da cárie. Esta prática diária com dentífrico fluoretado, inclusive à noite, antes de dormir, é importante para prevenção e controle da CPI (GUSSY et al., 2006).

Os estreptococos mutans (EM) compõem o grupo de microorganismos mais fortemente associados com o processo da cárie e a chave para a compreensão da CPI. Bebês são colonizados por estas bactérias somente após a erupção dentária, uma vez que EM necessita da presença de uma superfície dura e não descamável para sua colonização. Altos níveis de EM na boca da mãe contribuiriam para a colonização dessas bactérias na boca da criança, assim como os hábitos dietéticos e de higiene bucal da própria criança (CAUFIELD et al., 1993).

Para alguns pesquisadores, a cárie na dentição decídua ocorre frequentemente devido ao inadequado ou prolongado uso da mamadeira, contendo leite ou líquidos açucarados. O inadequado uso da mamadeira inclui práticas de amamentação sob livre demanda ou a permissão para que a criança durma com ela (Ripa, 1988). Para outros, a evidência de uma relação entre o uso de mamadeira e risco de cárie mostrou-se fraca e é provável que o risco de cárie possa ser sensível à interação de múltiplos fatores (REISINE; PSOTER, 2001). Muitos bebês são alimentados através de mamadeira por pelo menos algum tempo e, como indica Horowitz (1998), muitos deles não desenvolvem cárie de primeira infância.

Cariño et al. (2003) avaliaram a prevalência e a severidade da cárie dentária em uma amostra de 993 crianças com 2 a 6 anos de idade, do norte das Filipinas. Aos dois anos de idade a prevalência obtida foi de 59%, aos três anos de idade de 85%, aos quatro anos de idade de 90% e aos cinco e seis anos de idade foi de 94% e 92%, respectivamente. A escovação dentária foi iniciada aos 2 anos de idade em média, sendo hábito rotineiro (93%), mas sem supervisão dos pais. Quase a metade (42%) foram desmamados depois dos dois anos de idade. No grupo de 3-4 anos de idade a prática mista do aleitamento materno e o uso de mamadeira foi observado em 53% e o uso exclusivo da mamadeira em 17% das crianças pesquisadas. 44% tomavam leite com açúcar no lanche. Somente 32% das crianças avaliadas haviam feito visitas de rotina ao dentista e 45% haviam ido por razões emergenciais. No grupo de 5-6 anos de idade a prática mista do aleitamento materno e o uso de mamadeira foi observado em 41% e o uso exclusivo da mamadeira em 23% das crianças pesquisadas. 40% tomavam leite com açúcar no

lanche. 39% das crianças avaliadas haviam realizado visitas de rotina ao dentista e 48% havia ido por razões emergenciais. Os pesquisadores concluíram com seu estudo que a cárie precoce na infância é um problema de saúde pública; que se deve adotar a fluoretação suplementar como medida preventiva; e aumentar os cuidados odontológicos na fase pré-escolar.

De acordo com o estudo de Azevedo et al. (2005), que avaliaram 369 crianças em idade pré-escolar de 36 a 71 meses de idade em famílias de baixa renda, utilizando questionário e após exame clínico bucal. 181 eram meninas (49%) e 188 (51%) meninos, com idade média de 52 meses. 352 (95%) receberam pelo ao menos 1 mês de aleitamento materno. O aleitamento materno noturno foi observado em 265 (72%) crianças. As crianças foram amamentadas por um período médio de 17 meses. Somente 43% pararam a amamentação antes dos 12 meses. Os autores concluíram que o aleitamento materno noturno após os 12 meses, como também as mamadeiras utilizadas a noite como substituto da chupeta e mamadeiras utilizadas durante o dia estão associados à carie de primeira infância.

Santos e Soviero (2002) avaliaram a prevalência de cárie e de fatores de risco em crianças com idade até 36 meses cadastradas no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ). Foi realizada uma entrevista com os responsáveis por meio da qual foram avaliados os fatores de risco à cárie, incluindo condições sócio-econômico-culturais, hábitos de higiene oral e de dieta. A prevalência de cárie encontrada, incluindo lesões não cavitadas, foi de 41,6% e o índice ceo-s foi de 1,7 ( $\pm$  2,5). Os dentes mais afetados foram os anteriores superiores e o tipo de lesão mais comum foi a mancha branca ativa. Não houve associação estatisticamente significativa entre a prevalência de cárie e os fatores sócio-econômico-culturais, frequência de higiene, hábito de amamentação noturna e dieta cariogênica durante o dia.

Dini et al. (2000) investigaram a relação entre variáveis sócio-demográficas, hábitos de alimentação infantil, higiene oral e a prevalência e severidade de cárie em crianças de 3 a 4 anos de idade, matriculadas em creches municipais de Araraquara, no ano de 1998. Foi uma amostragem aleatória, realizada por um único examinador, através de exame clínico e questionário, utilizando os índices CPOD e CPOS e os critérios da OMS. Foram avaliadas 245 crianças, das quais 112 (46%) apresentavam lesões cariosas, 17% delas tinham cárie severa envolvendo molares e incisivos. Com relação ao nível educacional das mães, 127

(52%) eram analfabetas ou haviam estudado por menos de 4 anos, 95 (39%) haviam estudado de 5 a 7 anos, 23 (9%) havia freqüentado escola por mais de 8 anos. A idade do término da amamentação mostrou estatisticamente associações significativas com a cárie. Mamadeiras açucaradas ainda estavam sendo dadas a 80% das crianças. As crianças que nunca foram amamentadas ou foram amamentadas além da idade de 24 meses tiveram uma maior prevalência de cárie severa.

De acordo com os estudos de Ferreira et al. (2002), onde eles pesquisaram a partir de dados obtidos da avaliação da ficha clínica de cada paciente, preenchida no dia do primeiro exame. Avaliaram a idade e o sexo das crianças, o motivo pela busca do serviço e a experiência de cárie. A população foi dividida em 3 grupos, de acordo com a faixa etária das crianças: de zero até 1 ano, entre 1 e 2 anos e entre 2 e 3 anos de idade. Eles encontraram que 93,4% das crianças na faixa etária entre 0 e 1 ano de idade mostravam-se sem experiência de cárie, enquanto que 78,6% das crianças na faixa etária entre 2 e 3 anos apresentavam experiência da doença. Das 495 crianças, 274 (55,4%) eram meninos e 221 (44,6%) eram meninas.

Mattos – Graner et al. (1996) verificaram a prevalência de cárie em 322 bebês de 6 a 36 meses de idade da cidade de Piracicaba, São Paulo, Brasil, pertencentes a famílias de classe social baixa. Das crianças examinadas, 65,2% eram livres de cáries. A idade inicial para manifestação da cárie dentária foi de 6 a 12 meses de idade. Os autores puderam concluir que a identificação precoce de fatores de risco é essencial, uma vez que 17% das crianças afetadas mostraram 46% das lesões totais de cárie.

Rosenblatt e Zarzar (2004) avaliaram a prevalência de cárie precoce da infância em 468 crianças de 12 a 36 meses de idade, pertencentes a famílias de baixa condições socioeconômicas atendidas na clinica pediátrica do Centro Médico Amaury de Medeiros (Maternidade da Universidade de Pernambuco-Recife). Foram realizados exames clínicos visuais na sala de espera do Hospital, sob iluminação natural, após a realização da limpeza dos dentes com gaze. As mães foram entrevistadas com relação ao tipo de alimento dos bebês, número de refeições contendo açúcares durante o dia, ingestão de açúcares, dieta habitual, início de tipo de higienização bucal. Com relação aos resultados obtidos, a associação entre o sexo e a prevalência de cárie dentária, não foi estatisticamente significativa. Das

crianças avaliadas, 103 (28,46%) apresentavam cárie e 335 (71,6%) não apresentaram. Com relação a amamentação, 327 (69,9%) utilizaram mamadeiras contendo açúcares, apesar dessa informação não ser estatisticamente significativa. A cárie dentária foi mais prevalente nas crianças com associação entre o número de refeições açucaradas e presença de cárie, assim como, higienização bucal, foram significantes. Pode-se concluir que a prevalência de cárie dentária em crianças de 12 a 36 meses de idade provenientes de famílias brasileiras de baixa renda é extremamente alta comparada com outras partes do mundo. Não houve correlação da cárie precoce da infância com o tipo de aleitamento, e sim com a idade, ingestão de açúcares entre as refeições e dieta cariogênica.

Barros et al. (2001) determinaram a prevalência de cárie e sua associação com condições de higiene bucal, alimentação e uso de fluoretos em 340 crianças de 0 a 30 meses de idade de creches da Secretária do Trabalho e Ação Social do Governo do Estado da Bahia, através de aplicação de exames clínicos e questionários. Observou-se uma prevalência de cárie de 55,3% quando todos os estágios da lesão foram considerados: 25% entre 0 a 12 meses, 51,18% entre 13 a 24 meses, 71,03% entre 25 a 30 meses. Avaliando apenas manchas brancas ativas 49,7% das crianças mostraram-se afetadas e 17,6% apenas com lesões cavitadas. Foi observado um aumento da prevalência de cárie com a idade e com o número de dentes irrompidos.

Warren et al. (2008) avaliaram os fatores associados à cárie em crianças de 6 a 24 meses de idade, de duas comunidades rurais de Iowa –Estados Unidos, com significativa população hispânica. Participaram da pesquisa 212 pares de mães-filhos. As mães responderam um questionário sobre os dados socioeconômicos da família, consumo de bebidas por ela e pela criança, higiene dentária, e exposição da criança ao flúor através do dentífrício. Os procedimentos clínicos incluíram coleta de saliva da mãe e do bebê para quantificação do estreptococos mutans (EM); observação do número de dentes com biofilme dentário visível na criança, anotado separadamente para incisivos e molares superiores e inferiores, além de exame dentário da criança, registrando-se lesões incipientes sem cavidade, com cavidade e restauradas. Das 187 crianças com dentes irrompidos (idade média=14 meses), 12% apresentaram lesões de cárie incipientes sem cavidade e/ou com cavidade e/ou com restauração. Níveis de EM foram identificados em 17% das crianças e 84% das mães. A análise de regressão



logística foi aplicada, e a presença de cárie foi significativamente associada com: a idade maior; a presença de EM na saliva da criança; o baixo nível de renda familiar; a proporção de dentes com biofilme dentário visível nos incisivos e molares e, a origem hispânica. O consumo de bebida açucarada pela criança não foi associado ao risco à cárie, apesar de ter sido apontado análise bivariada prévia. Isto sugeriu que o consumo estaria relacionado à idade mais velha, e que a duração do hábito para a maioria das crianças não foi suficiente para provocar uma associação significativa entre esses fatores. A escovação dentária e o uso do dentífrico fluoretado não foram associados com o risco à cárie, provavelmente em função da idade, já que as crianças mais velhas é que higienizavam seus próprios dentes. E, além disso, até essa idade, os dentes já haviam sido expostos a outros fatores de risco por muito tempo. A associação entre presença de biofilme visível e cárie, evidenciou a dificuldade em escovar efetivamente os dentes de crianças muito novas. Esses resultados ajudaram a compreender melhor como a cárie precoce da infância ocorre inicialmente, porém estudos longitudinais seriam necessários não somente para elucidar as interações entre diversos fatores com a cárie, mas também para conhecer as sequências temporais que ocorrem.

