



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Área de Medicina Dentária

FACTORES DIETÉTICOS NA CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA

TESE DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

Aluna: Joana Margarida Barata Toscano

Orientadora: Mestre Ana Luísa Moreira Costa

Co-orientador: Prof. Doutor João Carlos Tomás Ramos

Coimbra, 2012

ÍNDICE

Resumo	3
Abstract.....	4
Introdução	5
Objetivos	8
Materiais e métodos	9
Revisão bibliográfica	9
Trabalho complementar	10
Resultados	11
Revisão narrativa estruturada	11
Trabalho complementar	13
Discussão.....	18
Conclusão	20
Agradecimentos.....	20
Referências bibliográficas	21
Anexos	25
Anexo 1	25
Tabela I. Referências avaliadas com base no título e resumo.....	25
Tabela II. Artigos avaliados com base nos textos integrais.....	34
Anexo 2	40
Tabela I. Leite em pó.....	40
Tabela II. Papa	42
Tabela III. Papa líquida	47
Tabela IV. Papa preparada	48
Tabela V. Puré de fruta	49
Tabela VI. Sobremesas.....	52
Tabela VII. Iogurte	54
Tabela VIII. Refeições.....	55
Tabela IX. Sumos.....	57

FACTORES DIETÉTICOS NA CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA

Toscano, J., * Ramos, J. C., **Costa, A. L.***

Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

* Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária

** Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

*** Mestre e Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

RESUMO

Introdução: A cárie precoce da infância, na forma moderada ou severa, ocorre em dentição temporária em idades ≤ 71 meses. Afecta inicialmente, no seu padrão típico, os incisivos e primeiros molares maxilares, sendo potencialmente extensível a outros dentes. Existem numerosos factores de risco associados, nos quais assume particular relevância o padrão dietético destas crianças.

Objectivos: Efetuar uma revisão bibliográfica visando a possível influência do tipo de dieta na cárie precoce da infância, complementada por um levantamento, em superfícies comerciais, da quantidade e tipo de hidratos de carbono presentes nos produtos base da alimentação infantil.

Materiais e métodos: Realizou-se uma pesquisa na PubMed/Medline, limitada aos anos 2006-2012, com os *MeSH terms*: “dental caries AND child AND diet” e “dental caries AND child AND diet AND review”. Adicionalmente, foi realizado um levantamento em 4 superfícies comerciais do tipo e quantidade de hidratos de carbono presentes na principal alimentação infantil.

Resultados: Foram seleccionados, com base nos critérios de inclusão definidos, 29 artigos, dos quais 4 são revisões de literatura e os restantes estudos observacionais. Relativamente ao levantamento, foram obtidas informações sobre 226 produtos comerciais, divididos em vários grupos. A quantidade total de hidratos de carbono no geral, e de sacarose em particular, por 100g de produto foi, em média (\pm desvio padrão), 34.72g(\pm 30.57) e 16.76g(\pm 13.00) respectivamente, destacando-se o leite em pó e as papas com a maior quantidade. Os hidratos de carbono mais prevalentes na alimentação base infantil foram a lactose, seguida da sacarose.

Conclusões: O conteúdo cariogénico da dieta é um factor etiológico importante na incidência e gravidade da cárie precoce da infância, tendo a alimentação base infantil uma quantidade significativa de hidratos de carbono, nomeadamente lactose e sacarose.

Implicações clínicas: É fundamental alertar e instruir os responsáveis pelas crianças, pais, educadores, médicos, legisladores e fabricantes relativamente a esta problemática; a dieta não constitui, no entanto, o único factor a considerar, devendo sublinhar-se a importância do cumprimento de outros cuidados preventivos precocemente instituídos.

PALAVRAS-CHAVE: “cárie precoce da infância”, “dieta”, “açúcar”, “sacarose”, “hidratos de carbono”, “revisão”.

ABSTRACT

Introduction: Early childhood caries, in moderate or severe form, can occur in children's temporary teeth at ≤ 71 months' ages. In its typical pattern affects the maxillary incisors and first molars, potentially extended to other teeth. There are numerous risk factors associated, among which stands out the type of dietary pattern.

Objectives: Conduct a literature review aimed at the possible influence of diet on early childhood caries, complemented by a survey in commercial areas about the amount and type of carbohydrates present in most common infant feeding products.

Materials and methods: The literature review was based in a search in PubMed/Medline, restricted to the years 2006-2012, using as MeSH terms “dental caries AND child AND diet” and “dental AND caries AND child AND diet AND review”. Additionally, a survey was conducted on the type and amount of carbohydrates present in the main infant feeding products in four commercial spaces.

Results: It was selected, based on the inclusion criteria, 29 articles, in which 4 are reviews of literature and all other observational studies. Concerning to the survey, it was obtained information from 226 products, divided in some groups. The amount of carbohydrates (general)/sucrose (particularly), per 100g of product was, on average (\pm standard deviation), respectively, 34.72g(\pm 30.57)/16.76g(\pm 13.00), with highlight for products like milk powder and popes with the highest amount. The most prevalent carbohydrate was lactose, followed by sucrose.

Conclusions: The content of cariogenic diet is an important etiologic factor in the incidence and severity of early childhood caries. Based infant feeding has a significant amount of carbohydrate, namely lactose and sucrose.

Clinical implications: It's fundamental to alert and to elucidate the children's caregivers, parents, educators, health caregivers, legislators and manufacturers for this problematic issue; however, diet pattern should not be the only factor to consider in the etiology and

prevalence of early childhood caries, reaffirming the importance of early additional preventive approaches.

KEY WORDS: “early childhood caries”, “diet”, “sugar”, “carbohydrate”, “sucrose”, “review”.

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença caracterizada por desmineralização dos tecidos duros dentários causada pela diminuição do pH resultante do metabolismo dos hidratos de carbono por parte da microflora oral. O desenvolvimento da lesão de cárie tem por base a conjugação de múltiplos factores que se combinam por um período determinado de tempo; o tipo e a frequência de hidratos de carbono consumidos, a composição da microflora oral e diferentes características salivares e dentárias constituem alguns destes factores^{1,2,3,4,5,6,7}.

A cárie precoce da infância (CPI), entidade com características próprias, assume-se como um dos grandes problemas atuais de saúde pública, persistindo ao longo dos anos e afectando o normal desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar, assim como a sua inserção social^{8,9,10,5,6}. A prevalência a nível mundial referida na literatura varia entre 3% a 45%¹¹ *cit in*¹². A variação geográfica é essencialmente devida a diferenças nos critérios de diagnóstico e influência socioeconómica. Em alguns países “desenvolvidos” com programas de saúde oral solidamente implementados a prevalência de CPI ronda os 5%;no entanto, mesmo em alguns países da Europa Ocidental, esta prevalência pode chegar aos 20%¹³⁻¹⁶. A prevalência da CPI assume valores ainda mais elevados em regiões como o Irão (59%) e o Alasca (66,8%)^{17,16}. Nas populações da América do Norte a prevalência em crianças de alto risco varia entre os 11% e os 72%¹⁶.

Embora não existam dados oficiais referentes à prevalência de CPI na população portuguesa, a Direção Geral da Saúde refere, no “Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais” publicado em 2008, que 49% das crianças de 6 anos de idade apresentavam evidência de cárie na dentição temporária ou permanente. Relativamente à prevalência da cárie dentária, também aos 6 anos, na dentição temporária, o índice cpod era de 2,10, enquanto na dentição permanente o CPOD de 0,07¹⁸.

Identificada inicialmente por Fass, em 1962, como “nursing bottle mouth”, foi descrita como tratando-se de um padrão de lesões de cárie nos incisivos maxilares temporários associado ao hábito de amamentação prolongada. Posteriormente este termo foi sendo substituído por outros como: “baby bottle tooth decay”, “nursing bottle syndrome” e “nursing caries”^{14,8,5,10}. O termo “early childhood caries”, ou seja, cárie precoce da infância (CPI),

apenas em 1995 foi citado pelo *Center for Disease Control and Prevention*, mantendo-se esta designação atual^{8,10}.

De acordo com a classificação da *American Academy of Pediatric Dentistry* caracteriza-se pela presença de um ou mais dentes temporários cariados (com ou sem cavitação), restaurados ou ausentes devido a lesões de cárie, em crianças até aos 6 anos de idade. Em crianças com idade inferior a 3 anos, qualquer sinal de lesão de cárie, incluindo as lesões de mancha branca, é indicativo de CPI severa. São ainda incluídas as seguintes condições: crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos com um ou mais dentes anteriores temporários cavitados, restaurados ou ausentes por cárie; cpo ≥ 4 aos 3 anos, ≥ 5 aos 4 anos, ou ≥ 6 aos 5 anos^{19,10,6,20,4,9,21}.



Imagens 1 e 2. Fotografias intra-orais de crianças com CPI severa

As diferenças na distribuição das lesões de cárie entre os incisivos superiores e inferiores, assim como a gravidade da manifestação nos incisivos comparativamente aos restantes dentes, derivam de 3 factores: cronologia de erupção, frequência/duração de determinados hábitos nocivos e padrão muscular de sucção. Por conseguinte, os dentes anteriores são os mais afectados, uma vez que erupcionam primeiro, seguidos dos primeiros molares temporários. Os caninos decíduos são, na maioria das vezes, os menos atingidos uma vez que a atividade da doença tende a estabilizar antes da sua erupção. Os dentes do maxilar inferior encontram-se protegidos adicionalmente pela ação direta da língua e saliva das glândulas submandibulares^{22,14,10,5,23}. Durante a sua evolução é de realçar que são frequentemente envolvidas superfícies dentárias por norma pouco afectadas por lesões de cárie, como sejam as superfícies vestibulares e linguais dos dentes antero-superiores²³.

A CPI torna-se ainda particularmente agressiva na grande maioria dos casos devido às características únicas presentes na cavidade oral da criança: flora bacteriana recém estabelecida, imaturidade do sistema imunitário, baixa resistência dos dentes recém erupcionados e os já referidos hábitos dietéticos inadequados, que podem ser responsáveis por acelerar todo o processo fisiopatológico⁸. As implicações clínicas podem culminar em

infecções, dor, dificuldades mastigatórias, malnutrição, distúrbios gastrointestinais e baixa auto-estima²⁴ cit. In^{25,26,21,5,6,20,23,4,25,27,7}. Parece existir igualmente uma maior probabilidade de desenvolvimento de lesões de cárie dentária durante o resto da infância, inclusive nos dentes permanentes, culminando numa diminuição da eficiência mastigatória, dificuldades na articulação verbal, compromisso estético, desenvolvimento de má posição lingual, má-oclusão e perturbações psicossociais^{4,21,5,6,20,23}.

Conforme já referido a etiologia, multifactorial e complexa, está essencialmente relacionada com a colonização precoce de microrganismos cariogénicos, particularmente dos Géneros *Streptococcus* e *Lactobacillus*, dieta cariogénica e ausência ou ineficácia de hábitos de higiene oral^{28,27,25,29,30,5,14,10,23,31,9,1}. Outras condicionantes, como a flora oral materna (transmissão vertical) e o nível sócio-económico, constituem igualmente factores predisponentes, bem como acumulação persistente de placa bacteriana na região cervical dos incisivos superiores, defeitos de formação do esmalte e a própria susceptibilidade individual^{29,30,5,23}.

Os factores dietéticos assumem especial relevância uma vez que é referido que as crianças que consomem uma maior quantidade de sacarose, tanto na forma líquida como sólida, poderão estar mais predispostas a desenvolver CPI, ainda que com marcada influência dos restantes factores etiológicos^{25,27,32,31,7,1}.

Uma dieta considerada cariogénica é composta por alimentos/bebidas que contêm hidratos de carbono fermentáveis os quais causam, por ação da metabolização bacteriana oral, uma diminuição do pH salivar para valores críticos (sensivelmente 5.5 para o esmalte), criando condições para a ocorrência de desmineralização nos tecidos dentários².

Os hidratos de carbono são nutrientes que incluem os açúcares, os oligossacarídeos e as suas formas mais complexas. Os açúcares são formas solúveis que podem conter monossacarídeos (glicose, frutose e galactose), dissacarídeos (sacarose, lactose e maltose) e polissacarídeos (amido, glicogénio, dextrina e celulose). Este tipo de moléculas, que pode encontrar-se naturalmente na estrutura molecular dos alimentos ou como aditivos, tem vindo a ser relacionado com a incidência de cárie dentária^{33,25,4,31}. A lactose, formada por galactose e glicose, trata-se do principal açúcar encontrado no leite e derivados lácteos e possui 1/3 do poder adoçante da sacarose, não sendo considerado acentuadamente cariogénico. A sacarose é composta por uma unidade de glicose e uma unidade de frutose, sendo o tipo de açúcar mais comum; genericamente, quando por norma se referem os "açúcares", é o teor de sacarose que está em causa. Os amidos são constituídos por cadeias de polissacarídeos, possuindo uma estrutura modificável quando hidrolisados³³. Este tipo de hidratos de carbono, consumido habitualmente em conjugação com a sacarose, pode potenciar o efeito cariogénico por interferência nos mecanismos de adesão da

microflora oral, essenciais no processo de colonização³⁴. A maltodextrina é constituída por amido hidrolisado³⁵.

O leite materno possui substâncias bioactivas e imunológicas, ausentes nos substitutos, as quais conferem proteção contra infecções bacterianas e virais. A sua composição altera-se ao longo do dia e durante o período de amamentação. De acordo com Michaelsen, 2003, as crianças alvo de aleitamento materno poderão apresentar uma menor prevalência de cárie dentária, por improvável adição de hidratos de carbono, mas também pela acentuada concentração de IgA, que interfere com o processo de colonização de bactérias cariogénicas^{33,36}. Uma eventual associação à cárie dentária referida por alguns outros autores parece depender da frequência e duração do hábito (para além de 1 ano de idade) e de algumas características bioquímicas (capacidade tampão e ausência de caseína), bem como cuidados de higiene oral ausentes ou inadequados^{37,33,36,38,39}.

Sendo incontornáveis os benefícios da amamentação materna como alimento exclusivo até, pelo menos, aos 4 meses de idade (idealmente até aos 6 meses), existem situações como infecção por HIV, medicação materna, tuberculose, hepatites B e C ou tabagismo, em que é necessário recorrer a substitutos, como o leite em pó^{33,40}. A maioria do leite em pó baseia-se em leite de vaca, que procura reproduzir o leite humano em relação a conteúdos nutricionais. Encontra-se disponível na forma sólida, à qual é posteriormente adicionada água quente, de acordo com as instruções dadas pelo fabricante, para um melhor controlo dos conteúdos nutricionais. As normas a seguir relativamente à composição do leite em pó indicam que, por cada 100mL, devem existir 4,6 - 9,1g de hidratos de carbono³³.

A grande maioria do leite em pó contém unicamente lactose, embora também seja comum a presença de sacarose, maltose e maltodextrina³⁵. De uma forma geral, o leite e outros produtos lácteos contêm nutrientes com propriedades cariostáticas, como o cálcio, o fósforo, os lípidos e, principalmente, a caseína (fosfoproteína do leite bovino)^{41,42,43,44} *cit. In*^{45,27}. Schupbach e colaboradores, 1996, concluíram, num estudo *in vitro*, que a incorporação da caseína na película salivar reduz a adesão de bactérias cariogénicas, como o *S. sobrinus* e o *S. mutans*, traduzindo-se num efeito protetor sobre o esmalte e a dentina⁴³. Um mecanismo anticariogénico da caseína proposto baseia-se na sua incorporação na película salivar, atraindo e estabilizando os iões de cálcio e fósforo presentes, diminuindo a desmineralização e potenciando a remineralização. Este tipo de composto pode ser adicionado a alimentos potencialmente cariogénicos, pastas dentífricas e colutórios para um maior controlo da cárie dentária^{46,27,47,8}.

OBJETIVOS

Este trabalho tem como objectivo efetuar uma revisão da literatura sobre CPI, sublinhando a importância particular dos factores dietéticos na sua ocorrência, tendo por base uma pesquisa estruturada na principal base de dados de bibliografia médica, englobando os anos de 2006 a 2012.

Pretende complementar-se esta revisão com uma caracterização da quantidade e tipo de hidratos de carbono presentes na principal alimentação infantil através da consulta da informação técnica disponível em diversos produtos comercializados em farmácias e super/hipermercados.

Com este trabalho pretender-se-á contribuir para o esclarecimento das seguintes questões:

- O consumo de alimentos cariogénicos, em crianças de idade pré-escolar, está correlacionado com um aumento da prevalência da CPI?
- Em crianças em idade pré-escolar, o período do dia e a frequência de consumo de alimentos cariogénicos está relacionado com a CPI?
- Na alimentação infantil disponível comercialmente, qual a quantidade e tipo de hidratos de carbono mais frequentes?

MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão bibliográfica

Fontes consultadas

Iniciou-se a pesquisa bibliográfica na base de dados *PubMed/Medline* utilizando como palavras-chave (*MeSH terms*): “dental caries AND child AND diet” e “dental caries AND child AND diet AND review”. A pesquisa, que englobou toda a literatura publicada nos últimos 6 anos e meio (2006-Maio de 2012) em periódicos de língua inglesa e portuguesa da área da Medicina Dentária/saúde oral, foi efectuada em Dezembro de 2011 e atualizada em Maio de 2012.

A primeira seleção de artigos teve por base os títulos e resumos/*abstract* disponíveis, em conformidade com os seguintes critérios de inclusão, definidos de acordo com as questões-problema formuladas:

- Estudos abrangendo crianças com idades ≤ 5 anos;
- Referências que relacionassem a CPI com os factores dietéticos;
- Língua portuguesa ou inglesa;

- Publicações com nível de evidência científica $\geq 3b$ ⁴⁸;
- Resumo disponível;

Após esta primeira seleção procurou obter-se os textos integrais de todos os artigos incluídos, sendo realizada nova aplicação dos critérios de inclusão após a sua leitura. Posteriormente, foi levada a cabo uma pesquisa cruzada nas referências dos artigos selecionados, tendo sido adicionadas 28 publicações suplementares relevantes para a realização deste trabalho.

As referências que não cumpriram com os critérios definidos foram excluídas (Anexo1).

Trabalho complementar

Foi efectuada uma pesquisa em superfícies comerciais (farmácias e hiper/supermercados) na região de Castelo Branco, durante o mês de Dezembro de 2011, com consentimento por escrito por parte dos estabelecimentos de comércio após contacto prévio. Os responsáveis foram informados dos objectivos do trabalho, salvaguardando-se a inexistência de qualquer interesse publicitário. De um total de 10 estabelecimentos contactados obteve-se consentimento para a execução do trabalho por parte de 2 farmácias e 2 hiper/supermercados. Posteriormente, toda a informação recolhida foi inserida numa base de dados de Microsoft Excel 2007 (Anexo2) e analisada estatisticamente através do IBM SPSS Statistics 19.0.



Ingredientes: Farinhas 80,7% (trigo hidrolisada, trigo, milho, centeio, cevada, arroz, sorgo, milho painço, aveia), bolacha moída 9,4% (arínha de trigo, leite em pó, açúcar, leite em pó (4,1%), substâncias minerais (carbonato de cálcio, fumarato de ferro, sulfato de zinco), vitaminas (A, C, ácido fólico, B1, B6, D, E, niacina), cultura de bifidobactérias, aromatizante (vanilina)).
Este produto contém glúten.
Não indicado para bebés com alergia às proteínas do leite de vaca.

COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL MÉDIA	Por 100g	Por refeição 30g + 100 ml de leite de transição	
		%	% Ref.
Valor energético	kJ 1677		954
	kcal 396		226
Proteínas	g 11		5,4
Hidratos de Carbono	g 77,55		36,5
dos quais açúcares	g 45		21,3
Lípidos	g 4		6,3
dos quais saturados	g 1,5		2,5
ácido linoleico	mg -		784
ácido alfa-linolénico	mg -		100
Fibra alimentar	g 3		0,9
Vitaminas			
A	µg ER 290,0	73%	202,2 51%
D	µg 9,0	90%	4,5 45%

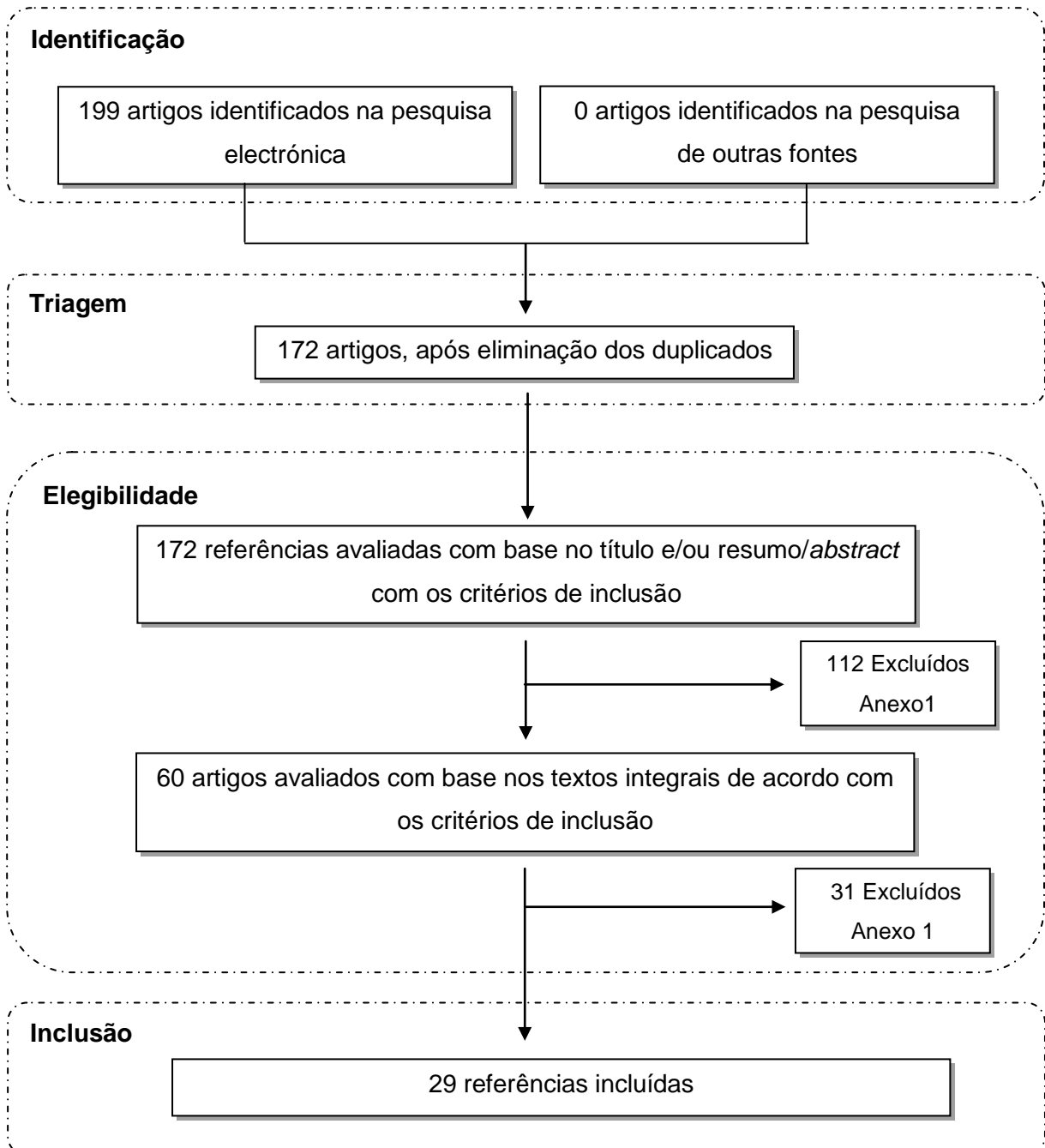
Imagens 3 e 4. Alguns exemplos dos produtos estudados integrantes da alimentação infantil

Os produtos comerciais foram distribuídos por 9 grupos de acordo com o tipo de alimento em causa, entre os quais se pretendeu comparar duas variáveis quantitativas: a quantidade global de hidratos de carbono e específica de sacarose por 100 g de produto. Foi levada a cabo uma análise estatística descritiva, com base em toda a informação obtida. De seguida, verificou-se a distribuição normal da amostra através do teste de Kolmogorov-smirnov, constatando-se que não seguia uma distribuição normal; desta forma, recorreu-se a testes não-paramétricos, nomeadamente o coeficiente de correlação de Spearman.

RESULTADOS

Revisão narrativa estruturada

O esquema 1, representado num *prisma flow diagram* resume a metodologia de seriação da pesquisa bibliográfica realizada.



Esquema 1. Metodologia de seriação da pesquisa bibliográfica

Tabela I. Distribuição quantitativa e qualitativa da tipologia das publicações incluídas

Tipo	
Revisão da literatura	4
Estudo do tipo observacional	25

Todas as referências excluídas e respectivo motivo de exclusão (bastando para este facto que não estivessem em conformidade com apenas um dos critérios de inclusão) encontram-se no Anexo 1. Das referências seleccionadas, 5 foram excluídas por impossibilidade de obtenção do texto integral.

No que concerne às questões formuladas no âmbito dos objectivos deste trabalho, os resultados provenientes da literatura incluída na pesquisa foram os seguintes:

- *O consumo de alimentos cariogénicos, em crianças de idade pré-escolar, está correlacionado com um aumento da prevalência da CPI?*

Com base na literatura pesquisada, a grande maioria dos autores – 26 - está de acordo com a relação da CPI com factores dietéticos; somente 2 autores não encontraram esta associação. O consumo de alimentos cariogénicos constitui um factor de risco para a grande maioria dos autores, independentemente do estado de evolução da lesão^{25,27,32,49,31,7,1,39,50,51,8,52}. É, inclusivamente, considerado um factor etiológico crítico^{4, 53}.

A cariogenicidade não é semelhante em toda a alimentação infantil. Com base na literatura pesquisada, os produtos cariogénicos de consistência sólida ou semi-sólida estão consistentemente associados ao desenvolvimento de lesões de cárie nas crianças em idade pré-escolar^{54,32,9,1,8}. As bebidas açucaradas são, paralelamente, referidas em alguns estudos em relação com o desenvolvimento da CPI^{55,52,31,8,39}. Ismail *et al.*, 2008, referem mesmo que a associação deste tipo de bebidas à CPI possui significância estatística⁵⁶. Por outro lado, num estudo seccional cruzado com 2058 crianças de 3 anos de idade, os autores concluem que o consumo de iogurte está inversamente relacionado com o início de lesões de cárie dentária⁴⁵. Noutros estudos o consumo elevado de leite está relacionado com a ausência de CPI^{27,7,8}. Na base destes resultados está o facto da composição de ambos os produtos ser rica em caseína, com potencial efeito cariostático, de acordo com o que foi referido acima^{45,3,27,31,8}.