Segundo Davenport et al. (2004) onde a prevalência de cárie dentária foi determinada em 100 crianças nascidas pré-termo e com baixo peso, comparando a índices observados em crianças normais. As crianças nascidas com baixo peso são mais frequentemente amamentadas por mamadeira, porém as nascidas com peso normal prolongam este hábito por tempo maior. Sessenta crianças tiveram experiência de cárie dentária, sendo esta, mais freqüente em crianças nascidas com peso normal e meninos, em comparação com as meninas e as crianças nascidas pré-termo. Os autores concluíram que as crianças nascidas pré-termo têm menor índice de cárie, por terem hábitos de dieta mais pobres.

A etiologia das maloclusões torna-se polêmica, uma vez que toda maloclusão apresenta uma origem multifatorial e não uma única causa específica. Uma interação de vários fatores pode influenciar o crescimento e desenvolvimento dos maxilares resultando em maloclusões. Podemos observar que a criança que mama no peito por mais tempo tem menor possibilidade de pegar chupeta e sugar o dedo, quando comparado com aqueles que usam mamadeira. Assim sendo, cabe ao profissional, orientar os pais, direcionando a educação no que diz respeito aos hábitos e alertá-los de que até 2 anos de idade os hábitos de sucção podem fazer

parte da vida da criança, pois eles estarão na fase oral de desenvolvimento. Após esta idade, eles devem começar a interferir e retirar o hábito (VALDRIGHI et al., 2004).

No trabalho de Serra-Negra et al. (1997), foi encontrado uma relação significativa entre aleitamento materno, hábito de sucção e maloclusão. Os resultados indicaram que 86,1%, das crianças que não apresentaram hábitos bucais deletérios receberam aleitamento natural por 6 meses, ou mais; por sua vez, as crianças que nunca receberam aleitamento materno, ou se fizeram por um período de até um mês, apresentaram um risco de desenvolver hábitos deletérios sete vezes maior.

Castro et al. (2002) avaliaram as características da dentição decídua de 188 crianças saudáveis de 6 a 39 meses de idade, matriculadas em quatro creches do município do Rio de Janeiro, Brasil. O exame clínico foi realizado por um único examinador devidamente calibrado, auxiliado por um anotador, sob luz natural e através de inspeção visual, seguindo as normas de biossegurança. Foram avaliadas a forma dos arcos dentários, sobressaliência e sobremordida, relacionando-as com gênero e fase de desenvolvimento da dentição decídua. A média de idade das 188 crianças examinadas foi de  $23 \pm 9$  meses, sendo uniforme a distribuição com relação ao gênero: 101 meninos (53,7%) e 87 meninas (46,3%). Com relação ao arco superior, 68,6% das crianças possuíam arco arredondo e 31,4% forma triangular. Quanto ao arco inferior, 92% apresentaram forma de "U" e 8% em forma de quadrado. A sobressaliência moderada ocorreu em 38,3%, enquanto que a leve ocorreu em 30,3% das crianças. A sobremordida exagerada foi observada em (26,6%). Não houve diferença significativa entre as freqüências das diferentes formas dos arcos dentários, sobressaliência e sobremordida em relação ao gênero. Houve uma associação estatisticamente significativa entre a forma dos arcos superiores, o grau de sobressaliência e o grau de sobremordida em relação à fase de desenvolvimento da dentição. As maloclusões mais encontradas nas fases mais avançadas de desenvolvimento da dentição decídua foram: a sobressaliência exagerada e a mordida aberta anterior. Nesse estudo, observou-se um aumento significativo das maloclusões com a erupção dos primeiros molares decíduos e elevação da dimensão posterior.

Köhler (2000) em sua pesquisa relatou que o bucinador, músculo responsável pela obtenção do leite da mamadeira, torna-se hipertrófico em casos de

sucção prolongada, agravando a desproporção de crescimento maxila/mandíbula. Essa tonicidade inadequada, além de causar mordida cruzada e apinhamento dental, pode levar a alterações seqüenciais na face, como o estreitamento excessivo da maxila, atresia do palato, desvio de septo e comprometimento da estética e função do nariz.

Peres et al. (2007) investigaram 359 crianças aos seis anos de idade, nascidas vivas em Pelotas, RS, em 1999. Utilizaram-se dos critérios de Foster & Hamilton para a definição dos desfechos mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior. Suas mães foram entrevistadas sobre amamentação e hábitos de sucção não nutritivos que foram coletadas ao nascimento, ao primeiro, terceiro, sexto e décimo segundo mês de vida e aos seis anos de idade. As variáveis de controle incluíram escolaridade materna, peso ao nascer, perímetro cefálico e sexo da criança. A prevalência de mordida aberta anterior foi 46,2% e a de mordida cruzada posterior foi 18,2%. Presença de hábitos de sucção não nutritivos entre 12 meses e quatro anos de idade e presença de sucção digital aos seis anos de idade foram os fatores de risco para mordida aberta anterior. Amamentação por menos que nove meses e uso regular de chupeta entre 12 meses e quatro anos de idade foram os fatores de risco para mordida cruzada posterior. Identificou-se interação entre duração da amamentação e uso de chupeta para mordida cruzada posterior.

Cotrim et al. (2002) estudaram a prevalência do uso da chupeta e sua relação com a interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) e aleitamento materno (AM), no banco de dados do ano de 1999 do projeto “ Amamentação e Municípios”. A prevalência do uso de chupeta em 22.188 menores de quadro meses foi alta (61,3%) e variou de 32,8% a 78,4% nos 111 municípios. A introdução precoce da chupeta foi observada em (53,9%) em menores de um mês e a associação entre o uso da chupeta e interrupção do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno. Houve uma maior prevalência de uso de mamadeira entre aquelas crianças que usavam chupeta.

Viggiano et al. (2004) realizaram um estudo retrospectivo com 1099 crianças nascidas nos anos de 1993, 1994 e 1995, com idade entre 3 a 5 anos de idade, freqüentando a escola pública de Cava de Tirreni (uma cidade no sul da Itália). Foi realizado questionário com as mães com perguntas dicotômicas (sim/não). Problemas de maloclusão foram detectados em 36% (n= 393) das 1099 crianças, mordida aberta anterior foi detectada em 13% (n=144), e mordida cruzada

posterior em 7% (n = 80). Uma percentagem maior de maloclusão foi encontrada em crianças com história de sucção não-nutritiva (42% contra 22%). 41% das crianças eram alimentadas com mamadeira. Os hábitos de sucção não nutritivos influenciaram a ocorrência de mordida aberta anterior (89% das crianças). A mordida cruzada posterior foi mais freqüente tanto para as crianças que utilizavam a mamadeira (11% contra 4%), como para aqueles com atividade não nutritiva (9% contra 4%). A amamentação parece ter um efeito protetor sobre desenvolvimento posterior da mordida cruzada. O percentual de mordida cruzada é ainda menor em crianças amamentadas (5%), quando comparadas as crianças que utilizaram mamadeira (13%). Baseado em seus resultados os autores concluíram que os hábitos de sucção não nutritivos e a ausência de aleitamento materno nos primeiros meses da vida são os principais fatores de risco para o desenvolvimento da mordida aberta na dentição decídua. Crianças do estudo que utilizaram a mamadeira tinham mais que o dobro do risco de mordida cruzada posterior. A amamentação parece ter um efeito protetor no desenvolvimento de mordida cruzada posterior em dentição decídua.

Souza et al. (2004) identificaram e relacionaram a presença de maloclusões dentárias, hábitos bucais deletérios e caracterizaram a forma e período de aleitamento materno. O universo desta pesquisa constou de crianças regularmente matriculadas em creches públicas na cidade de João Pessoa/PB. A amostragem foi determinada por conveniência, onde participaram da pesquisa 126 crianças da faixa etária de 2 a 6 anos. Ao exame clínico foram diagnosticados a presença de mordida cruzada posterior, mordida aberta, sobremordida, sobressaliência e topo a topo. Mediante formulário direcionado aos pais, coletou-se informações em relação à presença de hábitos bucais deletérios e sua freqüência (sucção digital, uso de chupeta, onicofagia e morder objetos), bem como o tipo e o período de duração do aleitamento materno. Observou-se que 45 (35,71%) das crianças possuíam maloclusão dentária, e destas 17 (37,78%) apresentavam mordida aberta anterior. Verificou-se a presença de sucção digital em 24 (16,78%), uso de chupeta em 71 (49,65%), onicofagia em 22 (15,38%) e o hábito de morder objetos em 26 (18,18%). O aleitamento natural e artificial (misto) foi a prática mais freqüente em 92 (73,02%), seguida da natural em 26 (20,63%). Relataram o uso de amamentação inferior a seis meses de idade em 60 (47,62%). Observou-se significância estatística entre presença de maloclusão e os hábitos estudados

(chupeta, onicofagia, morder objetos e sucção digital), e entre o período de amamentação e presença de hábito deletério. Concluiu-se que: a duração insuficiente do aleitamento natural está associada à presença de hábitos de sucção persistentes em crianças com a dentição decídua completa e; a presença dos hábitos estudados (chupeta, onicofagia, sucção digital e morder objetos) está associada à ocorrência da maloclusão.

Leite-Cavalcanti et al. (2007) verificaram a prevalência de hábitos de sucção nutritivos (aleitamento natural e artificial) e não nutritivos e a presença de maloclusão em 342 crianças (196 meninos e 146 meninas) entre 3 e 5 anos de idade em Campina Grande, Paraíba. As mães foram entrevistadas e logo após foi realizado o exame clínico por um único examinador. Encontrou-se que a prevalência de hábitos de sucção foi elevada em todas as faixas etárias, variando de 70 % a 77,4 %. Maloclusões estavam presentes em 87 %, sucção de chupeta em 84,8 % e sucção digital em 7,2 %. Aproximadamente 84,2 % das crianças tinham história de alimentação artificial e 79,9 % delas apresentavam maloclusão quando do exame. Existiram diferenças significativas entre as variáveis: hábitos de sucção e presença de maloclusão; tempo de alimentação natural e presença de hábitos de sucção; tempo de alimentação natural e presença de maloclusão; tipo de alimentação e hábitos de sucção; e tipo de alimentação e presença de maloclusão.