- *Em crianças em idade pré-escolar, o período do dia e a frequência de consumo de alimentos cariogénicos está relacionado com a CPI?*

Palmer, 2010 conclui que crianças com CPI severa consomem mais alimentos por dia ($p=0,0029$) e mais frequentemente ($p=0,0002$) do que crianças sem CPI, concluindo ainda que ingerir alimentos ao deitar ou durante a noite está associado a CPI severa³¹. Um consumo de alimentos de consistência sólida ou semi-sólida, principalmente entre as principais refeições, mais de 2-4 vezes por dia, está relacionado com o aparecimento de lesões de cárie em crianças em idade pré-escolar^{54,32,9}. Meurman *et al*, 2010, num estudo longitudinal de 42 meses, correlacionam o aumento de cárie dentária aos 5 anos de idade com o consumo de alimentos cariogénicos durante a noite⁵⁷. Em relação às bebidas, segundo alguns estudos, existe correlação com a CPI, quer por um consumo durante a noite, ou mesmo durante as refeições^{55,52,32,1,58,42}. Resumidamente, não é somente o consumo de alimentos cariogénicos que está relacionado com a CPI, mas também o período do dia e a frequência do seu consumo.

Trabalho complementar

Os resultados do levantamento da quantidade e tipo de hidratos de carbono presente na alimentação infantil encontram-se no Anexo 2, sob a forma de tabelas. Através da sua análise pode verificar-se que foram recolhidos dados de 226 produtos integrantes da alimentação infantil base. Destes 226, 57 estavam comercializados em farmácias, 165 em super/hipermercados e 4 encontrados simultaneamente em farmácias e hiper/supermercados. Foram distribuídos em diferentes grupos consoante a sua descrição nas etiquetas de identificação expostas em relação com o tipo de alimento. Desta forma, resultaram 9 grupos de produtos: leite em pó, papa, papa líquida, papa preparada, puré de fruta, sobremesa, iogurte, refeição e sumo (Tabela II).

Tabela II. Grupos de produtos alimentares pesquisados

Grupo de produtos	n (%)
Leite em pó	32 (14.2)
Papa	65 (28.8)
Papa líquida	7 (3.1)
Papa preparada	11 (4.9)
Puré de fruta	31 (13.7)
Sobremesa	38 (16,8)
Iogurte	8 (3.5)
Refeição	32 (14,2)
Sumo	2 (0.9)

A Tabela III representa, sumariamente, a quantidade de hidratos de carbono e sacarose presentes na alimentação infantil pesquisada.

Tabela III. Quantidade de hidratos de carbono e sacarose(/100g) em toda a alimentação

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Hidratos de carbono (/100g)	34.72	30.573	4.00	92.00
Sacarose(/100g)	16.76	13.001	1.00	60.00

As tabelas IV e V apresentam a quantidade média de hidratos de carbono e de sacarose presentes em 100g de cada grupo de produtos.

Tabela IV. Quantidade de hidratos de carbono/100g de produto

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Leite em pó	30.58	25.910	7.00	62.00
Papa	76.20	8.411	64.00	92.00
Papa líquida	14.38	0.250	14.00	15.00
Papa preparada	13.41	1.000	12.00	15.00
Puré de fruta	12.43	1.896	10.00	16.00
Sobremesa	15.84	3.274	10.00	21.00
logurte	13.41	0.732	13.00	15.00
Refeição	8.38	2.289	4.00	18.00
Sumo	11.65	0.919	11.00	12.00

Tabela V. Quantidade de sacarose /100g de produto

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Leite em pó	20.90	19.609	3.00	60.00
Papa	30.04	8.370	3.00	48.00
Papa líquida	5	0	5.00	5.00
Papa preparada	7.34	0.818	6.00	8.00
Puré de fruta	11.01	1.378	9.00	14.00
Sobremesa	11.67	2.267	8.00	16.00
logurte	11.10	0.891	10.00	12.00
Refeição	1.76	0.750	1.00	3.00
Sumo	10.60	0.566	10.00	11.00

Pela análise das tabelas pode verificar-se que as papas são os produtos que têm uma maior quantidade de hidratos de carbono e de sacarose, seguidas do leite em pó. Por outro lado, as refeições preparadas possuem uma menor quantidade de ambos os constituintes. É também no leite em pó, seguido das papas, nos quais se verifica um maior desvio padrão.

No Gráfico 1 ilustra-se a relação entre a quantidade de hidratos de carbono e de sacarose por tipo de produto.

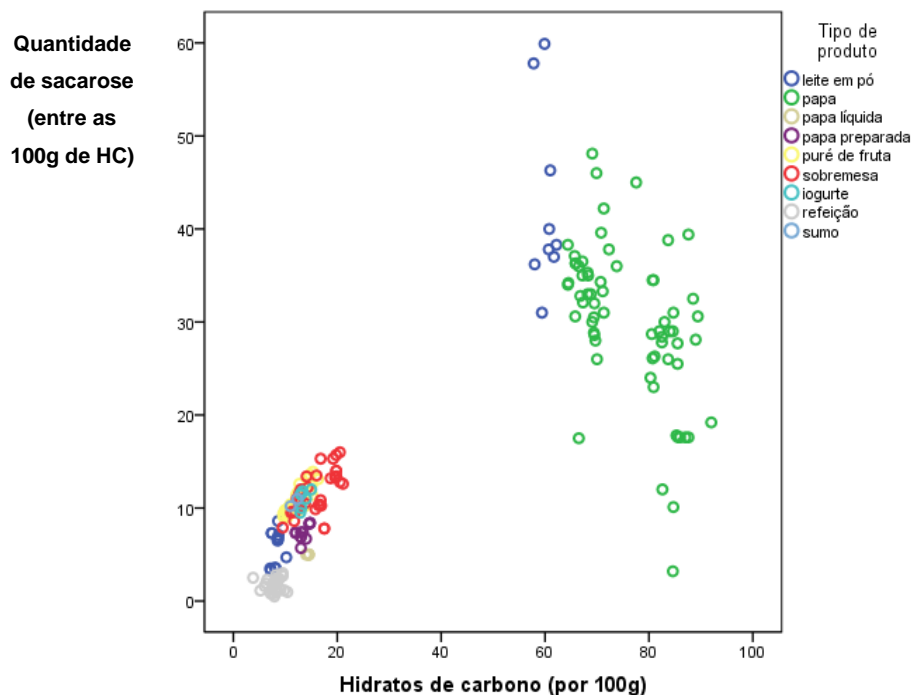


Gráfico 1. Relação entre a quantidade de hidratos de carbono e sacarose

Verificou-se uma forte correlação entre a sacarose e os hidratos de carbono (coeficiente de correlação de Spearman = 0.836; N = 204; $p < 0.0001$). No entanto é notória, através da análise visual do gráfico, a separação em dois grupos de forma distinta, com comportamentos bastante diferentes: por um lado o leite em pó e as papas, e por outro, os restantes tipos de produtos.

A Tabela VI especifica os tipos de hidratos de carbono presentes na alimentação base infantil.

Tabela VI. Hidratos de carbono nos produtos de alimentação infantil (%)

	Amido	Lactose	Maltodextrina	Sacarose
Percentagem	23.90	30.19	19.81	26.10

Pela observação dos dados apresentados pode concluir-se que a distribuição do tipo de hidratos de carbono é relativamente uniforme, não existindo uma prevalência significativamente superior para nenhum tipo, embora a lactose (30.19%) e a sacarose (26.10%) sejam as que apresentam uma maior percentagem na alimentação base infantil, conforme se verifica no gráfico abaixo.

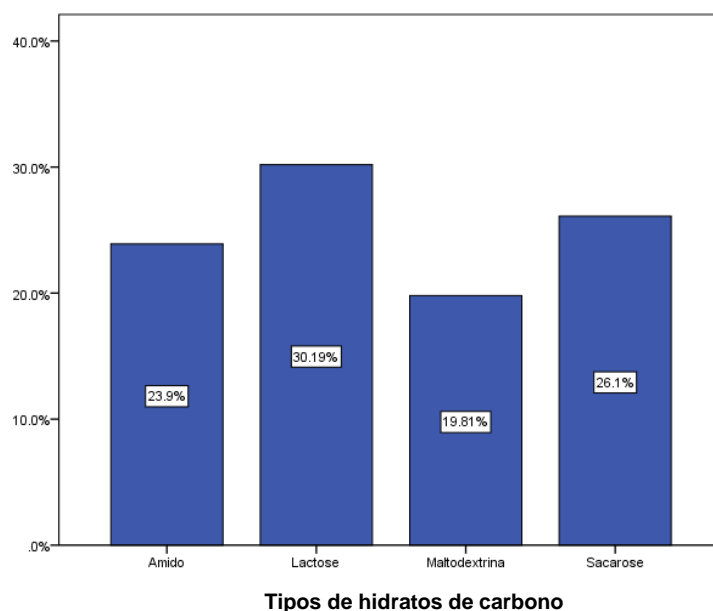


Gráfico 2. Análise qualitativa dos tipos de hidratos de carbono

A Tabela VII e o Gráfico 3 mostram a distribuição dos diferentes tipos de hidratos de carbono pelos grupos de alimentos estudados.

Tabela VII. Distribuição quantitativa dos tipos de hidratos de carbono na alimentação estudada

	Amido	Lactose	Maltodextrina	Sacarose
Leite em pó	10 (18.9%)	29 (54.7%)	11 (20.8%)	3 (5.7%)
Papa	22 (16.8%)	33 (25.2%)	33 (25.2%)	43 (32.8%)
Papa líquida	3 (14.3%)	7 (33.3%)	4 (19.0%)	7 (33.3%)
Papa preparada	7 (26.9%)	11 (42.3%)	5 (19.2%)	3 (11.5%)
Puré de fruta	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Sobremesa	17 (34.0%)	7 (14.0%)	7 (14.0%)	19 (38.0%)
logurte	8 (33.3%)	8 (33.3%)	0 (0.0%)	8 (33.3%)
Refeição	9 (69.2%)	1 (7.7%)	3 (23.1%)	0 (0.0%)
Sumos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

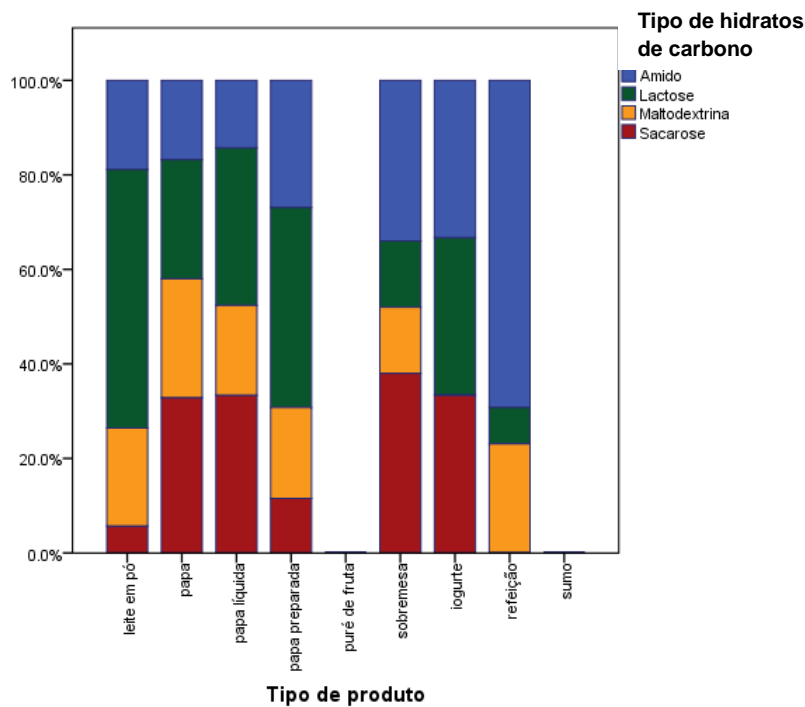


Gráfico 3. Distribuição qualitativa dos tipos de hidratos de carbono pela alimentação estudada

Constata-se que a lactose e a sacarose têm um papel de destaque na composição duma grande parte dos produtos; o leite em pó tem essencialmente lactose e as papas têm uma maior percentagem de sacarose. Não obstante, o amido também está presente de forma bastante relevante, principalmente nas refeições onde constitui o elemento primordial. Os sumos e os purés de frutas não têm expressão neste parâmetro uma vez que, de acordo com o fabricante, não existe adição de sacarose ou de outro tipo de hidratos de carbono.