Farsi et al. (1997) determinaram a prevalência de hábitos de sucção, ao avaliarem a influência desses hábitos com fatores culturais e estudaram os efeitos desses hábitos sobre a dentição decídua em 583 crianças de 3 a 5 anos de idade na cidade de Riyadh, na Arábia Saudita. O estudo foi realizado em 12 escolas com um questionário que incluía perguntas sobre a idade da criança, sexo, história e duração do aleitamento materno, a escolaridade dos pais, nível socioeconômico da família e o tipo, intensidade e duração do hábito de sucção. Todos os exames foram realizados por um único examinador, de forma aleatória. Avaliações oclusais foram baseadas apenas em crianças que tinham uma dentição primária completa, sem qualquer erupção dos dentes permanentes e que estavam livres de cárie extensa. Assim, 520 crianças permaneceram para a análise de dados. A oclusão foi avaliada com a mandíbula em oclusão cêntrica utilizando luz artificial, espelho bucal e régua milimetrada de metal. Em seus resultados foi encontrado que 48,36% das crianças tinham hábitos de sucção. Os hábitos de sucção foram significativos apenas quando relacionados com a educação dos pais e alimentação da criança e sem significância

em relação ao gênero e renda familiar. Crianças com hábitos de sucção digital tiveram, significativamente, uma maior overjet e mordida aberta do que crianças sem hábitos de sucção. A mordida cruzada posterior foi mais comum em crianças com hábitos de sucção do que em crianças sem esses hábitos.

Valdrighi et al. (2004) analisaram 195 relatórios de bebês atendidos na U.B.S. Jardim Ana Rosa do Município de Cambe - PR, nascidos em 2001 e 2002, com idades variando entre 8 à 30 meses. Os pesquisadores relacionaram a influência do período de aleitamento materno com a prevalência de hábitos de sucção digital e de chupeta em bebês, bem como analisaram qual hábito seria menos prejudicial à oclusão. Em seus resultados encontraram que a maioria dos bebês receberam aleitamento materno num percentual de 82%, sendo que destes 53% receberam aleitamento materno por mais de seis meses, conseqüentemente 66% destes bebês, não possuíam hábitos deletérios. Sendo assim, a tendência a desenvolver uma maloclusão, provocada por hábitos como o de sucção digital, ou da chupeta é pequena. Comprovando mais uma vez que o aleitamento materno deve ser incentivado. Conclui-se, ainda, que como a chupeta pode ser selecionada, as que apresentam bico ortodôntico, se mostram menos prejudiciais a oclusão que o hábito de sucção digital, pois, o bico ortodôntico é o melhor que se adapta na boca, ao se assemelhar mais ao bico do seio materno, causando assim, menos alterações na oclusão que o bico convencional; a chupeta ajuda a prevenir hábitos de sucção mais deletérios e de difícil remoção como a sucção digital.

No estudo de Carrascoza et al. (2006) identificaram e avaliaram as possíveis conseqüências do uso da mamadeira sobre o desenvolvimento orofacial em crianças que foram amamentadas até, pelo menos, os 6 meses de vida. Participaram do estudo 202 crianças (com 4 anos de idade) que freqüentaram o Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas .UNICAMP) em 2004. A amostra foi dividida em: G1 (crianças que utilizaram apenas copo para ingestão de líquidos) e G2 (utilizaram mamadeira). Observou-se selamento labial em 65% das crianças que usaram mamadeira e em 82% das crianças que utilizaram copo. Em relação ao local de repouso da língua, entre as crianças que utilizaram copo, 73% apresentaram repouso de língua no arco superior (posição desejada). Dentre as crianças que utilizaram mamadeira, 53% apresentavam repouso de língua no arco inferior ou entre os arcos (alteração de

normalidade), revelando hipotonicidade dos músculos linguais. Houve maior ocorrência de normalidade respiratória (nasal) entre as crianças que utilizaram copo (69%). Entre aquelas que usaram mamadeira, 63% apresentavam respiração bucal ou mista. O formato do arco superior apresentou-se diferente entre as crianças dos dois grupos, sendo que atresia maxilar esteve presente em 22% das crianças que usaram mamadeira e em 10% das crianças que usaram o copo. Concluíram que o uso da mamadeira, mesmo entre crianças que receberam aleitamento materno, interfere negativamente sobre o desenvolvimento bucofacial.

*PROPOSIÇÃO*



### **3 PROPOSIÇÃO**

O propósito do presente estudo foi avaliar e relacionar com o tempo de amamentação com a saúde bucal: hábitos bucais deletérios tais como, sucção de dedo, chupeta e bruxismo, cárie precoce e ocorrência de maloclusão do tipo, mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, sobremordida, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior e atresia maxilar, em 100 crianças, sendo 50 com deficiência e 50 fenotipicamente normais de ambos os gêneros, de 1 a 4 anos de idade, matriculadas e assistidas no Centro de Assistência Odontológica a Portadores de Necessidades Especiais, Unidade Auxiliar de Estrutura Complexa e na Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”.

## *MATERIAL E MÉTODO*

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

Todos os procedimentos descritos a seguir passaram previamente pela aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa Humana, da Faculdade de Odontologia, do Campus de Araçatuba – UNESP, (Processo: 2008-01680) (Anexo A).

Para realização desse estudo transversal foram selecionadas, aleatoriamente e, de acordo com o agendamento prévio, 100 crianças sendo 50 com deficiência e 50 fenotipicamente normais, de ambos os gêneros, na faixa etária de 1 a 4 anos de idade, matriculadas e assistidas na Bebê Clínica e no Centro de Assistência Odontológica a Portadores de Necessidades Especiais (CAOE), Unidade Auxiliar de Estrutura Complexa, ambas estruturas da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” e, eventualmente, na APAE de Araçatuba, pois alguns destes pacientes freqüentavam esta instituição semanalmente, para realizarem terapias, o que facilitava a coleta dos dados, já que as mães sempre estavam presentes.

Foi utilizado também um questionário (Anexo B), com perguntas pertinentes ao assunto em questão, baseado na ficha clínica da Bebê Clínica de Londrina da Universidade Estadual do Paraná, Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba e do CAOE, onde foi respondido pelas respectivas mães e/ou cuidadores destes. E para complementar, foram realizados exames clínicos bucais nestas crianças, para análise de suas condições de saúde bucal.

### Critérios de inclusão:

- Crianças com necessidades especiais, de 1 a 4 anos de idade
- Crianças fenotipicamente normais, de 1 a 4 anos de idade.
- Mães ou cuidadores que respondam ao questionário.
- Crianças cujos responsáveis tenham autorizado a participação da mesma por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

### Critérios de exclusão:

- Pacientes menores de 1 ano e maiores de 5 anos de idade.

Na data agendada foi lida a carta de informação aos responsáveis (Anexo C) e solicitado à assinatura para autorização da pesquisa. Caso concordassem em participar também foram submetidos ao protocolo da pesquisa e posteriormente realizadas consulta de prevenção.

Protocolo de atendimento:

- Aplicação do questionário
- Exame clínico bucal

Os exames nos pacientes fenotipicamente normais foram realizados na Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, em macris, sob luz artificial da clínica, utilizando apenas a inspeção visual direta e manipulação manual da cavidade bucal dos bebês segundo as normas de biossegurança. Para limpeza bucal foi utilizado gaze estéril embebida em água oxigenada diluída, na proporção de 1(uma) colher de sopa de água oxigenada 10 volumes para 3(três) colheres de sopa de água fervida ou filtrada e, posterior aplicação de fluoreto de sódio a 1%, seguindo o protocolo de atendimento das consultas de prevenção rotineira. A descrição da rotina de atendimento da Bebê Clínica Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP encontra-se detalhada em trabalho publicado por Cunha et al. (2000).

No CAOÉ os exames foram realizados na cadeira odontológica, da sala do pediatria, naqueles pacientes de primeira consulta e na clínica odontológica nos pacientes de consulta de retorno, ambos sob luz artificial da sala ou do consultório, também utilizando apenas inspeção visual direta e manipulação manual da cavidade bucal destes sob as normas de biossegurança. A descrição da rotina de atendimento do CAOÉ encontra-se detalhada em um capítulo do livro publicado por Aguiar e Sedlacek (2003).

Na APAE de Araçatuba, o exame clínico foi realizado joelho-jelho com auxílio da mãe, também utilizando a iluminação artificial do ambiente, inspeção visual direta e manipulação manual da cavidade bucal dos pacientes também de acordo com as normas de biossegurança. A limpeza bucal e a aplicação do fluoreto de sódio a 1% foi realizada da mesma forma nos 3 lugares.

A avaliação de cárie foi baseada nos critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (1999). A superfície foi considerada com cárie, quando a presença de um ou mais dentes cariados (incluindo tanto lesões cavitadas como as não cavitadas), ausentes (devido à cárie) ou restaurados.

A oclusão foi avaliada com a mandíbula em relação cêntrica. O diagnóstico de maloclusão foi baseado na classificação de (ARAÚJO, 1981, 1988; FARSI et al., 1997).

As maloclusões observadas foram: mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, sobremordida, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior e atresia maxilar.

A mordida aberta anterior e a sobremordida foram verificadas quando as crianças apresentavam incisivos centrais e laterais irrompidos e as mordidas cruzadas quando apresentavam pelo menos os primeiros molares irrompidos, em ambos os grupos.

Definiu-se como “Mordida aberta”, a condição em que as bordas incisais dos incisivos decíduos inferiores se situam abaixo do nível das bordas incisais dos incisivos decíduos superiores, quando em relação cêntrica, segundo e esta maloclusão foi classificada, neste estudo como presente ou ausente (ARAÚJO, 1981). Para as “Mordidas Cruzadas” observou-se, principalmente, a relação dos molares e dos dentes anteriores, em relação cêntrica bem como em oclusão habitual. O cruzamento pode ser de um ou mais dentes, com ou sem espaços suficientes para o seu posicionamento na arcada dentária (ARAÚJO, 1988). O grau de sobremordida foi registrado observando-se a sobreposição da mandíbula, menor ou igual a 50%, de acordo com a borda incisal dos incisivos anteriores e a atresia maxilar quando o paciente apresentava o palato em forma de ogiva (FARSI et al., 1997).

Os pacientes foram examinados por um único examinador, devidamente treinado para esta tarefa. Para treinamento prévio foram selecionados 5 pacientes de acordo com o propósito do trabalho e executado o protocolo de atendimento, assim como avaliação dos resultados.

Além disso, também foi realizada uma revisão da condição bucal com encaminhamento, dessas crianças, para tratamento quando indicado. Este estudo não se propôs a realizar procedimentos cruentos, portanto a ocorrência de danos ou prejuízos aos pacientes foram considerados de risco mínimo.

### Análise estatística:

De posse dos questionários individuais de cada criança, corretamente preenchidos, tabulou-se os dados em planilhas do programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup> para conferência dos dados e posterior análises estatísticas, utilizando-se o programa Epi Info 2000, aplicados testes de associação, Qui-quadrado ou exato de Fisher, ao nível de significância adotado em todos os testes de 5% e os resultados foram considerados significativos quando o valor  $p < 0,05$ .

*RESULTADOS*

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados sob a forma de tabelas para melhor compreensão dos dados obtidos:

As deficiências encontradas em relação ao grupo dos Deficientes foram:

Paralisia Cerebral = 14  
 Síndrome de Down = 10  
 Hidrocefalia = 10  
 Síndrome de West = 3  
 Hiperativo = 2  
 Microcefalia = 2  
 Atraso de Desenvolvimento Psico Motor = 2  
 Alteração no corpo caloso + dilatação dos ventrículos = 1  
 Distúrbio na fala = 1  
 Neurofibromatose = 1  
 Mielomeningocele = 1  
 Síndrome da Hipocondroplasia = 1  
 Retardo Mental = 1  
 Autista = 1  
 Fissura palatal = 1  
 Estrabismo = 1  
 Síndrome de Moebius = 1  
 Quernicterus = 1

**Tabela 1** - Distribuição da população estudada quanto ao gênero:

Gênero	Fenotipicamente	
	Normais	Deficientes
Feminino	26 (52%)	22 (44%)
Masculino	24 (48%)	28 (56%)
<b>Total</b>	50 (100%)	50 (100%)

Em relação ao gênero, o feminino foi percentualmente mais observado no grupo dos fenotipicamente normais e no grupo dos deficientes o masculino foi mais encontrado, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste de Qui-quadrado,  $p=0,4233$ ).



**Tabela 2** - Distribuição da população estudada quanto à renda familiar:

<b>Renda Familiar</b>	<b>Fenotipicamente</b>	
	<b>Normais</b>	<b>Deficientes</b>
Abaixo de 3 sm*	9 (18%)	36 (72%)
De 03 a 04 sm	18 (36%)	8 (16%)
De 05 a 14 sm	21 (42%)	6 (12%)
De 15 a 34 sm	2 (4%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

\*sm = salário mínimo

Quando se comparou os dois grupos pesquisados observou-se que o grupo dos normais tendem a ter uma maior renda familiar; apresentando significância entre os grupos (teste exato de Fisher,  $p=0,0009$ ).

**Tabela 3** - Distribuição da população estudada quanto ao tipo de parto:

<b>Tipo de Parto</b>	<b>Fenotipicamente</b>	
	<b>Normais</b>	<b>Deficientes</b>
Normal	5 (10%)	14 (28%)
Cesário	45 (90%)	36 (72%)
<b>Total</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

Para os tipos de parto verificou-se uma maior ocorrência em relação ao parto do tipo cesário no grupo dos normais havendo significância entre os grupos (teste de Qui-quadrado,  $p=0,0217$ ).

**Tabela 4.0** - Distribuição das crianças fenotipicamente normais quanto às complicações no parto:

<b>Complicações</b>	<b>Fenotipicamente Normais</b>
2 dias recebendo $O_2$	1 (2%)
8h na incubadora	1 (2%)
Icterícia	1 (2%)
Prematuro	1 (2%)
Sem complicações	46 (92%)
<b>Total</b>	<b>50 (100%)</b>

**Tabela 4.1** - Distribuição das crianças com deficiência quanto às complicações no parto:

<b>Complicações</b>	<b>Deficientes</b>
Hipoxia	6 (12%)
Não chorou	2 (4%)
Icterícia	5 (10%)
prematureo	9 (18%)
Anoxia	6 (12%)
Convulsão	1 (2%)
Parada respiratoria	1 (2%)
Hipoglicemia	1 (2%)
Coluna Aberta	1 (2%)
Sem complicações	25 (50%)
<b>Total</b>	<b>50 (100%)</b>

As complicações no parto ocorreram em maior número e com maior gravidade no grupo dos deficientes, apresentando significância entre os grupos (teste de Qui-quadrado,  $p=0,0486$ ).

**Tabela 5** - Distribuição da população estudada quanto à utilização de medicação:

<b>Medicação</b>	<b>Fenotipicamente Normais</b>	<b>Deficientes</b>
sim	27 (54%)	25 (50%)
não	23 (46%)	25 (50%)
<b>Total</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

#### **Normais**

Antibiótico = 9  
 Xarope = 5  
 Antialérgico = 4  
 Vitaminas = 4  
 Descongestionante = 3  
 Analgésico = 2  
 Antigripal = 2  
 Antiinflamatório = 1  
 Imunoglucan = 1  
**Total = 27**

#### **Deficientes**

Anticonvulsivante = 13  
 Tranqüilizante, hipnótico e sedativo = 8  
 Antialérgico = 2  
 Antiepiléptico = 2  
 Antiemético = 1  
 Antiulceroso = 1  
 Antibiótico = 1

relaxante muscular = 1  
 antiespasmódico =  
 Neuroléptico = 1  
 Anti-hipertensivo = 1  
**Total = 25**

Notou-se diferença no tipo da medicação utilizada entre os dois grupos estudados onde no grupo dos normais a medicação mais utilizada foi o antibiótico e no grupo dos deficientes foi o anticonvulsivante, mas sem diferença estatística (teste de Qui-quadrado,  $p=0,6889$ ).

**Tabela 6** - Distribuição da população estudada quanto a amamentação exclusiva até os 6 meses:

Amamentação	Fenotipicamente	
	Normais	Deficientes
sim	20 (40%)	21 (42%)
não	30 (60%)	29 (58%)
<b>Total</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

A amamentação exclusiva até os 6m no grupo dos deficientes foi percentualmente um pouco maior, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste de Qui-quadrado,  $p=0,6853$ ).

**Tabela 7** - Distribuição da população estudada quanto à presença de maloclusões:

Maloclusão	Fenotipicamente	
	Normais	Deficientes
sim	29 (58%)	18 (36%)
não	21 (42%)	32 (64%)
<b>Total</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

#### **Normais**

Mordida Aberta Anterior = 15  
 Mordida Cruzada Posterior = 9  
 Sobremordida = 7  
 Mordida Cruzada Anterior = 1  
**Total = 29**

#### **Deficientes**

Mordida Aberta Anterior = 11  
 Atresia maxilar = 3  
 Mordida Cruzada Posterior = 2  
 Mordida Cruzada Anterior = 2  
 Sobremordida = 1  
**Total = 18**

Constatou-se que as maloclusões no grupo dos fenotipicamente normais é maior havendo diferença estatisticamente significativa entre eles e a Mordida Aberta Anterior foi a maloclusão mais observada em ambos os grupos (teste de Qui-quadrado,  $p=0,0275$ ).

**Tabela 8** - Distribuição da população estudada quanto aos hábitos de sucção não nutritivos (dedo e chupeta):

Hábitos de sucção	Fenotipicamente Normais	Deficientes
Chupeta	16	11
Dedo	4	2
Total	20 (40%)	13 (26%)
Sem Hábitos	30 (60%)	37 (74%)
<b>Total</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

Os hábitos de sucção não nutritivos (dedo e chupeta) foram percentualmente maiores no grupo dos fenotipicamente normais, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste de Qui-quadrado,  $p=0,1365$ ).

**Tabela 9** - Distribuição da população estudada quanto ao hábito de sucção nutritivo (mamadeira):

Mamadeira	Fenotipicamente Normais	Deficientes
sim	46 (92%)	35 (70%)
não	4 (8%)	15 (30%)
<b>Total</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

O hábito de sucção nutritivo (mamadeira) percentualmente foi mais observado no grupo dos fenotipicamente normais.

**Tabela 10** - Distribuição da população estudada quanto a cárie precoce:

Cárie	Fenotipicamente Normais	Deficientes
sim	5 (10%)	9 (18%)
não	45 (90%)	41 (82%)
<b>Total</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

A ocorrência de cárie precoce na infância foi inexpressiva em ambos os grupos não havendo diferença estatística entre eles (teste de Qui-quadrado,  $p=0,2490$ ).

**Tabela 11** - Distribuição da população estudada quanto ao bruxismo:

<b>Bruxismo</b>	<b>Fenotipicamente</b>	
	<b>Normais</b>	<b>Deficientes</b>
sim	7 (14%)	16 (32%)
não	43 (86%)	34 (68%)
<b>Total</b>	50 (100%)	50 (100%)

**Normais**

Diurno = 1

Noturno = 6

Diurno + Noturno = 0

**Deficientes**

Diurno = 7

Noturno = 5

Diurno + Noturno = 4

O bruxismo foi mais observado nos pacientes com deficiência apresentando significância entre os grupos (teste de Qui-quadrado,  $p=0,0324$ ).

**Tabela 12** - Distribuição da população estudada quanto ao uso de componentes fluoretados:

<b>Componentes Fluoretados</b>	<b>Fenotipicamente</b>	
	<b>Normais</b>	<b>Deficientes</b>
sim	44 (88%)	35 (70%)
não	6 (12%)	12 (24%)
Não souberam informar	0 (0%)	3 (6%)
<b>Total</b>	50	50 (100%)

**Normais**

Colgate Baby = 26

Tandy = 12

Flúor da Bebê Clínica = 2

Pasta de adulto = 1

Não soube informar a pasta = 3

**Total** = 44

**Deficientes**

Tandy = 15

Pasta de adulto = 5

Flúor da Bebê Clínica = 3

Colgate Junior = 1

Colgate Kidds = 1  
 Colgate Baby = 1  
 Não soube informar a pasta = 9  
 Não informaram = 3  
**Total = 35**

O uso do flúor foi significativo em ambos os grupos, havendo diferenças entre os tipos de dentifrícios utilizados onde no grupo dos normais utilizou-se em maior número dentifrício com 500 ppm de flúor e no grupo dos deficientes com 1100 ppm (teste de Qui-quadrado,  $p=0,0126$ ).

**Tabela 13** - Distribuição da população estudada quanto a higiene dentária:

Higiene Dentária	Fenotipicamente Normais	Deficientes
sim	50 (100%)	48 (96%)
não	0 (0%)	2 (4%)
<b>Total</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

A higiene dentária foi expressiva nos dois grupos pesquisados, sendo que no grupo dos fenotipicamente normais houve ocorrência de 100% e no grupo dos com deficiência de 98%, não havendo diferença estatística entre os grupos (teste exato de Fischer,  $p=0,2474$ ).

**Tabela 14** - Distribuição da população estudada quanto a freqüência de visita dos pais ao dentista e o tipo de tratamento realizados:

Visita dos pais ao dentista	Fenotipicamente Normais	Deficientes
Preventivo	18	15
Preventivo + curativo	30	27
Total de freqüência	48 (96%)	42 (84%)
Não frequentam	2 (4%)	8 (16%)
<b>Total</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

A freqüência dos pais ao dentista foi considerável, sendo que o tipo de tratamento mais realizado foi o preventivo + curativo em ambos os grupos, ocorrendo significância entre os grupos (teste de Qui-quadrado,  $p=0,0455$ ).

**Tabela 15** – Interrelação entre a amamentação exclusiva e a ocorrência de hábitos de sucção de dedo e chupeta, em ambos os grupos estudados (teste de Qui-quadrado  $p= 0,0070$ ).

\*

Hábitos / dedo e chupeta	Amamentação		TOTAL
	sim	não	
sim	6	27	33
não	36	31	67
<b>TOTAL</b>	42	58	<b>100</b>

**Tabela 16** – Interrelação entre a ocorrência de hábitos de sucção de dedo e chupeta nas crianças com deficiência, que foram amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses de idade (teste de Qui-quadrado  $p = 0,0156$ ).

\*

Crianças Deficientes Hábitos / dedo e chupeta	Amamentação		TOTAL
	sim	não	
sim	2	11	13
não	20	17	37
<b>TOTAL</b>	22	28	<b>50</b>

**Tabela 17** – Interrelação entre a ocorrência de hábitos de sucção de dedo e chupeta nas crianças fenotipicamente normais, que foram amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses de idade (teste de Qui-quadrado  $p = 0,0184$ ).