- *Na alimentação infantil disponível comercialmente, qual a quantidade e tipo de hidratos de carbono mais frequentes?*

Com base nos alimentos pesquisados a lactose, seguida da sacarose, são os tipos de hidratos de carbono mais prevalentes na alimentação base infantil comercialmente disponível. Se, por um lado, a lactose não é dos hidratos de carbono com maior cariogenicidade, já a sacarose está diretamente relacionada com a formação dos ácidos que determinam uma rápida e acentuada diminuição do pH e conseqüente desmineralização dos tecidos dentários^{1,2,3,4}. Este tipo de hidrato de carbono está presente em todos os tipos de alimentos à exceção dos sumos, puré de frutas e refeições, sendo mais marcada a sua presença nas papas.

DISCUSSÃO

A cárie dentária é uma doença crónica infecciosa que resulta da interação básica de uma tríade de factores etiológicos que se conjugam no tempo, sendo os mais referidos na literatura a dieta rica em hidratos de carbono fermentáveis, os microrganismos cariogénicos e a susceptibilidade do hospedeiro/superfície dentária^{8,1,25,57,59,51,31,29,30,5,14,10,23, 27,9}.

A grande maioria dos autores consultados afirmam que o consumo de alimentos cariogénicos, tanto na sua forma líquida como sólida, está relacionada com a CPI, independentemente do seu estadio de evolução^{25,27,32,53,49,31,7,1,39,50}. Este facto deriva da presença de sacarose e de monossacárideos na alimentação cariogénica, que, sendo preferencialmente metabolizados pelo *S. mutans* e *Lactobacillus*, conduzem à formação de ácidos orgânicos que provocam uma descida do pH responsável pela desmineralização do esmalte, com eventual atingimento da dentina^{1,2,3,4,8}.

Ao analisar a alimentação base infantil é fácil concluir que, por cada 100g de produto, a quantidade de hidratos de carbono, mas principalmente de sacarose, é bastante significativa. A sacarose, assim como a lactose, predominam como os principais tipos de hidratos de carbono e, embora a lactose, normalmente associada a outros constituintes como a caseína ou o cálcio, possa ser vista como um açúcar cariostático, já a sacarose está amplamente relacionada com o desenvolvimento de lesões de cárie^{4,60}.

Os produtos lácteos perfazem uma parte substancial da alimentação diária da criança. Embora este tipo de produtos tenha caseína, cálcio e fósforo, possuem também lactose, um dissacárideo. O leite em pó contém também uma grande quantidade deste tipo de hidrato de carbono^{42,14}. No entanto, conforme observável na Tabela 1 (Anexo 2), esta concentração é bastante variável. O iogurte, por sua vez, enquanto alimento lácteo, foi descrito como estando inversamente relacionado com a cárie dentária, apesar de conter lactose mas, principalmente, sacarose^{45,3}.

A lactose é o tipo de hidrato de carbono mais frequente na alimentação infantil (Tabelas 1-9, Anexo 2). Esta sua elevada frequência não está apenas relacionada com o leite em pó, mas também com o facto de quase todos os produtos infantis terem na sua composição este tipo de leite, nomeadamente os diferentes tipos de papas e as sobremesas.

Os factores dietéticos associados à CPI incluem, não apenas o tipo de alimentos, mas também o período do dia e frequência com que os mesmos são ingeridos. O consumo de alimentos entre as principais refeições, com uma frequência de duas a quatro vezes por dia, parece estar relacionado com um maior desenvolvimento de lesões de cárie^{54,32,9}. Este facto pode ser compreensível uma vez que o pH vai manter-se mais ácido, mais frequentemente e durante mais tempo. No entanto, o consumo durante a noite também

parece ser bastante prejudicial, aumentando o risco de cárie aos 5 anos de idade, de acordo com o referido por Meurman, 2010, ainda que não tenha sido apresentada uma clara explicação para esta conclusão⁵⁷. Poderá estar relacionado com a diminuição da secreção salivar, juntamente com o facto de toda a musculatura oral, principalmente a língua, estar em repouso, não ocorrendo um eficiente mecanismo de limpeza da cavidade oral⁶¹.

As bebidas cariogénicas também estão bastante associadas com a CPI, independentemente de serem ou não consumidas durante as refeições, ou principalmente durante a noite^{55,52}. Ismail *et al.*, 2008, referem que o consumo destas bebidas está significativamente associada com a CPI severa ($p=0,04$)⁵⁶.

Apesar de serem várias as menções na literatura não existe, no entanto, um consenso, havendo autores que questionam a associação direta dos factores dietéticos com a CPI. Öhlund, 2007, não consegue correlacionar a cárie dentária em crianças em idade pré-escolar com o frequente consumo de produtos cariogénicos e Oliveira *et al.*, 2006, sublinham também que o principal factor de risco da CPI não é a dieta, como defendido por muitos autores, mas sim os defeitos do esmalte, constituindo este o principal factor de risco³.

62

A maioria dos estudos obtidos na pesquisa bibliográfica que relacionam a dieta com a CPI são estudos do tipo observacional, onde o desenho experimental é bastante semelhante, baseando-se numa ou mais observações orais a um número determinado de crianças em idade pré-escolar, e num questionário aos respectivos responsáveis legais englobando variáveis demográficas, práticas alimentares, hábitos dietéticos e saúde oral das crianças. Tendo em conta este tipo de desenho, várias ressalvas têm que ser feitas. A maioria dos estudos baseia-se nos questionários preenchidos pelos responsáveis sobre os hábitos dietéticos e práticas alimentares das crianças. Contudo, enquanto que nos bebés existe um maior controlo da dieta por parte dos responsáveis, em idade pré-escolar isso já não ocorre de forma tão rigorosa. Além disso, a partir do momento em que os pais têm conhecimento que se encontram a preencher um questionário para um estudo clínico, podem alterar as respostas fornecidas, com receio de serem considerados negligentes e/ou culpados pela situação oral das crianças. Em relação às metodologias empregues nas observações orais realizadas nos diferentes grupos de estudo, estas não foram uniformes, com variações consideráveis em termos de limiar de diagnóstico e classificação das lesões, introduzindo desta forma viéses nem sempre valorizadas. Em suma, tendo em conta tudo o que foi exposto, acrescido do facto de, em alguns trabalhos, os grupos em estudo terem dimensões reduzidas, as conclusões a retirar podem ser falíveis, deixando em aberto a necessidade de outro tipo de estudos, com metodologias mais uniformes e fidedignas, aplicadas a amostras populacionais de maior dimensão e/ou por períodos de avaliação mais significativos.

Em relação à pesquisa para esta revisão da literatura estruturada, a mesma apresenta algumas limitações. As diferentes seleções das referências obtidas foram realizadas por uma única pessoa, não havendo cruzamento de dados com qualquer outro investigador; no entanto, tentou colmatar-se esta desvantagem com a descrição pormenorizada de critérios de inclusão seguidos de forma coerente e rigorosa, por forma a minimizar este tipo de erro.

O levantamento de produtos englobados na alimentação base infantil foi realizado num número não muito elevado de superfícies comerciais; no entanto, o consentimento por parte destes estabelecimentos foi difícil e, ao que foi possível verificar, à exceção das marcas próprias (“linhas brancas”), que poderão constituir um importante grupo de estudo, a grande parte dos produtos foi coincidente de superfície para superfície comercial.

A informação presente nas embalagens dos produtos pesquisados não é uniforme. Se, por um lado, existem produtos que descrevem detalhadamente todo o conteúdo nutricional dos alimentos, outros existem que apenas referem a quantidade de hidratos de carbono e de açúcar, não especificando a quantidade presente de cada tipo, apenas evidenciando o seu nome.

CONCLUSÃO

O conteúdo cariogénico da dieta é um factor etiológico importante na incidência e gravidade da cárie precoce da infância, tendo a alimentação base infantil uma quantidade significativa de hidratos de carbono, nomeadamente lactose e sacarose.

É fundamental alertar e instruir os responsáveis pelas crianças, pais, educadores, médicos, nutricionistas, legisladores e fabricantes relativamente a esta problemática, com vista a implementação de medidas de higiene alimentar que reduzam os riscos de CPI tão a montante quanto possível.

Contudo a dieta não pode constituir o único factor a considerar, devendo sublinhar-se a importância do cumprimento de outros cuidados preventivos precocemente instituídos, eminentemente relacionados com a diminuição da transmissão vertical da cárie dentária, hábitos de higiene oral, adequado aporte de fluoretos e monitorização atempada por parte do Médico Dentista, devendo a primeira consulta ocorrer, idealmente, até ao primeiro ano de vida, estando a frequência relacionada com o grau de susceptibilidade à doença.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos meus Orientadores, Dra. Ana Luísa Costa e Prof. Doutor João Carlos Ramos, bem como ao Prof. Doutor Francisco Caramelo, à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, particularmente à Área da Medicina Dentária da Universidade de Coimbra.

Os meus agradecimentos, também, aos responsáveis das superfícies comerciais, farmácias e hiper/supermercados, que integraram o estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SEOW WK, CLIFFORD H, BATTISTUTTA D, MORAWSKA A, HOLCOMBE T. CASE-CONTROL STUDY OF EARLY CHILDHOOD CARIES IN AUSTRALIA. *CARIES RES* 2009;43(1):25-35.
2. TOUGER-DECKER R, MOBLEY CC. POSITION OF THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION: ORAL HEALTH AND NUTRITION. *J AM DIET ASSOC* 2007;107(8):1418-28.
3. OHLUND I, HOLGERSON PL, BACKMAN B, LIND T, HERNELL O, JOHANSSON I. DIET INTAKE AND CARIES PREVALENCE IN FOUR-YEAR-OLD CHILDREN LIVING IN A LOW-PREVALENCE COUNTRY. *CARIES RES* 2007;41(1):26-33.
4. TULI A, SINGH A. EARLY CHILDHOOD CARIES AND ORAL REHABILITATION. A TREATMENT QUANDARY. *EUR J PAEDIATR DENT* 2010;11(4):181-4.
5. KAWASHITA Y, KITAMURA M, SAITO T. EARLY CHILDHOOD CARIES. *INT J DENT* 2011;2011:725320.
6. KAGIHARA LE, NIEDERHAUSER VP, STARK M. ASSESSMENT, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF EARLY CHILDHOOD CARIES. *J AM ACAD NURSE PRACT* 2009;21(1):1-10.
7. JOHANSSON I, HOLGERSON PL, KRESSIN NR, NUNN ME, TANNER AC. SNACKING HABITS AND CARIES IN YOUNG CHILDREN. *CARIES RES* 2010;44(5):421-30.
8. VADIAKAS G. CASE DEFINITION, AETIOLOGY AND RISK ASSESSMENT OF EARLY CHILDHOOD CARIES (ECC): A REVISITED REVIEW. *EUR ARCH PAEDIATR DENT* 2008;9(3):114-25.
9. NIJI R, ARITA K, ABE Y, LUCAS ME, NISHINO M, MITOME M. MATERNAL AGE AT BIRTH AND OTHER RISK FACTORS IN EARLY CHILDHOOD CARIES. *PEDIATR DENT* 2010;32(7):493-8.
10. POLICY ON EARLY CHILDHOOD CARIES (ECC): CLASSIFICATIONS, CONSEQUENCES, AND PREVENTIVE STRATEGIES. *PEDIATR DENT* 2011;33(6):47-49.
11. MILNES AR. DESCRIPTION AND EPIDEMIOLOGY OF NURSING CARIES. *J PUBLIC HEALTH DENT* 1996;56(1):38-50.
12. KUMAR D, PANDEY RK, AGRAWAL D. AN ESTIMATION AND EVALUATION OF TOTAL ANTIOXIDANT CAPACITY OF SALIVA IN CHILDREN WITH SEVERE EARLY CHILDHOOD CARIES. *INT J PAEDIATR DENT* 2011;21(6):459-64.
13. DERKSON GD, PONTI P. NURSING BOTTLE SYNDROME; PREVALENCE AND ETIOLOGY IN A NON-FLUORIDATED CITY. *J CAN DENT ASSOC* 1982;48(6):389-93.
14. RIPA LW. NURSING CARIES: A COMPREHENSIVE REVIEW. *PEDIATR DENT* 1988;10(4):268-82.
15. KASTE LM, SELWITZ RH, OLDAKOWSKI RJ, BRUNELLE JA, WINN DM, BROWN LJ. CORONAL CARIES IN THE PRIMARY AND PERMANENT DENTITION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS 1-17 YEARS OF AGE: UNITED STATES, 1988-1991. *J DENT RES* 1996;75 SPEC No:631-41.
16. BEGZATI A, BERISHA M, MEQA K. EARLY CHILDHOOD CARIES IN PRESCHOOL CHILDREN OF KOSOVO - A SERIOUS PUBLIC HEALTH PROBLEM. *BMC PUBLIC HEALTH* 2010;10:788.
17. KELLY M, BRUERD B. THE PREVALENCE OF BABY BOTTLE TOOTH DECAY AMONG TWO NATIVE AMERICAN POPULATIONS. *J PUBLIC HEALTH DENT* 1987;47(2):94-7.
18. DGS. ESTUDO NACIONAL DE PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS ORAIS. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE 2008.