\*

Crianças Fenotipicamente Normais Hábitos / dedo e chupeta	Amamentação		TOTAL
	sim	não	
sim	4	16	20
não	16	14	30
<b>TOTAL</b>	20	30	<b>50</b>

Foi significativo em ambos os grupos evidenciando que crianças que praticaram o Aleitamento materno exclusivo possuem menos hábitos de sucção não nutritivos.

**Tabela 18** – Interrelação, de ambos os grupos estudados, quanto ao número de crianças que após serem amamentadas no peito aderiram à mamadeira (teste de Qui-quadrado  $p= 0,1188$ ).

	Amamentação		
Mamadeira	sim	não	TOTAL
sim	31	50	81
não	11	8	19
TOTAL	42	58	100

Não foi significativo nos mostrando que mesmo após serem amamentadas exclusivamente por 6 meses as crianças de ambos os grupos aderiram a mamadeira como veículo para se alimentarem.

**Tabela 19** – Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças que foram amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses de idade, em ambos os grupos estudados (teste de Qui-quadrado  $p= 0,0197$ ).

	Amamentação		
Problema de maloclusão	sim	não	TOTAL
sim	14	33	47
não	28	25	53
TOTAL	42	58	100

Foi significativo para ambos os grupos pesquisados em relação aos hábitos de sucção não nutritivos e a ausência de aleitamento materno nos primeiros meses de vida são o principal fator de risco para à ocorrência da maloclusão.

**Tabela 20** – Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças com deficiência, que foram amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses de idade (teste de Qui-quadrado  $p= 0,0199$ ).

Crianças Deficientes	Amamentação		
Problema de maloclusão	sim	não	TOTAL
sim	4	14	18
não	18	14	32
TOTAL	22	28	50



Foi significativo nos grupos das crianças com deficiência esta interrelação, evidenciando que quando amamentados exclusivamente, estas apresentaram menor probabilidade de ocorrência da maloclusão.

**Tabela 21** – Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças fenotipicamente normais, que foram amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses de idade (teste de Qui-quadrado  $p = 0,3493$ ).

Crianças Fenotipicamente Normais	Amamentação		TOTAL
	sim	não	
Problema de maloclusão			
sim	10	19	29
não	10	11	21
TOTAL	20	30	50

Não foi significativo para este grupo, pois as criança foram amamentadas exclusivamente por um período menor, logo apresentaram um índice maior de ocorrência da maloclusão.

**Tabela 22** – Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças que utilizaram mamadeira, em ambos os grupos estudados (teste de Qui-quadrado  $p = 0,0584$ ).

Problema de maloclusão	Mamadeira		TOTAL
	sim	não	
sim	37	10	47
não	44	9	53
TOTAL	81	19	100

Foi significativa esta interrelação pois as crianças pesquisadas em ambos os grupos que realizaram alimentação artificial (mamadeira), apresentaram problemas de maloclusão. Em nosso estudo a Mordida Aberta Anterior foi a maloclusão mais observada em ambos os grupos.

**Tabela 23** – Interrelação entre a amamentação no peito e a ocorrência de cárie precoce, em ambos os grupos estudados (teste de Qui-quadrado  $p= 0,5131$ ).

	Cárie Precoce		
Amamentação	sim	não	TOTAL
sim	7	35	42
não	7	51	58
<b>TOTAL</b>	14	86	<b>100</b>

Não foi significativo, pois em ambos os grupos o índice de cárie foi baixo salientando a influência positiva das ações educativas e preventivas.

**Tabela 24** – Interrelação entre a renda familiar e a ocorrência de cárie precoce, em ambos os grupos estudados (teste exato de Fischer  $p= 0,3652$ ).

	Cárie precoce		
Renda Familiar	sim	não	Total
Abaixo de 03 sm*	2	15	17
De 03 a 04 sm	8	46	54
De 05 a 14 sm	3	24	27
De 15 a 34 sm	1	1	2
<b>Total</b>	14	86	<b>100</b>

\*sm = salário mínimo

Não foi significativo, pois como as crianças de ambos os grupos pertenciam a programas educativos preventivos não houve influência da renda familiar com a ocorrência da cárie precoce.

**Tabela 25** – Interrelação entre a utilização de medicamentos rotineiramente e a ocorrência de cárie precoce, em ambos os grupos estudados (teste de Qui-quadrado  $p= 0,1884$ ).

	Cárie precoce		
Medicação	sim	não	TOTAL
sim	5	47	52
não	9	39	48
<b>TOTAL</b>	14	86	<b>100</b>

Não foi significativo, pois como as crianças de ambos os grupos pertenciam a programas educativos preventivos não houve influência do uso de medicação com a ocorrência da cárie precoce.

**Tabela 26** – Interrelação entre a higiene dentária e a ocorrência de cárie precoce, em ambos os grupos estudados (teste exato de Fischer  $p= 0,7383$ ).

Higiene dentária	Cárie precoce		TOTAL
	sim	não	
sim	14	84	98
não	0	2	2
TOTAL	14	86	100

Não foi significativo, pois como as crianças de ambos os grupos pertenciam a programas educativos preventivos o índice de cárie foi insignificante, pois a maioria deles realizaram a higiene dentária.

**Tabela 27** – Interrelação entre a ocorrência de cárie precoce nas crianças que faziam uso de componentes fluoretados, em ambos os grupos estudados (teste de Qui-quadrado  $p= 0,4695$ ).

Cárie precoce	Componentes Fluoretados		TOTAL
	sim	não	
sim	12	2	14
não	64	19	83
TOTAL	76	21	97*

\*o total não foi de 100, porque 3 acompanhantes não souberam informar quanto ao uso de componentes fluoretados.

Não foi significativo, pois ambos os grupos tiveram contato com componentes fluoretados devido à frequência aos programas preventivos educativos.

**Tabela 28** – Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças que possuíam hábitos de sucção de dedo e chupeta, em ambos os grupos estudados (teste de Qui-quadrado  $p= 0,0557$ ).

<b>Problema de maloclusão</b>	<b>Hábito/ dedo e chupeta</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>sim</b>	<b>não</b>	
<b>sim</b>	20	27	47
<b>não</b>	13	40	53
<b>TOTAL</b>	33	67	<b>100</b>

**Tabela 29** – Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças com deficiência, que possuíam hábitos de sucção de dedo e chupeta (teste de Qui-quadrado  $p = 0,8298$ ).

<b>Crianças Fenotipicamente Normais</b>	<b>Hábitos / dedo e chupeta</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>sim</b>	<b>não</b>	
<b>sim</b>	15	14	29
<b>não</b>	5	16	21
<b>TOTAL</b>	20	30	<b>50</b>

**Tabela 30** – Interrelação entre a ocorrência de problemas de maloclusão nas crianças fenotipicamente normais, que possuíam hábitos de sucção de dedo e chupeta (teste exato de Fischer  $p = 0,0467$ ).

\*

<b>Crianças Deficientes</b>	<b>Hábitos / dedo e chupeta</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>sim</b>	<b>não</b>	
<b>sim</b>	5	13	<b>18</b>
<b>não</b>	8	24	<b>32</b>
<b>TOTAL</b>	13	37	<b>50</b>

Foi significativo porque as crianças fenotipicamente normais apresentaram um índice maior de hábitos de sucção não nutritivos (dedo/chupeta), apresentando assim, uma ocorrência maior de maloclusões.

*DISCUSSÃO*

## 6 DISCUSSÃO

O intuito desta pesquisa foi verificar se crianças com deficiência, matriculadas e assistidas no CAOÉ, apresentavam hábitos e características bucais diferentes das fenotipicamente normais, assistidas na Bebê Clínica, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, na faixa etária de 1 a 4 anos. Por isso, realizamos este estudo comparativo, com 50 crianças fenotipicamente normais e com 50 crianças com deficiência que compuseram esta amostra juntamente com seus pais ou responsáveis. No CAOÉ haviam apenas 84 crianças com deficiência, nesta faixa etária, mas apenas 50 puderam participar da pesquisa, sendo uma amostra satisfatória dentro deste universo. No grupo das crianças fenotipicamente normais, 26 (52%) eram do gênero feminino e 24 (48%) do gênero masculino e no grupo das com deficiência, 22 (44%) eram meninas e 28 (56%) meninos. Não havendo, portanto, diferença estatística entre os grupos em relação ao gênero (Tabela 1). Resultado semelhante ao encontrado nos estudos de Ferreira et al. (2002), que de um total de 495 crianças, 274 (55,4%) eram meninos e 221 (44,6%) eram meninas.

Com relação ao tipo de parto, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, pois observamos que no grupo das crianças normais, a ocorrência de parto cesáreo foi maior que no grupo das deficientes (Tabela 4). Muito provavelmente, em decorrência de fatores ligados à renda familiar, uma vez que o parto cesáreo é muito mais caro e, a maioria da população dos deficientes estudados, apresentaram renda familiar mensal, abaixo de 3 salários mínimos (Tabela 2).

Em relação às complicações no parto, também houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, onde pudemos observar que no grupo das crianças normais, praticamente não ocorreram problemas (Tabela 4). Já no grupo das crianças deficientes, 50% delas apresentaram vários problemas (Tabela 4.1), o que pode ter contribuído, significativamente, para que elas nascessem com deficiência.

No Brasil, as medianas da amamentação exclusiva (AME) e do aleitamento materno total são de 23,4 dias e 10 meses, respectivamente (BRASIL, 2001), não correspondem ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde (CHAVES et al., 2007).

Embora a amamentação natural seja fortemente recomendada pelos benefícios à saúde do bebê, ela pode torna-se um problema quando prolongada. Esta prática varia nos diferentes meios sociais de um país e entre países, relacionando-se a vários fatores, como orientações profissionais e aspectos culturais da população. De acordo com o Ministério da Saúde, UNICEF, Organização Mundial da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria, ela é recomendada em livre demanda e exclusiva somente até os 6 meses de idade, a partir dos quais deve ser estimulado um desmame lento e gradual (NAKAMURA, 2009).