19. DRURY TF, HOROWITZ AM, ISMAIL AI, MAERTENS MP, ROZIER RG, SELWITZ RH. DIAGNOSING AND REPORTING EARLY CHILDHOOD CARIES FOR RESEARCH PURPOSES. A REPORT OF A WORKSHOP SPONSORED BY THE NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH, THE HEALTH RESOURCES AND SERVICES ADMINISTRATION, AND THE HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION. *J PUBLIC HEALTH DENT* 1999;59(3):192-7.
20. AREIAS C, MACHO V, RAGGIO D, MELO P, GUIMARÃES H, ANDRADE C, ET AL. CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA - O ESTADO DA ARTE. *ACTA PEDIATR PORT* 2010;41(5):217-21.
21. NUNN ME, BRAUNSTEIN NS, KRALL KAYE EA, DIETRICH T, GARCIA RI, HENSHAW MM. HEALTHY EATING INDEX IS A PREDICTOR OF EARLY CHILDHOOD CARIES. *J DENT RES* 2009;88(4):361-6.
22. HOROWITZ HS. RESEARCH ISSUES IN EARLY CHILDHOOD CARIES. *COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL* 1998;26(1 SUPPL):67-81.
23. COSME P, MARQUES P. CÁRIES PRECOSES DA INFÂNCIA - UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. *REV PORT ESTOMATOL CIR MAXILOFAC* 2005;46:109-16.
24. RAMOS-GOMEZ FJ, WEINTRAUB JA, GANSKY SA, HOOVER CI, FEATHERSTONE JD. BACTERIAL, BEHAVIORAL AND ENVIRONMENTAL FACTORS ASSOCIATED WITH EARLY CHILDHOOD CARIES. *J CLIN PEDIATR DENT* 2002;26(2):165-73.
25. PARISOTTO TM, STEINER-OLIVEIRA C, DUQUE C, PERES RC, RODRIGUES LK, NOBRE-DOS-SANTOS M. RELATIONSHIP AMONG MICROBIOLOGICAL COMPOSITION AND PRESENCE OF DENTAL PLAQUE, SUGAR EXPOSURE, SOCIAL FACTORS AND DIFFERENT STAGES OF EARLY CHILDHOOD CARIES. *ARCH ORAL BIOL* 2010;55(5):365-73.
26. KRESSIN NR, NUNN ME, SINGH H, ORNER MB, PBERT L, HAYES C, ET AL. PEDIATRIC CLINICIANS CAN HELP REDUCE RATES OF EARLY CHILDHOOD CARIES: EFFECTS OF A PRACTICE BASED INTERVENTION. *MED CARE* 2009;47(11):1121-8.
27. PACEY A, NANCARROW T, EGELAND GM. PREVALENCE AND RISK FACTORS FOR PARENTAL-REPORTED ORAL HEALTH OF INUIT PRESCHOOLERS: NUNAVUT INUIT CHILD HEALTH SURVEY, 2007-2008. *RURAL REMOTE HEALTH* 2010;10(2):1368.
28. FOLAYAN M, SOWOLE A, KOLA-JEBUTU A. RISK FACTORS FOR CARIES IN CHILDREN FROM SOUTH-WESTERN NIGERIA. *J CLIN PEDIATR DENT* 2008;32(2):171-5.
29. HARRIS R, NICOLL AD, ADAIR PM, PINE CM. RISK FACTORS FOR DENTAL CARIES IN YOUNG CHILDREN: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE. *COMMUNITY DENT HEALTH* 2004;21(1 SUPPL):71-85.
30. MILGROM P, RIEDY CA, WEINSTEIN P, TANNER AC, MANIBUSAN L, BRUSS J. DENTAL CARIES AND ITS RELATIONSHIP TO BACTERIAL INFECTION, HYPOPLASIA, DIET, AND ORAL HYGIENE IN 6- TO 36-MONTH-OLD CHILDREN. *COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL* 2000;28(4):295-306.
31. PALMER CA, KENT R, JR., LOO CY, HUGHES CV, STUTIUS E, PRADHAN N, ET AL. DIET AND CARIES-ASSOCIATED BACTERIA IN SEVERE EARLY CHILDHOOD CARIES. *J DENT RES* 2010;89(11):1224-9.
32. HASHIM R, WILLIAMS SM, MURRAY THOMSON W. DIET AND CARIES EXPERIENCE AMONG PRESCHOOL CHILDREN IN AJMAN, UNITED ARAB EMIRATES. *EUR J ORAL SCI* 2009;117(6):734-40.
33. MICHAELSEN E, WEAVER LT, BRANCA F, ROBERTSON A. FEEDING AND NUTRITION OF INFANTS AND YOUNG CHILDREN. GUIDELINES FOR THE WHO EUROPEAN REGION, WITH EMPHASIS ON THE FORMER SOVIET COUNTRIES. WHO REGIONAL PUBLICATIONS, EUROPEAN SERIES, No. 87 2003.
34. RIBEIRO CC, TABCHOURY CP, DEL BEL CURY AA, TENUTA LM, ROSALEN PL, CURY JA. EFFECT OF STARCH ON THE CARIOGENIC POTENTIAL OF SUCROSE. *BR J NUTR* 2005;94(1):44-50.
35. GRENBY TH, MISTRY M. PROPERTIES OF MALTODEXTRINS AND GLUCOSE SYRUPS IN EXPERIMENTS IN VITRO AND IN THE DIETS OF LABORATORY ANIMALS, RELATING TO DENTAL HEALTH. *BR J NUTR* 2000;84(4):565-74.
36. RIBEIRO NM, RIBEIRO MA. [BREASTFEEDING AND EARLY CHILDHOOD CARIES: A CRITICAL REVIEW]. *J PEDIATR (Rio J)* 2004;80(5 SUPPL):S199-210.
37. RUGG-GUNN AJ. BRITISH SOCIETY OF PAEDIATRIC DENTISTRY. A POLICY DOCUMENT ON SUGARS AND DENTAL HEALTH OF CHILDREN. *INT J PAEDIATR DENT* 1992;2(3):177-80.
38. TIANO AV, MOIMAZ SA, SALIBA O, SALIBA NA. DENTAL CARIES PREVALENCE IN CHILDREN UP TO 36 MONTHS OF AGE ATTENDING DAYCARE CENTERS IN MUNICIPALITIES WITH DIFFERENT WATER FLUORIDE CONTENT. *J APPL ORAL SCI* 2009;17(1):39-44.

39. SAKUMA S, NAKAMURA M, MIYAZAKI H. PREDICTORS OF DENTAL CARIES DEVELOPMENT IN 1.5-YEAR-OLD HIGH-RISK CHILDREN IN THE JAPANESE PUBLIC HEALTH SERVICE. *J PUBLIC HEALTH DENT* 2007;67(1):14-9.
40. GARTNER LM, MORTON J, LAWRENCE RA, NAYLOR AJ, O'HARE D, SCHANLER RJ, ET AL. BREASTFEEDING AND THE USE OF HUMAN MILK. *PEDIATRICS* 2005;115(2):496-506.
41. REYNOLDS EC. THE PREVENTION OF SUB-SURFACE DEMINERALIZATION OF BOVINE ENAMEL AND CHANGE IN PLAQUE COMPOSITION BY CASEIN IN AN INTRA-ORAL MODEL. *J DENT RES* 1987;66(6):1120-7.
42. MARTENS L, VANOBBERGEN J, WILLEMS S, APS J, DE MAESENEER J. DETERMINANTS OF EARLY CHILDHOOD CARIES IN A GROUP OF INNER-CITY CHILDREN. *QUINTESSENCE INT* 2006;37(7):527-36.
43. SCHUPBACH P, NEESER JR, GOLLIARD M, ROUVET M, GUGGENHEIM B. INCORPORATION OF CASEINOGLYCOMACROPEPTIDE AND CASEINOPHOSPHOPEPTIDE INTO THE SALIVARY PELLICLE INHIBITS ADHERENCE OF MUTANS STREPTOCOCCI. *J DENT RES* 1996;75(10):1779-88.
44. AIMUTIS WR. BIOACTIVE PROPERTIES OF MILK PROTEINS WITH PARTICULAR FOCUS ON ANTICARIOGENESIS. *J NUTR* 2004;134(4):989S-95S.
45. TANAKA K, MIYAKE Y, SASAKI S. INTAKE OF DAIRY PRODUCTS AND THE PREVALENCE OF DENTAL CARIES IN YOUNG CHILDREN. *J DENT* 2010;38(7):579-83.
46. REYNOLDS EC. ANTICARIOGENIC COMPLEXES OF AMORPHOUS CALCIUM PHOSPHATE STABILIZED BY CASEIN PHOSPHOPEPTIDES: A REVIEW. *SPEC CARE DENTIST* 1998;18(1):8-16.
47. AZARPAZHOOH A, LIMEBACK H. CLINICAL EFFICACY OF CASEIN DERIVATIVES: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE. *J AM DENT ASSOC* 2008;139(7):915-24; QUIZ 94-5.
48. PHILLIPS B, BALL C, SACKETT D, BADENOCH D, STRAUS S, HAYNES B, ET AL. LEVELS OF EVIDENCE CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE 2009.
49. KOLKER JL, YUAN Y, BURT BA, SANDRETTO AM, SOHN W, LANG SW, ET AL. DENTAL CARIES AND DIETARY PATTERNS IN LOW-INCOME AFRICAN AMERICAN CHILDREN. *PEDIATR DENT* 2007;29(6):457-64.
50. SKEIE MS, RIORDAN PJ, KLOCK KS, ESPELID I. PARENTAL RISK ATTITUDES AND CARIES-RELATED BEHAVIOURS AMONG IMMIGRANT AND WESTERN NATIVE CHILDREN IN OSLO. *COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL* 2006;34(2):103-13.
51. FONTANA M, JACKSON R, ECKERT G, SWIGONSKI N, CHIN J, ZANDONA AF, ET AL. IDENTIFICATION OF CARIES RISK FACTORS IN TODDLERS. *J DENT RES* 2011;90(2):209-14.
52. POSTMA TC, AYO-YUSUF OA, VAN WYK PJ. SOCIO-DEMOGRAPHIC CORRELATES OF EARLY CHILDHOOD CARIES PREVALENCE AND SEVERITY IN A DEVELOPING COUNTRY--SOUTH AFRICA. *INT DENT J* 2008;58(2):91-7.
53. STECKSEN-BLICKS C, HOLGERSON PL, TWETMAN S. CARIES RISK PROFILES IN TWO-YEAR-OLD CHILDREN FROM NORTHERN SWEDEN. *ORAL HEALTH PREV DENT* 2007;5(3):215-21.
54. WERNECK RI, LAWRENCE HP, KULKARNI GV, LOCKER D. EARLY CHILDHOOD CARIES AND ACCESS TO DENTAL CARE AMONG CHILDREN OF PORTUGUESE-SPEAKING IMMIGRANTS IN THE CITY OF TORONTO. *J CAN DENT ASSOC* 2008;74(9):805.
55. DECLERCK D, LEROY R, MARTENS L, LESAFFRE E, GARCIA-ZATTERA MJ, VANDEN BROUCKE S, ET AL. FACTORS ASSOCIATED WITH PREVALENCE AND SEVERITY OF CARIES EXPERIENCE IN PRESCHOOL CHILDREN. *COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL* 2008;36(2):168-78.
56. ISMAIL AI, LIM S, SOHN W, WILLEM JM. DETERMINANTS OF EARLY CHILDHOOD CARIES IN LOW-INCOME AFRICAN AMERICAN YOUNG CHILDREN. *PEDIATR DENT* 2008;30(4):289-96.
57. MEURMAN PK, PIENIHAKKINEN K. FACTORS ASSOCIATED WITH CARIES INCREMENT: A LONGITUDINAL STUDY FROM 18 MONTHS TO 5 YEARS OF AGE. *CARIES RES* 2010;44(6):519-24.
58. MOHAMED N, BARNES J. CHARACTERISTICS OF CHILDREN UNDER 6 YEARS OF AGE TREATED FOR EARLY CHILDHOOD CARIES IN SOUTH AFRICA. *J CLIN PEDIATR DENT* 2008;32(3):247-52.
59. FERNANDES GOMES M, PINHEIRO DE ABREU P, DE FREITAS BANZI C, DE OLIVEIRA NOGUEIRA T. INTERDISCIPLINARY APPROACH TO TREAT DYSKERATOSIS CONGENITA ASSOCIATED WITH SEVERE APLASTIC ANEMIA: A CASE REPORT. *SPEC CARE DENTIST* 2006;26(2):81-4.
60. SEOW WK. BIOLOGICAL MECHANISMS OF EARLY CHILDHOOD CARIES. *COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL* 1998;26(1 SUPPL):8-27.
61. LOSSO EM, TAVARES MC, SILVA JY, URBAN CDE A. SEVERE EARLY CHILDHOOD CARIES: AN INTEGRAL APPROACH. *J PEDIATR (RIO J)* 2009;85(4):295-300.

62. OLIVEIRA AF, CHAVES AM, ROSENBLATT A. THE INFLUENCE OF ENAMEL DEFECTS ON THE DEVELOPMENT OF EARLY CHILDHOOD CARIES IN A POPULATION WITH LOW SOCIOECONOMIC STATUS: A LONGITUDINAL STUDY. *CARIES RES* 2006;40(4):296-302.

ANEXOS

ANEXOS 1

Tabela I. Referências avaliadas com base no título e resumo/*abstract* com os critérios de inclusão

Autores	Título	Ano	Critério de exclusão
Wigen, T. I. Wang, N. J	<i>Maternal health and lifestyle, and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to age 5 yr</i>	2011	Temática não se enquadra na questão-problema.
Tanner, A. C. Kent, R. L., Jr. Holgerson, P. L. Hughes, C. V. Loo, C. Y. Kanasi, E. Chalmers, N. I. Johansson, I.	<i>Microbiota of severe early childhood caries before and after therapy</i>	2011	Temática não se enquadra na questão-problema.
Skeie, M. S. Skaret, E. Espelid, I. Misvaer, N.	<i>Do public health nurses in Norway promote information on oral health?</i>	2011	Temática não se enquadra na questão-problema.
Singh, A. Bharathi, M. P. Sequeira, P. Acharya, S. Bhat, M.	<i>Oral health status and practices of 5 and 12 year old Indian tribal children</i>	2011	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (5-12 A).
Sarmadi, R. Gahnberg, L. Gabre, P	<i>Clinicians' preventive strategies for children and adolescents identified as at high risk of developing caries</i>	2011	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (3-19 A).
Narksawat, K. Boonthum, A. Tonmukayakul, U.	<i>Roles of parents in preventing dental caries in the primary dentition among preschool children in Thailand</i>	2011	Temática não se enquadra na questão-problema.
Morley, K. R.	<i>Anticipatory guidance is failing due to North American lifestyles</i>	2011	Resumo/ <i>abstract</i> não disponível.
de Silva-Sanigorski, A. M. Waters, E. Calache, H. Smith, M. Gold, L. Gussy, M. Scott, A. Lacy, K. Virgo-Milton, M.	<i>Splash!: a prospective birth cohort study of the impact of environmental, social and family-level influences on child oral health and obesity related risk factors and outcomes</i>	2011	Temática não se enquadra na questão-problema.
Costa, L. R. Harrison, R. Aleksejuniene, J. Nouri, M. R. Gartner, A.	<i>Factors related to postoperative discomfort in young children following dental rehabilitation under general anesthesia</i>	2011	Temática não se enquadra na questão-problema.

Chankanka, O. Marshall, T. A. Levy, S. M. Cavanaugh, J. E. Warren, J. J. Broffitt, B. Kolker, J. L.	<i>Mixed dentition cavitated caries incidence and dietary intake frequencies</i>	2011	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (5-8A).
Arora, A. Scott, J. A. Bhole, S. Do, L. Schwarz, E. Blinkhorn, A. S.	<i>Early childhood feeding practices and dental caries in preschool children: a multi-centre birth cohort study</i>	2011	Temática não se enquadra na questão-problema.
Strippel, H.	<i>Effectiveness of structured comprehensive paediatric oral health education for parents of children less than two years of age in Germany</i>	2010	Temática não se enquadra na questão-problema.
Al-Ahmad, A. Roth, D. Wolkewitz, M. Wiedmann-Al-Ahmad, M. Follo, M. Ratka-Kruger, P. Deimling, D. Hellwig, E. Hannig, C.	<i>Change in diet and oral hygiene over an 8-week period: effects on oral health and oral biofilm</i>	2010	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (11-34A).
Stensson, M. Wendt, L. K. Koch, G. Nilsson, M. Oldaeus, G. Birkhed, D.	<i>Oral health in pre-school children with asthma--followed from 3 to 6 years</i>	2010	Temática não se enquadra na questão-problema.
Spencer, A. J. Bailie, R. Jamieson, L.	<i>The Strong Teeth Study; background, rationale and feasibility of fluoridating remote Indigenous communities</i>	2010	Temática não se enquadra na questão-problema.
Pita-Fernandez, S. Pombo-Sanchez, A. Suarez-Quintanilla, J. Novio-Mallon, S. Rivas-Mundina, B. Pertega-Diaz, S.	<i>Clinical relevance of tooth brushing in relation to dental caries</i>	2010	Temática não se enquadra na questão-problema.
Kidd, E.	<i>Caries control from cradle to grave</i>	2010	Temática não se enquadra na questão-problema.
Horton, S. Barker, J. C.	<i>Stigmatized biologies: Examining the cumulative effects of oral health disparities for Mexican American farmworker children</i>	2010	Temática não se enquadra na questão-problema.
Brickhouse, T. H.	<i>Family oral health education</i>	2010	Temática não se enquadra na questão-problema.
Pereira, S. M.	<i>Sugar consumption and dental</i>	2010	Grupo de estudo com idade

Tagliaferro, E. P. Pardi, V. Cenci, M. S. Cortellazzi, K. L. Ambrosano, G. M. Meneghim Mde, C. Pereira, A. C.	<i>health: Is there a correlation?</i>		superior a 6 anos (12A).
Pannunzio, E. Amancio, O. M. Vitale, M. S. Souza, D. N. Mendes, F. M. Nicolau, J.	<i>Analysis of the stimulated whole saliva in overweight and obese school children</i>	2010	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (7-10A).
Nurelhuda, N. M. Ahmed, M. F. Trovik, T. A. Astrom, A. N.	<i>Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using Child-OIDP inventory</i>	2010	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (12A).
Merchant, V. A	<i>Has the time come for a tax on soda pop?</i>	2010	Resumo/abstract não disponível
Maxim, D. C. Danila, I. Dascalu, C. G. Balcos, C.	<i>[Early childhood caries. Epidemiological considerations]</i>	2010	Língua não inglesa ou portuguesa (romeno).
Masson, L. F. Blackburn, A. Sheehy, C. Craig, L. C. Macdiarmid, J. I. Holmes, B. A. McNeill, G.	<i>Sugar intake and dental decay: results from a national survey of children in Scotland</i>	2010	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (3-17A).
Liu, H. Y. Chen, C. C. Hu, W. C. Tang, R. C. Tsai, C. C. Huang, S. T.	<i>The impact of dietary and tooth-brushing habits to dental caries of special school children with disability</i>	2010	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (6-12A).
Klaus, H. D. Tam, M. E.	<i>Oral health and the postcontact adaptive transition: A contextual reconstruction of diet in Morrope, Peru</i>	2010	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos.
Juarez-Lopez, M. L. Villa-Ramos, A.	<i>[Caries prevalence in preschool children with overweight and obesity]</i>	2010	Temática não se enquadra na questão-problema.
Harris, R. Bridgman, C.	<i>Introducing care pathway commissioning to primary dental care: the concept</i>	2010	Temática não se enquadra na questão-problema.
Fortier, J. P.	<i>[Topical versus systemic fluoride? is there any controversy?]</i>	2010	Resumo/abstract não disponível
Engvall, M.	<i>On oral health in children and</i>	2010	Temática não se enquadra na

	<i>adults with myotonic dystrophy</i>		questão-problema.
Cressey, P. Gaw, S. Love, J.	<i>Estimated dietary fluoride intake for New Zealanders</i>	2010	Temática não se enquadra na questão-problema.
Costache, I. Danila, I.	<i>[Assessment of caries risk in a population of age 6-20, from Bacau, Romania]</i>	2010	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (6-20 ^a). Língua não inglesa ou portuguesa (romeno).
Assathiany, R. Salinier, C. Opsahl-Vital, S. Courson, F.	<i>[Afssaps Guidelines on fluoride use: knowledge and adherence by pediatricians]</i>	2010	Resumos/abstract não disponíveis. Língua não inglesa ou portuguesa (francês).
Morgan, M. Fairchild, R. Phillips, A. Stewart, K. Hunter, L.	<i>A content analysis of children's television advertising: focus on food and oral health</i>	2009	Temática não se enquadra na questão-problema.
Wu, C. D.	<i>Grape products and oral health</i>	2009	Idades entre os 7 e 11 anos
Topaloglu-Ak, A. Eden, E. Frencken, J. E.	<i>Managing dental caries in children in Turkey--a discussion paper</i>	2009	Temática não se enquadra na questão-problema.
Takahashi, K. Correia Ade, S. Cunha, R. F.	<i>Molar incisor hypomineralization</i>	2009	Temática não se enquadra na questão-problema.
Silk, H.	<i>Teaching learners about pediatric caries prevention</i>	2009	Resumo/abstract não disponível.
Regis, R. R. Rocha, C. T. Torres, C. P. Queiroz, I. F. de Queiroz, A. M.	<i>Oral findings and dental treatment in a child with West syndrome</i>	2009	Temática não se enquadra na questão-problema.
Navarro, S.	<i>Start the school year off right with proper oral health care</i>	2009	Resumo/abstract não disponível.
Kurek, M. Borowska-Struginska, B. Mazurkiewicz, J. Nieczuja-Dwojacka, J. Zadzinska, E.	<i>Pattern of dental caries in the historical human population of Kujawy in the Polish lowland (north-central Poland)</i>	2009	Temática não se enquadra na questão-problema.
Igic, M. Apostolovic, M. Kostadinovic, L. Trickovic-Janjic, O. Surdilovic, D.	<i>[The quantity of information which parents and their seven-year-old children have on the affects of nutrition, oral hygiene and fluoride prophylaxis on dental health]</i>	2009	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos.
Horton, S. Barker, J. C.	<i>Rural Mexican immigrant parents' interpretation of children's dental symptoms and decisions to seek treatment</i>	2009	Temática não se enquadra na questão-problema.
Holgerson, P. L. Twetman, S. Stecksen-Blicks, C.	<i>Validation of an age-modified caries risk assessment program (Cariogram) in preschool</i>	2009	Temática não se enquadra na questão-problema.

<i>children</i>			
Heinrich-Weltzien, R. Monse, B. van Palenstein Helderman, W.	<i>Black stain and dental caries in Filipino schoolchildren</i>	2009	Temática não se enquadra na questão-problema.
Freeman, R. Oliver, M.	<i>Do school break-time policies influence child dental health and snacking behaviours? An evaluation of a primary school programme</i>	2009	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (9A).
Ferreira, F. V. Pozzobon, R. T.	<i>Processed dairy beverages pH evaluation: consequences of temperature variation</i>	2009	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos.
Evans, R. W. Dennison, P. J.	<i>The Caries Management System: an evidence-based preventive strategy for dental practitioners. Application for children and adolescents</i>	2009	Temática não se enquadra na questão-problema.
de Queiroz, A. M. Saiani, R. A. Rossi, C. R. Gomes-Silva, J. M. Nelson-Filho, P.	<i>Oral findings and dental care in a patient with myelomeningocele: case report of a 3-year-old child</i>	2009	Temática não se enquadra na questão-problema.
Christian, B. Evans, R. W.	<i>Has urbanization become a risk factor for dental caries in Kerala, India: a cross-sectional study of children aged 6 and 12 years</i>	2009	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (6-12A).
Chandra, P. Anandakrishna, L. Ray, P.	<i>Caries experience and oral hygiene status of children suffering from attention deficit hyperactivity disorder</i>	2009	Temática não se enquadra na questão-problema.
Carter, N.	<i>Cheese clarification</i>	2009	Resumo/abstract não disponível.
Campus, G. Cagetti, M. G. Sacco, G. Benedetti, G. Strohmenger, L. Lingstrom, P.	<i>Caries risk profiles in Sardinian schoolchildren using Cariogram</i>	2009	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (7-9A).
Alt, K. W. Rossbach, A.	<i>Nothing in nature is as consistent as change</i>	2009	Temática não se enquadra na questão-problema.
Vieira, A. R. Marazita, M. L. Goldstein-McHenry, T.	<i>Genome-wide scan finds suggestive caries loci</i>	2008	Temática não se enquadra na questão-problema.
Yost, J. Li, Y.	<i>Promoting oral health from birth through childhood: prevention of early childhood caries</i>	2008	Temática não se enquadra na questão-problema.
Roberts, M. W.	<i>Dental health of children: where we are today and remaining challenges</i>	2008	Temática não se enquadra na questão-problema.
Sheiham, A.	<i>Setting priorities in dental research in developing countries; reducing the "10/90" gap in research funding. The Jairam Reddy dedication lecture 2008</i>	2008	Resumo/abstract não disponível.
Saied-Moallemi, Z.	<i>Mothers as facilitators of</i>	2008	Grupo de estudo com idade

Vehkalahti, M. M. Virtanen, J. I. Tehranchi, A. Murtooma, H.	<i>preadolescents' oral self-care and oral health</i>		superior a 6 anos (9A).
Prowse, T. L. Saunders, S. R. Schwarcz, H. P. Garnsey, P. Macchiarelli, R. Bondioli, L.	<i>Isotopic and dental evidence for infant and young child feeding practices in an imperial Roman skeletal sample</i>	2008	Temática não se enquadra na questão-problema.
Miller, E. K. Vann, W. F., Jr.	<i>The use of fluoride varnish in children: a critical review with treatment recommendations</i>	2008	Temática não se enquadra na questão-problema.
Medina, W. Hurtig, A. K. San Sebastian, M. Quizhpe, E. Romero, C.	<i>Dental caries in 6-12-year-old indigenous and non-indigenous schoolchildren in the Amazon basin of Ecuador</i>	2008	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (6-12A).
Lee, J. H. Bae, S. H. Yu, J. J. Lee, R. Yun, Y. M. Song, E. Y.	<i>A case of Shwachman-Diamond syndrome confirmed with genetic analysis in a Korean child</i>	2008	Temática não se enquadra na questão-problema.
Jan, J. Reinert, K.	<i>Dental caries in Faroese children exposed to polychlorinated biphenyls</i>	2008	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (9-10A).
Godlewski, A. E. Veyrune, J. L. Nicolas, E.	<i>[Obesity and oral health: risk factors of obese patients in dental practice]</i>	2008	Temática não se enquadra na questão-problema.
Chu, C. H. Wong, A. W. Lo, E. C. Courtel, F.	<i>Oral health status and behaviours of children in rural districts of Cambodia</i>	2008	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (6-12A).
Bailleul-Forestier, I. Verhaeghe, V. Fryns, J. P. Vinckier, F. Declerck, D. Vogels, A.	<i>The oro-dental phenotype in Prader-Willi syndrome: a survey of 15 patients</i>	2008	Temática não se enquadra na questão-problema.
Almerich-Silla, J. M. Montiel-Company, J. M. Ruiz-Miravet, A.	<i>Caries and dental fluorosis in a western Saharan population of refugee children</i>	2008	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (6-13A).
Zukanovic, A. Kobaslija, S. Ganibegovic, M.	<i>Caries risk assessment in Bosnian children using Cariogram computer model</i>	2007	Crianças com 12 anos de idade.
Turnbull, B. Lanigan, J. Singhal, A.	<i>Toddler diets in the U.K.: deficiencies and imbalances. 1. Risk of micronutrient deficiencies</i>	2007	Temática não se enquadra na questão-problema.
Mouatt, B.	<i>Encouraging healthier lifestyles-- 1. Children and their teeth</i>	2007	Temática não se enquadra na questão-problema.
Lanigan, J. Turnbull, B.	<i>Toddler diets in the UK: deficiencies and imbalances. 2.</i>	2007	Temática não se enquadra na questão-problema.