Olang et al. (2009) em seus estudos, observaram que o aleitamento materno exclusivo aos 4 e 6 meses de idade nas áreas rurais do Iran, foram de 58% e 29%, e em zonas urbanas, 56% e 27%, respectivamente. Já Garcia-Montrone e Rose (1996) observaram que 55% das mães do grupo experimental ainda amamentavam seus filhos aos seis meses, contra apenas 22% daquelas do grupo-controle, enquanto que no nosso estudo, apenas 40% foram amamentados exclusivamente até os 6 meses de idade no grupo dos fenotipicamente normais e 42% no grupo dos com deficiência (Tabela 6). Este índice da amamentação exclusiva quando comparado com a literatura pertinente ao assunto foi satisfatório, principalmente, no grupo dos com deficiência. Como a prática da amamentação está relacionada com aspectos psicológicos e estas mães muitas vezes não viveram o luto após o nascimento dos seus filhos deficientes, o que poderia impedir esta prática, pois muitas vezes as mães só aceitaram ou descobriram a deficiência de seus filhos após a época da amamentação exclusiva, fato que colaborou para tal prática. De acordo com o relato dessas mães as que não receberam amamentação exclusiva foram as crianças que tiveram problemas ao nascimento e foram encaminhadas para incubadora ou para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

Segundo os resultados encontrados na pesquisa de Damião (2008), a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) foi de 22,7% até os quatro meses, variando de 39,6% no primeiro dia a 12,4% aos 120 dias de vida. O aleitamento materno exclusivo apresenta maiores prevalências entre as mulheres com maior escolaridade, que não trabalhavam fora e que já estavam amamentando exclusivamente no peito seus filhos, desde o primeiro dia que chegaram em casa, depois de receberem alta da maternidade. Em nosso estudo, as crianças de ambos os grupos receberam AME até os 6 meses de idade, porém, o grupo dos deficientes

apresentou um percentual um pouco maior, mas sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Santos et al. (2005), realizaram uma pesquisa e observaram que a maioria das mães entrevistadas afirmaram que amamentaram, mas menos da metade realizou aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida do bebê. A maioria delas eram casadas ou viviam em união consensual; com grau de escolaridade em nível fundamental incompleto e com rendimento familiar de um até seis salários mínimos. Em nosso estudo, a maioria das entrevistadas também eram casadas em ambos os grupos. Com relação à escolaridade, no grupo dos fenotipicamente normais, 48% das entrevistadas tinham o 2º grau completo, já no grupo dos com deficiência 38% atingiram este nível. O rendimento familiar no grupo dos fenotipicamente normais foi de 05 a 14 salários mínimos em 42% deles e, no grupo dos deficientes, 72% deles recebiam abaixo de 3 salários mínimos (Tabela 2).

De acordo com os estudos de Alves et al. (1998), o aleitamento materno exclusivo predominou na faixa etária de 0 a 6 meses, sendo que a partir desta faixa predominava a amamentação artificial, com mamadeira contendo açúcar e, até mesmo com a introdução de outros alimentos. Em nosso estudo a mamadeira predominou em ambos os grupos pesquisados (Tabela 9). Ao correlacionarmos os grupos não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao número de crianças que após serem amamentadas no peito aderiram à mamadeira (Tabela 18).

No que diz a respeito à higiene bucal, no mesmo estudo realizado por Alves et al. (1998), verificou-se que a limpeza da cavidade bucal dos bebês foi precocemente iniciada, de 0 a 6 meses, porém, esta prática foi diminuindo com o passar da idade. Em nosso estudo, no grupo dos fenotipicamente normais, este hábito foi iniciado por volta dos 8 meses, já no grupo dos deficientes aos 12 meses, provavelmente em decorrência de atraso na erupção dentária, comumente encontrada neste grupo. E, como a maioria das mães ou responsáveis só procuram atendimento odontológico precoce quando irrompem os primeiros dentes, o início da limpeza bucal nesse grupo foi postergado.

Com relação à cárie dentária, em uma pesquisa realizada no Brasil, em 1996, nas capitais, observou-se que houve um declínio de quase 54% na cárie de dentes permanentes, embora o mesmo não tivesse sido encontrado para a CPI (BRASIL, 2004). Por isso, Grindefjord et al. (1995) salienta que crianças com cárie de desenvolvimento precoce podem ter uma taxa mais elevada de progressão, além



de expressivo número de novas lesões, em um período de um ano. Assim, identificar o bebê de alto risco à cárie significa dirigir ações preventivas precoces e intensivas, para prevenir a destruição precoce da dentição decídua.

Segundo, Ismail e Sohn (2001), a experiência de cárie está interrelacionada às variáveis como nível sócio econômico, dieta, hábitos de higiene buco-dentária e período da primeira consulta ao cirurgião dentista, portanto não podem ser consideradas isoladamente. Estes autores afirmam ainda que as crianças deste estudo que apresentaram baixo índice de cárie, escovavam os dentes pelo menos 1 (uma) vez ao dia, e foram pela primeira vez ao dentista com idade entre 2 a 5 anos e pelo menos um de seus pais tinham formação universitária. As crianças cuja primeira visita odontológica foi por motivo de orientação e prevenção tiveram, também, um menor índice de cárie do que aquelas que procuraram o serviço por outras razões. Estes resultados podem indicar que as famílias com melhor poder aquisitivo, geralmente tem um maior interesse e comportamentos positivos relacionados aos aspectos preventivos e orientações profissionais.

Em nosso estudo, como todas as crianças, de ambos os grupos e com rendas familiares variadas, estavam iniciando ou já faziam parte de programas preventivos-educativos, não encontramos interrelação entre renda familiar e a presença de cárie dentária, mesmo no grupo dos deficientes que apresentaram uma renda familiar mais baixa. (Tabela 24). Verificamos, ainda, que os fatores higiene dentária, uso de componente fluoretado e cárie precoce na infância, apresentaram padrões considerados desejáveis, em ambos os grupos.

Santos e Soviero (2002), em seus estudos, também não encontraram associação estatisticamente significativa entre a prevalência de cárie e os fatores sócio-econômico-culturais, frequência de higiene, hábito de amamentação noturna e dieta cariogênica durante o dia.

De acordo com nossa pesquisa, 90% dos pacientes do grupo dos fenotipicamente normais e 82% dos pacientes do grupo dos deficientes, não desenvolveram sinal clínico de lesão cariiosa. Estes dados permitem-nos salientar, mais uma vez, a influência positiva das ações educativas e preventivas, tanto da Bebê-Clínica quanto do CAOÉ. Takahashi (2009) verificou em seus estudos os fatores como irrupção dentaria, condição gengival, higiene bucal, dieta e cárie dentaria, concluindo que os padrões encontrados foram considerados como

desejáveis para as faixas de idade pesquisadas por serem também pacientes pertencentes a um programa educativo/preventivo.

Entretanto, aponta-nos para a necessidade de direcionarmos nossos esforços para envolvermos os pais e incluí-los nestas ações, orientando e motivando-os quanto à importância dos mesmos procurarem atenção odontológica, pois em nosso estudo observamos uma maior procura dos pais por tratamentos preventivo e curativo ao invés de só preventivos. (Tabela 10).

É inquestionável a necessidade de intervenção precoce para a prevenção da cárie dentária, uma vez que hábitos alimentares e higiene bucal são constituídos precocemente, já nos primeiros anos de vida da criança (GRINDEFJORD et al., 1991; WALTER et al., 1996).

Na complexa relação entre amamentação natural e cárie precoce, há ainda, a interferência de muitas variáveis, como a infecção por *Streptococcus Muttans*, hipoplasia de esmalte, hábitos alimentares e higiene bucal. A presença do leite materno, por longos períodos de tempo, em contato com os dentes, cuja higienização, muitas vezes, é pobre ou ausente, pode contribuir para criar um ambiente bucal ecologicamente favorável à aquisição de uma microbiota cariogênica nos bebês, com o conseqüente desenvolvimento da cárie precoce da infância.

Já Davies (1998), afirma que mamadeiras predisõem à cárie precoce da infância nos incisivos superiores, porque o bico da mamadeira bloqueia o acesso da saliva nestes dentes, ao passo que os incisivos inferiores estão próximos às glândulas salivares sublinguais e protegido dos líquidos pela língua.

A amamentação artificial prolongada, também, foi associada com a ocorrência de lesões de cárie em idade precoce (ALALUUSUA; MALMIVIRTA, 1994, AZEVEDO et al. 2005; DINI et al, 2000; GRINDEFJORD et al., 1995).

Segundo Reisine e Psoter (2001), a evidência de uma relação entre o uso de mamadeira e risco de cárie mostrou-se fraca, provavelmente porque o risco de cárie pode ser sensível à interação de múltiplos fatores. Muitos bebês são alimentados através de mamadeira, pelo menos durante algum tempo e, como indica Horowitz (1998), muitos deles não desenvolvem cárie de primeira infância. Esses dados estão de acordo com os encontrados em nosso estudo, pois apesar do uso elevado de mamadeira esta relação evidenciou que o risco de cárie foi inexpressivo.

O uso de medicamentos não foi relevante quando interrelacionamos com a cárie dentária, em ambos os grupos estudados, uma vez que 50% das crianças deficientes e 54% das fenotipicamente normais utilizavam medicamentos (Tabela 5), a única diferença entre ambos os grupos, foi o tipo de medicamento utilizado, sendo que no grupo dos normais, o antibiótico foi mais utilizado e no grupo dos deficientes, o anticonvulsivante.

A ocorrência do bruxismo, em ambos os grupos estudados, foi observada com um percentual mais elevado entre as crianças com deficiência (Tabela 11), provavelmente porque é mais comumente encontrado nas crianças com paralisia cerebral, por apresentarem uma hipertonia muscular constante, que se agrava devido a problemas emocionais.

Segundo Carrascoza et al. (2006), os hábitos de sucção nutritiva ou não, acarretam problemas de maloclusão e/ou mal posicionamento da língua, como confirmado em seu estudo, ao encontrarem uma maior ocorrência de hipotonicidade e conseqüente repouso da língua em local incorreto entre as crianças que utilizaram mamadeira. Os resultados deste estudo apontam que mais de 60% das crianças que usaram mamadeira, apresentavam respiração bucal ou mista. Essa relação, também, foi comprovada nos estudos de Leite-Cavalcanti et al., (2007), com percentuais que variaram de 70% a 77,4%, pois maloclusões estavam presentes em 87% dos casos, sucção de chupeta em 84,8% e sucção digital em 7,2%. Sendo, que aproximadamente 84,2% das crianças tinham história de alimentação artificial e 79,9% delas apresentavam maloclusão, quando do exame. No presente estudo, também observamos índices elevados de maloclusões no grupo dos fenotipicamente normais (Tabela 7). A utilização de mamadeira, no grupo dos fenotipicamente normais foi de 92% e no grupo dos deficientes foi de 70%. A mordida aberta anterior, foi a maloclusão mais observada em ambos os grupos. Ao interrelacionarmos o uso da mamadeira com problemas de maloclusão, em ambos os grupos, (Tabela 22), obtivemos resultados significativos, confirmados com os achados nos levantamentos bibliográficos acima mencionados.

Cotrim et al. (2002) estudaram a prevalência do uso da chupeta e sua relação com a interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) e aleitamento materno (AM). A introdução precoce da chupeta foi observada em (53,9%), em menores de um mês e a associação entre o uso da chupeta e interrupção do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno. Houve uma maior prevalência

de uso de mamadeira entre aquelas crianças que usavam chupeta. Em nosso estudo quando interrelacionamos o AME com hábitos de dedo e chupeta encontramos valores significativos (Tabela 15), evidenciando que crianças que praticam o AME possuem menos hábitos de sucção não nutritivos, o que nos permite concluir também de acordo com (Tabela 19) a interrelação entre AME e problemas de maloclusão, onde observamos uma menor ocorrência de maloclusão para as crianças que AME, corroborando também com os estudos de Farsi et al. (1997), Viggiano et al. (2004); Souza et al. (2004); Valdrighi et al. (2004), onde os autores concluíram que os hábitos de sucção não nutritivos e a ausência de aleitamento materno nos primeiros meses da vida são o principal fator de risco para à ocorrência da maloclusão. Comprovando mais uma vez que o aleitamento materno deve ser incentivado.