Singhal, A.	<i>Relationship of toddler diet to later health</i>		
Efe, E. Sarvan, S. Kukulu, K.	<i>Self-reported knowledge and behaviors related to oral and dental health in Turkish children</i>	2007	Temática não se enquadra na questão-problema.
Bowley, N. A. Pentz-Kluyts, M. A. Bourne, L. T. Marino, L. V.	Feeding the 1 to 7-year-old child. A support paper for the South African paediatric food-based dietary guidelines	2007	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (1-7A).
Threlfall, A. G. Milsom, K. M. Hunt, C. M. Tickle, M. Blinkhorn, A. S.	<i>Exploring the content of the advice provided by general dental practitioners to help prevent caries in young children</i>	2007	Temática não se enquadra na questão-problema.
Threlfall, A. G. Hunt, C. M. Milsom, K. M. Tickle, M. Blinkhorn, A. S.	<i>Exploring the content of the advice provided by general dental practitioners to help prevent caries in young children</i>	2007	Temática não se enquadra na questão-problema.
Poutanen, R. Lahti, S. Seppa, L. Tolvanen, M. Hausen, H.	<i>Oral health-related knowledge, attitudes, behavior, and family characteristics among Finnish schoolchildren with and without active initial caries lesions</i>	2007	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (11-12A).
Marshall, T. A. Eichenberger-Gilmore, J. M. Broffitt, B. A. Warren, J. J. Levy, S. M.	<i>Dental caries and childhood obesity: roles of diet and socioeconomic status</i>	2007	Temática não se enquadra na questão-problema.
Livny, A. Sgan-Cohen, H. D.	<i>A review of a community program aimed at preventing early childhood caries among Jerusalem infants--a brief communication</i>	2007	Temática não se enquadra na questão-problema.
Livny, A. Assali, R. Sgan-Cohen, H. D.	<i>Early Childhood Caries among a Bedouin community residing in the eastern outskirts of Jerusalem</i>	2007	Temática não se enquadra na questão-problema.
Kabil, N. ElAlfy, M. S. Metwalli, N.	<i>Evaluation of the oral health situation of a group of Egyptian haemophilic children and their re-evaluation following an oral hygiene and diet education programme</i>	2007	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (6-12A).
Glabska, D. Sinska, B. Remiszewski, A.	<i>[Analysis of the dependence between milk and dairy products consumption, and dental caries observed in group of children and teenagers]</i>	2007	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (7-18A). Língua não inglesa ou portuguesa (polaco).
Engvall, M. Sjogreen, L. Kjellberg, H. Robertson, A. Sundell, S. Kiliaridis, S.	<i>Oral health in children and adolescents with myotonic dystrophy</i>	2007	Temática não se enquadra na questão-problema.
Das, P. Ray, S. K.	<i>Nutritional profiles of adolescents in a rural</i>	2007	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos.

Joardar, G. K. Dasgupta, S.	<i>community of Hooghly district in West Bengal</i>		
Danila, I. Evghenikos, A.	<i>[Early childhood caries--a public oral health problem]</i>	2007	Língua não inglesa ou portuguesa (romeno).
Caglar, E. Kuscu, O. O. Sandalli, N. Ari, I.	<i>Prevalence of dental caries and tooth wear in a Byzantine population (13th c. A.D.) from northwest Turkey</i>	2007	Temática não se enquadra na questão-problema.
Bailleul-Forestier, I. Lopes, K. Souames, M. Azoguy-Levy, S. Frelut, M. L. Boy-Lefevre, M. L.	<i>Caries experience in a severely obese adolescent population</i>	2007	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos.
Almerich-Silla, J. M. Montiel-Company, J. M.	<i>Influence of immigration and other factors on caries in 12- and 15-yr-old children</i>	2007	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (12-15A).
Ahmed, N. A. Astrom, A. N. Skaug, N. Petersen, P. E.	<i>Dental caries prevalence and risk factors among 12-year old schoolchildren from Baghdad, Iraq: a post-war survey</i>	2007	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (12A).
Spector, N. D. Kelly, S. F.	<i>Pediatrician's role in screening and treatment: bullying, prediabetes, oral health</i>	2006	Temática não se enquadra na questão-problema.
Sakashita, R. Inoue, N. Kamegai, T.	<i>Can oral health promotion help develop masticatory function and prevent dental caries?</i>	2006	Temática não se enquadra na questão-problema.
Popat, H. Dinnage, J.	<i>Improving cross-cultural awareness. A review of Australian indigenous health for UK dentists</i>	2006	Temática não se enquadra na questão-problema.
Nohno, K. Sakuma, S. Koga, H. Nishimuta, M. Yagi, M. Miyazaki, H.	<i>Fluoride intake from food and liquid in Japanese children living in two areas with different fluoride concentrations in the water supply</i>	2006	Temática não se enquadra na questão-problema.
Navarro, S.	<i>Start the new year with proper oral health care</i>	2006	Resumo/abstract não disponível.
Moynihan, P.	<i>Dietary therapy in chronically sick children: dental health considerations</i>	2006	Resumos/abstract não disponíveis
Moreira, P. V. Rosenblatt, A. Severo, A. M.	<i>Prevalence of dental caries in obese and normal-weight Brazilian adolescents attending state and private schools</i>	2006	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (12-15A).
MacIntyre, U. E. du Plessis, J. B.	<i>Dietary intakes and caries experience in children in Limpopo Province, South Africa</i>	2006	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (10-15 a).
Lussi, A.	<i>Erosive tooth wear - a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge</i>	2006	O objective do artigo não se enquadra nos meus objectivos
Kiwanuka, S. N. Astrom, A. N. Trovik, T. A.	<i>Sugar snack consumption in Ugandan schoolchildren: Validity and reliability of a food frequency questionnaire</i>	2006	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos.
Kahabuka, F. K.	<i>Oral health knowledge and</i>	2006	Grupo de estudo com idade

Mbawalla, H. S.	<i>practices among Dar es Salaam institutionalized former street children aged 7-16 years</i>		superior a 6 anos (7-16A).
Ichikawa, J. Nishiyama, K. Ozaki, K. Ikeda, M. Takii, Y. Ozaki, M.	<i>Anesthetic management of a pediatric patient on a ketogenic diet</i>	2006	Temática não se enquadra na questão-problema.
Gussy, M. G. Waters, E. Kilpatrick, N. M.	<i>A qualitative study exploring barriers to a model of shared care for pre-school children's oral health</i>	2006	Temática não se enquadra na questão-problema.
Gravina, D. B. Cruvinel, V. R. Azevedo, T. D. de Toledo, O. A. Bezerra, A. C.	<i>Prevalence of dental caries in children born prematurely or at full term</i>	2006	Temática não se enquadra na questão-problema.
Franzman, M. R. Levy, S. M. Warren, J. J. Broffitt, B.	<i>Fluoride dentifrice ingestion and fluorosis of the permanent incisors</i>	2006	Temática não se enquadra na questão-problema.
Fernandes Gomes, M. Pinheiro de Abreu, P. de Freitas Banzi, C. de Oliveira Nogueira, T.	<i>Interdisciplinary approach to treat dyskeratosis congenita associated with severe aplastic anemia: a case report</i>	2006	Temática não se enquadra na questão-problema.
Faye, M. Ba, A. A. Yam, A. A. Ba, I.	<i>[Caries patterns and diet in early childhood caries]</i>	2006	Língua não inglesa ou portuguesa (francês).
Ersin, N. K. Oncag, O. Tumgor, G. Aydogdu, S. Hilmioglu, S.	<i>Oral and dental manifestations of gastroesophageal reflux disease in children: a preliminary study</i>	2006	Temática não se enquadra na questão-problema.
Dabrowska, E. Blahuszezwska, K. Minarowska, A. Kaczmarski, M. Niedzwiecka-Andrzejewicz, I. Stokowska, W.	<i>Assessment of dental status and oral hygiene in the study population of cystic fibrosis patients in the Podlasie province</i>	2006	Temática não se enquadra na questão-problema.
Baginska, J. Stokowska, W.	<i>[Dietary habits and early childhood caries intensity among young children]</i>	2006	Língua não inglesa ou portuguesa (polaco).
Amin, M. S. Harrison, R. L.	<i>Change in parental oral health practices following a child's dental treatment under general anaesthesia</i>	2006	Temática não se enquadra na questão-problema.
Al-Ansari, J. M. Al-Jairan, L. Y. Gillespie, G. M.	<i>Dietary habits of the primary to secondary school population and implications for oral health</i>	2006	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos.

Tabela II. Artigos avaliados com base nos textos integrais de acordo com os critérios de inclusão

Autores	Título	Ano	Tipo de estudo	Objetivos, Materiais e métodos	Conclusões	Critério de exclusão
Gao, X. L. Hsu, C. Y. Xu, Y. C. Loh, T. Koh, D. Hwang, H. B.	<i>Behavioral pathways explaining oral health disparity in children</i>	2000	Estudo coorte longitudinal	<i>Objetivo:</i> verificar comportamentos que levam a baixa saúde oral. <i>Métodos:</i> 2 observação oral, (1 n=1782, 2 n=1576). Idade 3-6A. Questionário aos responsáveis. Realizaram vários grupos, de acordo com o questionário.	KA-homecare e KA-attendance estão associados incidência de cárie dentária.	Temática não se enquadra na questão-problema.
Skeie, M. S. Klock, K. S. Haugejorden, O. Riordan, P. J. Espelid, I.	<i>Tracking of parents' attitudes to their children's oral health-related behavior- Oslo, Norway, 2002-04</i>	2000	Estudo coorte longitudinal	<i>Objetivo:</i> Investigar as crenças dentárias e atitudes em diversos grupos de pais (locais vs imigrantes). <i>Métodos:</i> Decorreu 2002 e 2004. N=354, com 3 A, no momento 1; e no momento 2, n=304.	Entre os locais, as atitudes dentárias melhoram de 2002 para 2004, ao contrário dos imigrantes.	Temática não se enquadra na questão-problema.
Nurelhuda, N. M. Al-Haroni, M. Trovik, T. A. Bakken, V.	<i>Caries experience and quantification of Streptococcus mutans and Streptococcus sobrinus in saliva of Sudanese schoolchildren</i>	2000	Estudo caso-controlo	<i>Objetivo:</i> determinar a prevalência e quantidade de s.mutans e s.sobrinus na saliva, e estudar a sua associação com carie, factores dietéticos. <i>Métodos:</i> n=140. Idade 12A. Questionário. Foram obtidas 140 amostras, 30 das quais com cárie. As amostras vinham de 12 anos. Questionário.	S.mutans é mais prevalente com cárie activa.	Temática não se enquadra na questão-problema.
Morgan, M. Z. McFarlane, E. Stewart, K. F. Hunter, M. L. Fairchild, R. M.	<i>An assessment of nutritional information in oral health education leaflets</i>	2000	Estudo descritivo	<i>Objetivo:</i> determinar se os panfletos sobre saúde oral. <i>Métodos:</i> Recolher 30 panfletos e estudá-los.		Temática não se enquadra na questão-problema.
Bagramian, R. A.	<i>The global increase in</i>	2000	Revisão da literatura	<i>Objetivo:</i> revisão de editoriais em termos	Aumenta da incidência de	Temática não se