É de suma importância que novos estudos sejam realizados, abordando o tema da presente pesquisa, pois poucos são os pesquisadores que se dedicam a este tema, provocando uma lacuna na literatura, haja visto o pequeno número de trabalhos publicados sobre odontologia para crianças com deficiência.

Esta pesquisa, contribuiu para o controle e mudanças nos quadros existentes, com relação às ocorrências de alterações bucais como a cárie e maloclusão, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida dessas crianças.

No entanto, após a realização deste estudo, podemos afirmar que na faixa etária de 1 a 4 anos as crianças, sejam elas fenotipicamente normais ou com deficiência, com relação as orientações sobre prevenção da cárie dentária e outros problemas bucais, são muito semelhantes, tanto que não houve diferenças estatisticamente significante quanto a cárie precoce na infância, nos grupos estudados.

Assim sendo, as crianças com deficiência, nesta faixa etária, podem ser atendidas em clínicas que atendem bebês e/ou crianças fenotipicamente normais, pois os procedimentos quanto à orientação e prevenção dos problemas bucais, são os mesmos que os das crianças fenotipicamente normais recebem rotineiramente.

*CONCLUSÃO*

## *7 CONCLUSÃO*

A análise dos resultados deste trabalho, considerando-se a metodologia empregada neste estudo, permitiu as seguintes constatações:

- ❖ Os aspectos observados relativos ao aleitamento materno, hábitos bucais deletérios e a cárie precoce, em ambos os grupos pesquisados, não diferiram grandemente entre eles;
- ❖ A ocorrência de maloclusão é maior no grupo dos fenotipicamente normais;
- ❖ O bruxismo é mais freqüente no grupo dos deficientes;
- ❖ As orientações educativas e preventivas, na faixa etária de 1 a 4 anos, são semelhantes para ambos os grupos estudados, podendo os mesmos serem assistidos igualmente.

## *REFERÊNCIAS*

## 8 REFERÊNCIAS

AGUIAR, S.M.H.C.A.; PINTO, L.M.C.P.; FROSSARDI, V.T.G. Assistência odontológica precoce para crianças portadoras de necessidades especiais: motivação e educação para pais e/ou responsáveis. In: LOCKS, A. et al. **13º Livro Annual do Grupo de Professores de Ortodontia e Odontopediatria**, Diamantina: Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria, 2003, p. 309-316.

AGUIAR, S.M.H.C.A.; SEDLACEK, P. Ações integradas no atendimento e assistência odontológica ao Paciente Especial. In: CARDOSO, R.J.A.; MACHADO, M.E.L. **Odontologia, conhecimento e arte: odontopediatria, ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares, pacientes especiais**. São Paulo: ARTMED: APCD, 2003b. v.2, p.303-308.

ALALUUSUA, S. MALMIVIRTA, R. Early plaque accumulation-a sing for caries risk in young children. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 15, n. 5 (Part 1), p. 273-276, Oct. 1994.

ALVES, T. D. B. et al. Levantamento epidemiológico em crianças de 0 a 30 meses na cidade de Recife-PE : Parte 1 : Avaliação da dieta e higiene bucal. **ROBRAC**, v. 7, n. 23, p. 44-49, 1998.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Clinical guideline on baby bottle tooth decay/early childhood caries/breastfeeding/early childhood caries: unique challenges and treatment options. Disponível em: <[http://www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/Baby\\_Bottle\\_TDEEC.pdf](http://www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/Baby_Bottle_TDEEC.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2008.

ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.103-109, fev. 2008.

ARAUJO, M. C. M. **Ortodontia para clínicos: programa pré ortodôntico**. São Paulo: Santos, 1981. 286 p.

ARAUJO, M. C. M. **Ortodontia para clínicos: programa pré ortodônticos**. 4.ed. São Paulo: Santos, 1988. 286 p.

ARAÚJO, O. D de. et al. Aleitamento materno :fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.61, n.4, p. 488-492, jul./ago. 2008.



AZEVEDO, T. D.; BEZERRA, A. C.; TOLEDO, O. A. Feeding habits and severe early childhood caries in brazilian preschool children. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v. 27, n.1, p. 28-33, jan./fev. 2005.

BARROS, S. G. et al. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 215-222, jul./set. 2001.

BRANDÃO, I. M. G. Cárie precoce: influência de variáveis sócio comportamentais e do *locus* de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1247-1256, jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 50 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68p.

BRUNKEN, G. S. et al. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 82, n.6, p. 445-451, Nov./Dec. 2006.

ÇAGLAR, E. et al. Feeding, artificial sucking habits, and malocclusions in 3-year old girls in different regions of the world. **ASDC J. Dent. for Children**, Chicago, v.72, n.1, p. 25-30, Jan./Apr. 2005.

CARIÑO, K. M. G. et al. Early childhood caries in Northern Philippines. **Community Dent. Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 31, n. 2, p. 81-89, Apr. 2003.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA JÚNIOR, Á. L.; MORAES, A. B. A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estud. Psicol.**, Campinas, v.22, n.4, p. 433-440, out./dez. 2005b.

CARRASCOZA, K. C. et al. Conseqüências do uso da mamadeira para o desenvolvimento orofacial em crianças inicialmente amamentadas ao peito. **J. Pediatri.**, Rio de Janeiro, v.82, n.5, p. 395-397, set./out. 2006.

CARRASCOZA, K. C. et al. Prolongamento da amamentação após o primeiro ano de vida: argumentos das mães. **Psicol. Teor. Pesqui.**, São Paulo, v.21, n.3, p. 271-277, dez. 2005a.

CASTRO, L. A. et al. Estudo transversal da evolução da dentição decídua: forma dos arcos, sobressaliência e sobremordida. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v.16, n.4, p. 367-373, out./dez. 2002.

CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S de. Aspectos sócio-culturais da amamentação. In: CASTRO, L. M. C. P de.; ARAÚJO, L. D. S de. **Aleitamento materno: manual prático**. 2<sup>ed</sup>. Londrina: AMS/PML, 2006. p. 37-40.

CAULFIELD, P. W.; CUTTER, G. R.; DESANAYAKE, A. P. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. **J. Dent. Res**, Chicago, v.72, n. 1, p. 37-45, Jan. 1993.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, I. A. CÉSAR, C. C. Factors associated with duration of breastfeeding. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.83, n.3, p.241-246, May/Jun. 2007.

COTRIM, L.C. ; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no Estado de São Paulo. **Rer. Bras. saúde Mater. Infant.**, Recife, v.2, n.3, p.245-252, set./dez. 2002.

CRUZ, A. A. G. et al. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. **Pesq Bras Odontopediatria Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 185-189, set./dez. 2004.

CUNHA, R. F. et al. Dentistry for babies : a preventive protocol. **ASDC J. Dent. Child**, Chicago, v. 67, n. 2, p. 89-92, May./Apr. 2000.

DAMIÃO, J. J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 442-452, set. 2008.

DAVENPORT, E. S. et al. The effects of diet, breast-feeding and weaning on caries risk for pre-term and low birth weight children. **Int. J. Paediatr. Dent.** Oxford, v. 14, n. 4, p. 251-259, Jul. 2004.

DAVIES, G. N. Early childhood caries – a synopsis. **Community Dent Oral Epidemiol**, Dinamarca, v. 26, Suppl. 1, p. S106-S116, 1998.

DINI, E. L. et al. Caries and its association with infant feeding and oral health-related behaviours in 3–4-year-old Brazilian children. **Community. Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 28, n.4, p. 241–248. 2000.

ERICKSON, P.R.; MAZHARI, E. Investigation of the role of human breast milk in caries development. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v. 21, n.2, p. 86-90, Mar./Apr. 1999.

FARSI, N. M. A. et al. Sucking habits in Saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v. 19, n. 1, p. 28-33, Jan./Feb. 1997.

FERELLE, A. **Guia de Orientação para saúde bucal nos primeiros anos de vida.** Londrina: CRO-Paraná, 2008. 12 p.

FERREIRA, S. H. et al. Levantamento dos prontuários da clínica de bebês da Ulbra - Canoas RS (1994 - 2000). **Stomatos**, Canoas, v. 8, n.15, p.7-14, Jul./Dec., 2002.

FRAIZ, F.C. Dieta e cárie na primeira infância. In: WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos três anos.** São Paulo: Artes Médicas, 1996. 246 p.

GARCIA-MONTRONE, V.; ROSE, J.C.de. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 61-68, jan-mar. 1996.

GRINDEFJORD, M. DAHLLOF. G.; MODEERT, T. Caries development in children from 2.5 to 3.5 years of age: a longitudinal study. **Caries Res.**, Basel, v. 29, n.6, p. 449-454, 1995.

GRINDEFJORD, M. et al. Prevalence of mutans streptococci in one-year-old children. **Oral Microbiol. Immunol.**, Dinamarca, v.6, n.5, p. 280-283, Oct. 1991.

GUSSY, M. G. et al. Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. **J. Paediatr. Child. Health**, Melbourne, v.42, n. 1-2, p. 37-43, Jan./Feb. 2006.

HAKU, M. Breastfeeding: factors associated with the continuation of breastfeeding, the current situation in Japan, and recommendation for further research. **J. Med. Invest.**, Tokushima, v. 54, n. 3-4, p. 224-234, Augt. 2007.

HANEL, A. A. Intervenção precoce em bebês. In: MARCHESAN, I. Q. et al. **Tópicos em fonoaudiologia.** São Paulo: Lovise, 1995. v.II, p.311-321.

HOROWITZ, H. S. Research issues in early childhood caries. **Community. Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 26, Suppl. 1, p. 67-81, 1998.

ISMAIL, A.I.; SOHN, W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 132, n. 3, p. 295-303, Mar. 2001.

KÖHLER, N. R. W. Distúrbios Miofucionais: considerações sobre seus fatores etiológicos e conseqüências sobre o processo de crescimento/desenvolvimento da face. **Rev. Dent. Press. Ortodon. Ortop. Maxilar**, Maringá, v.5, n.3, p. 66-79, May/Jun. 2000.

LEITE-CAVALCANTI, A.; MEDEIROS-BEZERRA, P. K.; MOURA, C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v.9, n.2, p.194-204, abr./jun. 2007.

LEVINE, R. Is breast-feeding safe for teeth? **Dent Health**, London, v. 40, n. 3, p. 3-4, May, 2001.

MATTOS-GRANER, R. O. et al. Caries prevalence in 6-36-month-old Brazilian children. **Community Dent Health**, London, v. 13, n. 2, p. 96-98, Jun. 1996.

MEDEIROS, E. B, RODRIGUES, M. J. A importância da amamentação natural para o desenvolvimento do sistema estomatognático do bebê. **Rev. Cons. Reg. Odontol. Pernamb.**, Recife, v.4, n.2, p. 79-83, jul./dez. 2001.

MUELLER, H. Alimentação. In: FINNIE, N. A. **O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral**. 2.ed. São Paulo: Manole, 1980. p.131-153.

NAKAMURA, A. A. **Erupção de dentes decíduos e cárie precoce da infância – estudo longitudinal**. 2009. 191f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2009.

NEIVA, F. C. B. et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.79, n.1p. 7-12, Jan./Feb. 2003.

NEWBRUN, E. **Cariologia**. São Paulo: Ed. Santos, 1988. 326 p.

OLANG, B. et al. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. **Int. Breastfeed. J.**, v.4, p.8, Aug. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamento básicos em saúde bucal**. 4.ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1999. 66p.

PERES, K. G. et al. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.3, p. 343-350, jun. 2007.

REISINE, S. T.; PSOTER, W. Socioeconomic status and selected behavioral determinants as risk factors for dental caries. **J. Dent. Educ.**, Washington, v. 65, n. 10, p. 1009-1016, Oct. 2001.

RIBEIRO, N. M. E.; RIBEIRO, M. A. S. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. **J. Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 80, 5 Suppl, p. S199-S210, Nov. 2004.

RIPA, L. W. Nursing caries: a comprehensive review. **Pediatr. Dent**, Estados Unidos, v. 10, n.4, p. 268-282, Dec.1988.

ROSENBLATT, A.; ZARZAR, P. Breast-feeding and early childhood caries: an assessment among Brazilian infants. **Int. J. Paediatr. Dent.**, Oxford, v. 14, n. 6, p. 439-445, Nov. 2004.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.83, n.1, p. 53-58, Jan./Feb. 2007.

SANTOS, A. P. P. Dos.; SOVIEIRO, V. M. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v.16, n.3, p. 203-208, jul./set. 2002.

SANTOS, V. L. F.; SOLER, Z. A. S. G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.3, p.283-291, jul./set. 2005.

SERRA-NEGRA, J. M. C.; PORDEUS, I. A.; ROCHA JUNIOR, J. F. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. **Rev. Odontol. Univ. Bauru**, São Paulo, v.11, n.2, p. 79-86, abr./jun. 1997.

SIMIONI, L. R. G.; COMIOTTO, M. S.; RÊGO, D. M. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. **RPG Rev. Pós. Grad.**, São Paulo, v.12, n.2, p. 167-173, 2005.

SOUZA, F. R. N. et al. O Aleitamento materno e sua relação com hábitos deletérios e maloclusão dentária. **Pesqui. Bras. Odontopediatria. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 211-216, set./dez. 2004.

TAKAHASHI, K. **Avaliação da microbiota bucal de bebês aos 6, 12, 18 e 24 meses de idade e sua relação com dieta alimentar, condição gengival, erupção dentária e prevalência de cárie dentária.** 2009. 133 f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009.

TOMA, T.S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 2, p. S235-S246, 2008

TOMITA, L. M. et al. Relação entre o tempo de aleitamento materno, introdução de hábitos orais e ocorrência de maloclusões. **RFO UPF**, Passo Fundo, v.9, n.2, p. 101-104, jul./dez. 2004.

TRAWITZKI, L. V. et al. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.71, n.6, p. 747-751, nov./dez. 2005.

TURNER, M. L. Z. L. Amamentação. **Odontol. Ensino e Pesqui.**, Taubaté, v. 3, n.2, p. 14-20, jul. 1998.

VALDRIGHI, H.C. et al. Hábitos deletérios x aleitamento materno (sucção digital ou chupeta). **RGO**, Porto Alegre, v. 52, n. 4, p. 237-239, out. 2004.

VIEIRA, G. O. et al. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **J. Pediatr.**, Rio Janeiro, v.80, n.5, p. 411-416, set./out. 2004.

VIGGIANO, D. et al. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. **Arch. Dis. Child.**, London, v.89, n.12, p. 1121-1123, Dec. 2004.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos três anos**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 246 p.

WARREN, J. J. et al. Factors associated with dental caries experience in 1-year-old children. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v. 68, n. 2, p. 70-75, 2008.

WHITE, V. Breastfeeding and the risk of early childhood caries. **Evid. Based Dent.**, London, v. 9, n. 3, p. 86-88, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing breast-Feeding practices. Geneva: World Health Organization, 1992. 14p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization, 1998. 228 p.

YONEZU, T.; USHIDAN.; YAKUSHIJIM. Longitudinal study of prolonged breast-or-bottle-feeding on dental caries in japanese children. **Bull. Tokyo Dent. Coll.**, Tokyo, v. 47, n.4, p. 157-160, Nov. 2006.

*ANEXOS*



## Anexo A



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Araçatuba

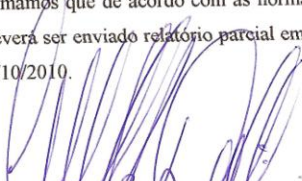


FLS.	62
PROÇ.	2008-01680
RI	Bu

ACBD/bri  
PROCESSO Nº .....: 2008-01680  
INTERESSADO(A).....: SANDRA MARIA HERONDINA COELHO AVILA AGUIAR  
DESPACHO.....: 004/2008

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba –UNESP-, reunido em 30/10/2008, APROVOU o parecer do Prof.Dr. WILSON GALHEGO GARCIA, favorável ao desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: "INTER-RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO, INTRODUÇÃO DE HÁBITOS BUCAIS, CÁRIE PRECOCE E A OCORRÊNCIA DE MAL OCLUSÃO EM CRIANÇAS PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS E DE CRIANÇAS FENOTIPICAMENTE NORMAIS".

Na oportunidade, informamos que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado relatório parcial em 30/10/2009 e o relatório final em 30/10/2010.

  
Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem  
Coordenador do CEP

Ciente.De acordo.

29/10/09  
  
Drª.Sandra M.H.Coelho Ávila Aguiar

## Anexo B

### Questionário

Nome da mãe ou cuidador(a):

Idade da mãe ou cuidador(a):

Escolaridade:

Renda familiar:

Estado civil:

Atividade:

Nome paciente:

Diagnóstico:

Idade paciente:

Já procurou algum dentista para receber algumas informações e/ou tratamento para seu filho: não \_\_\_\_\_ sim: \_\_\_\_\_

Tipo do parto:

Parto normal: 1 \_\_\_\_\_ Cesário: 2 \_\_\_\_\_ Fórceps: 3 \_\_\_\_\_

Complicações no parto: não \_\_\_\_\_ sim: \_\_\_\_\_

Anoxia: 1 \_\_\_ Hipoxia: 2 \_\_\_ Icterícia: 3 \_\_\_ outros: 4 \_\_\_

Pré maturo: não \_\_\_\_\_ sim \_\_\_\_\_ Quantas semanas \_\_\_\_\_

Se já foi internado: não \_\_\_\_\_ sim \_\_\_\_\_ Quanto tempo \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

Está Tomando alguma medicação: não \_\_\_\_\_ sim \_\_\_\_\_

Qual(is) \_\_\_\_\_

Teve dificuldade de pegar o peito: não \_\_\_\_\_ sim \_\_\_\_\_

OBS:

Recebeu orientação sobre amamentação nesta gestação:

Não \_\_\_\_\_ sim \_\_\_\_\_ não se aplica \_\_\_\_\_

Início da amamentação até quatro horas após o parto:

Não \_\_\_\_ sim \_\_\_\_

Amamentação exclusiva até os 6 meses de vida: não \_\_\_\_ sim \_\_\_\_

Tempo de amamentação: \_\_\_\_\_

Tem algum hábito:

chupeta \_\_\_\_\_

dedo \_\_\_\_\_ roer unhas \_\_\_\_\_

mamadeira \_\_\_\_\_

Mamadeira: \_\_\_\_\_ Peito: \_\_\_\_\_

Copo de transição: \_\_\_\_\_ Copo: \_\_\_\_\_

Cárie dentária: não \_\_\_\_ sim \_\_\_\_

Problemas de maloclusão: não \_\_\_\_ sim \_\_\_\_

Mordida cruzada posterior: não \_\_\_\_ sim \_\_\_\_

Trespasse horizontal:

Normal: \_\_\_\_ Sobressaliência: \_\_\_\_ Cruzada: \_\_\_\_

Topo: \_\_\_\_ Sem trespasse incisal: \_\_\_\_

Trespasse vertical:

Normal: \_\_\_\_ Mordida aberta: \_\_\_\_ Sobremordida: \_\_\_\_

Topo: \_\_\_\_ Omissos: \_\_\_\_

Bruxismo: não \_\_\_\_ sim \_\_\_\_

Noturno: \_\_\_\_ diurno: \_\_\_\_

Início da higiene:

Diurna: meses \_\_\_\_\_

Noturna: meses \_\_\_\_\_

Pasta com flúor: não \_\_\_\_ sim \_\_\_\_

Freqüência: 1x \_\_\_\_ 2x \_\_\_\_ 3x ou mais \_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Fio dental: não \_\_\_\_ sim \_\_\_\_

Freqüência: 1x \_\_\_\_ 2x \_\_\_\_ 3x ou mais \_\_\_\_\_

Se os pais ou cuidadores recebem ou já receberam atendimento odontológico:

Não: \_\_\_\_\_

Sim: \_\_\_\_\_ Preventivo: \_\_\_\_ Curativo: \_\_\_\_

## Anexo C

### CARTA DE INFORMAÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo avaliar o tempo de aleitamento materno com a introdução de hábitos bucais e ocorrência de maloclusão em crianças portadoras de necessidades especiais, da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”.

A metodologia desta pesquisa compreende a aplicação de um questionário devidamente elaborado para essa finalidade, reavaliação da anamnese, exame clínico odontológico, motivação e educação para a higienização buco-dentária da criança.

As crianças participantes da pesquisa serão beneficiadas através da realização de uma avaliação clínica dos seus dentes tratados, no que se refere a ocorrência de alterações bucais tais como a cárie dental, a doença periodontal e a má-oclusão. Assim, o paciente terá direito ao tratamento que for cabível a situação. Também será executada consulta de reavaliação e prevenção da condição bucal, concomitantemente com a motivação. O projeto promoverá o reagendamento, diminuindo assim a permanência na fila de espera.

A realização deste estudo, não oferece prejuízo algum ao paciente e o risco será mínimo.

Todos os pacientes serão submetidos a acompanhamento e assistência de acordo com a necessidade de cada um. Além disso, inicialmente o projeto funcionará semanalmente, as segundas-feiras, mas podendo ser agendado para outro dia da semana, quando for necessário.

Em caso de dúvidas a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e quaisquer outras dúvidas relacionadas à pesquisa e tratamento dos seus filhos, nos colocamos a sua inteira disposição para esclarecimentos.

O sujeito tem liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para ele.

Será garantido o sigilo que assegure a privacidade do paciente quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão publicados em revista científica de circulação nacional e internacional.

OBS: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com a Profa. Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar, nos telefones (18) 36363235 ou 36224125.

Eu, \_\_\_\_\_, li a carta de informação acima, entendi e não tenho mais nenhuma dúvida a respeito da mesma. Dessa forma, consinto a participação de

\_\_\_\_\_ no referido estudo.

Araçatuba-SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)