Garcia-Godoy, F. Volpe, A. R.	<i>dental caries. A pending public health crisis</i>	0 9		de prevalência de vários países e de vários jornais	cárie dentária.	enquadra na questão-problema.
Thitasomakul, S. Piwat, S. Thearmontr ee, A. Chankanka, O. Pithpornchaiyakul, W. Madyusoh, S.	<i>Risks for early childhood caries analyzed by negative binomial models</i>	2 0 0 9	Estudo coorte longitudinal	<i>Métodos:</i> N=495, com exame oral aos 9, 2, 18 M. Questionário às mães durante o 2º trimestre de gravidez.		Temática não se enquadra na questão-problema.
Tavares, M. Chomitz, V.	<i>A healthy weight intervention for children in a dental setting: a pilot study</i>	2 0 0 9	Estudo clínico não randomizado	<i>Objetivo:</i> fazer uma intervenção sobre peso saudável nos consultórios.	Boa oportunidade de ajudar pais e crianças.	Temática não se enquadra na questão-problema.
Mobley, C. Marshall, T. A. Milgrom, P. Coldwell, S. E.	<i>The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries</i>	2 0 0 9	Revisão da literatura	<i>Objetivo:</i> Fazer recomendações e aconselhamento dietéticos em crianças – métodos de prevenção.		Temática não se enquadra na questão-problema.
Whittle, J. G. Whitehead, H. F. Bishop, C. M.	<i>A randomised control trial of oral health education provided by a health visitor to parents of pre-school children</i>	2 0 0 8	Ensaio clínico randomizado			Temática não se enquadra na questão-problema.
Wennhall, I. Matsson, L. Schroder, U. Twetman, S.	<i>Outcome of an oral health outreach programme for preschool children in a low socioeconomic multicultural area</i>	2 0 0 8	Estudo coorte longitudinal	<i>Métodos:</i> Grupo de intervenção = 651 (instrução e motivação higiênica e aconselhamento dietético); grupo controlo = 201. O estudo começou com as crianças aos 2 anos de idade, e foram chamadas novamente aos 3, 4 e 5 anos de idade.	O grupo intervencionado desenvolveu menos lesões de cárie novas que o grupo não intervencionado.	Temática não se enquadra na questão-problema.
Stecksen-Blicks, C. Kieri, C. Nyman, J. E. Pilebro, C. Borssen, E.	<i>Caries prevalence and background factors in Swedish 4-year-old children - a 40-year</i>	2 0 0 8	Estudo seccional cruzado	<i>Objetivo:</i> Comparar os níveis de prevalência da cárie dentária recolhidos neste estudo com aqueles realizados sobre os mesmos métodos de 2002. <i>Métodos:</i> Pesq	Diminuição da cárie dentária desde 2002 para 2007.	Temática não se enquadra na questão-problema.

	<i>perspective</i>			uisa num grupo = 218, com 4 anos de idade. Realizada observação oral às crianças e realização de questionários aos pais.		
Skeie, M. S. Espelid, I. Riordan, P. J. Klock, K. S.	<i>Caries increment in children aged 3-5 years in relation to parents' dental attitudes: Oslo, Norway 2002 to 2004</i>	2 0 0 8	Estudo caso-controlo longitudinal	<i>Objetivo:</i> procurar relação entre as atitudes dos pais a nível da saúde oral e o aumento de cárie nos filhos. <i>Métodos:</i> Em 2002, n=354 com 3A, e em 2004, n=304 com 5A. Questionário aos pais. Observação oral a crianças. Formaram 3 variáveis: atitude para higiene, atitude para a dieta e parental indulgence.	As atitudes dos pais estão relacionadas com a prevalência da ECC.	Temática não se enquadra na questão-problema.
Llena, C. Forner, L.	<i>Dietary habits in a child population in relation to caries experience</i>	2 0 0 8	Estudo seccional cruzado	<i>Métodos:</i> n=369, com idades entre os 6 a 10A. Observação oral, registando as lesões de cárie dentária. Questionário aos pais. Os alimentos consumidos pelas crianças foram divididos em 9 categorias. Análise estatística.	Associação estatisticament e significativa: comidas pegajosas que contêm açúcar, líquidos açucarados e alimentos ricos em amido semi-hidrolizado. O consumo de queijo está relacionado com menor índice de cárie dentária	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (6-10A).
Juric, H. Klaric, T. Zagar, M. Bukovic, D., Jr. Jankovic, B. Spalj, S.	<i>Incidence of caries in children of rural and subrural areas in Croatia</i>	2 0 0 8	Estudo seccional cruzado	<i>Objetivo:</i> determinar associações entre a incidência de cárie dentária em dentes decíduos e permanentes. <i>Métodos:</i> n=74 com 3-6A, n=227 com 11-14A. Observação oral e questionários.	O consumo de açúcar está relacionado com o grupo 2 e quando não existe higiene oral. A influência do consumo de açúcar está relacionada, mas somente com o segundo grupo, mas	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (11-14A).

					somente quando existe uma pobre higiene oral.	
Figueiredo, M. C. Guarienti, C. A. Michel, J. A. Sampaio, M. S.	<i>Comprehensive attention to oral health in early childhood: a longitudinal evaluation of the Infant Clinic Program of the Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil</i>	2 0 8	Estudo clínico não randomizado longitudinal	<i>Métodos:</i> Estudo com crianças (n=328) entre 2004-2005. Observações orais em ambos os anos e questionário aos pais. Foi instituído um programa de prevenção.	Alteração em todos os grupos para uma dieta não-cariogénica.	Temática não se enquadra na questão-problema.
Cook, S. L. Martinez-Mier, E. A. Dean, J. A. Weddell, J. A. Sanders, B. J. Eggertsson, H. Ofner, S. Yoder, K.	<i>Dental caries experience and association to risk indicators of remote rural populations</i>	2 0 0 8	Estudo seccional cruzado	<i>Objetivo:</i> associar factores de risco com cárie dentária. <i>Métodos:</i> n=208 crianças (2-18A). Exame oral e questionário.		Grupo de estudo com idade superior a 6 anos. (2-18A).
Joyce, T. McCarthy, S. N. Gibney, M. J.	<i>Relationship between energy from added sugars and frequency of added sugars intake in Irish children, teenagers and adults</i>	2 0 0 7	Estudo seccional cruzado	<i>Métodos:</i> Existem 3 grupos de estudo: n=1379 (18-64A); n=594 (5-12A); n=441 (13-17A). Questionário sobre hábitos dietéticos dos últimos 7 dias, sendo realizadas 4 visitas.	Sem referência a observação da saúde oral. As conclusões baseiam-se na quantidade de hidratos de carbono consumidos, não relacionando com cárie dentária.	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos. Temática não se enquadra na questão-problema.
Folayan, M. Sowole, A. Kola-Jebutu, A.	<i>Risk factors for caries in children from south-western Nigeria</i>	2 0 0 8	Estudo seccional cruzado	<i>Objetivo:</i> perceber a relação entre factores socio-económicos, biológicos e indicadores comportamentais com experiência de cárie. <i>Métodos:</i> informação sobre hábitos dietéticos, práticas alimentares, entre outros. Observação oral às crianças. Existem 3 grupos de	Existe associação entre os dmft com duração da amamentação, forma de amamentação, duração do hábito do biberão, consumo frequente/diário de açúcar. Este estudo demonstra que	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos de idade.

				estudo: grupo 1 (1-5 A, n=106), Grupo 2 (6-10A, n=130), grupo 3 (11-16A, n=33). Total=269.	factores biológicos (idade) e factores comportamentais (frequência do consumo de açúcar) aumenta o risco de cárie dentária em crianças nigerianas.	
Cogulu, D. Ersin, N. K. Uzel, A. Eronat, N. Aksit, S.	<i>A long-term effect of caries-related factors in initially caries-free children</i>	2 0 0 8	Estudo coorte longitudinal	<i>Métodos:</i> N=92 (15-35M). Observação oral, e passados 24 meses, 56 crianças foram re-observadas. Mães responderam a um questionário nas duas consultas.	Formação de novas lesões de cárie em oclusal e proximal dos molares maxilares. Dentes mandibulares foram menos afectados. Sem associação entre a amamentação ou biberão por demasiado tempo. Relaciona a cárie dentária com níveis salivares de s. mutans, placa bacteriana e partilha de objectos com saliva com a mãe.	Temática não se enquadra na questão-problema.
Korwanich, K. Sheiham, A. Srisuphan, W. Srisilapanan, P.	<i>Opinions of parents, teachers and school board members regarding healthy eating: a qualitative investigation of lay Thai people's perspectives</i>	2 0 7	Estudo descritivo	<i>Objetivo:</i> informar e alertar para que as crianças consumam. <i>Métodos:</i> n=155, com ênfase para as atitudes e práticas entre os pais, escola quanto aos hábitos alimentares das crianças. Recorreram a questionários para obter a informação.		Temática não se enquadra na questão-problema.
Jamieson, L. M. Koopu, P. I.	<i>Associations between ethnicity and child health</i>	2 0 7	Estudo seccional cruzado	<i>Objetivo:</i> associação entre factores comportamentais e	Não relaciona a alimentação com cárie dentária.	Grupo de estudo com idade superior a 6

	<i>factors in New Zealand</i>			materiais em relação a crianças de áreas específicas da Nova Zelândia. <i>Métodos:</i> n=3275. Três grupos: 5-6A, 7-10A, 11-14A. Realizado questionário e observação oral.		anos. Temática não se enquadra na questão-problema.
Gordon, N.	<i>Oral health care for children attending a malnutrition clinic in South Africa</i>	2 0 0 7	Estudo seccional cruzado	<i>Métodos:</i> N=60 crianças. Questionário aos pais e exame oral as crianças.		Temática não se enquadra na questão-problema.
Maliderou, M. Reeves, S. Noble, C.	<i>The effect of social demographic factors, snack consumption and vending machine use on oral health of children living in London</i>	2 0 6	Estudo seccional cruzado	<i>Objetivo:</i> investigar o efeito do status socioeconómico, açúcar e consume de snack's e produtos de venda nas máquinas com a prevalência e severidade da cárie dentária. <i>Métodos:</i> Realizado um questionário e exame oral. N=60, com 5-16 A. Criaram 6 grupos de acordo com os factores sociais (mas não explicam o que está na base desta divisão).	Um consumo de açúcar , batatas fritas, produtos de máquina está correlacionado com DMF	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos.
Domejean-Orliaguet, S. Gansky, S. A. Featherstone, J. D.	<i>Caries risk assessment in an educational environment</i>	2 0 0 6	Estudo descritivo retrospectivo	<i>Objetivo:</i> a partir de história clínica dentária, ver a impacto do tratamento da cárie dentária. <i>Métodos:</i> idades compreendidas entre os 0 e mais de 65 anos.		Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (0-+65 A). Temática não se enquadra na questão-problema.
Cameron, F. L. Weaver, L. T. Wright, C. M. Welbury, R. R.	<i>Dietary and social characteristics of children with severe tooth decay</i>	2 0 0 6	Estudo seccional cruzado	<i>Métodos:</i> N=156, com idades entre os 3-11 A. Questionário e observação oral.	Sem relação significativa entre a quantidade de açúcar com os valores dmft.	Grupo de estudo com idade superior a 6 anos (3-11A).
Al-Ahmad, A. Roth, D.	<i>Change in diet and oral hygiene over</i>	2 0 1	Estudo coorte longitudinal	<i>Objetivos:</i> Monitorizar as alterações na saúde		Grupo de estudo com idade

Wolkewitz, M. Wiedmann-Al-Ahmad, M. Follo, M. Ratka-Kruger, P. Deimling, D. Hellwig, E. Hannig, C.	<i>an 8-week period: effects on oral health and oral biofilm</i>	0	oral e biofilme oral ao experimentar viver noutras condições com baixa higiene oral. <i>Métodos:</i> n=13 com 6 crianças (3-11 A) e 7 adultos (31-64 A).	superior a 6 anos. Temática não se enquadra na questão-problema.
Misra, S. Tahmassebi, J. F. Brosnan, M.	<i>Early childhood caries--a review</i>	2 0 7		Impossibilidade de obtenção do texto integral
Yen, C. E. Huang, Y. C. Hu, S. W.	<i>Relationship between dietary intake and dental caries in preschool children</i>	2 0 1 0		Impossibilidade de obtenção do texto integral
Ngoenwiwatkul, Y. Leelaadisorn, N.	<i>Effects of dental caries on nutritional status among first-grade primary school children</i>	2 0 0 9		Impossibilidade de obtenção do texto integral
Naidoo, S. Myburgh, N.	<i>Nutrition, oral health and the young child</i>	2 0 0 7		Impossibilidade de obtenção do texto integral
Karjalainen, S.	<i>Eating patterns, diet and dental caries</i>	2 0 0 7		Impossibilidade de obtenção do texto integral

ANEXO 2

Tabela I. Leite em pó

Nome comercial	Marca	Tipo de produto	Hidratos de carbono (100g)	Sacarose (100g)	Tipo de hidrato de carbono	Estabelecimento comercial
NAN 1 Leite para lactentes	Nestlé	Leite em pó	57,8	57,8	Lactose	Farmácia Reis. Continente. Pingo Doce.

NAN 2 Leite de transição enriquecido com ferro	Nestlé	Leite em pó	60,7	37,8	Lactose Maltodextrina	Farmácia Reis. Continente. Pingo Doce.
NAN 3 Leite transição enriquecido com ferro	Nestlé	Leite em pó	61	46,3	Lactose Amido	Farmácia Reis Pingo Doce
NAN confort 1 Leite para lactentes	Nestlé	Leite em pó	58	36,2	Lactose Amido Maltodextrina	Farmácia Reis Continente Pingo Doce
NAN confort 2 Leite de transição enriquecido com ferro	Nestlé	Leite em pó	59,4	31	Lactose Amido Maltodextrina	Continente Pingo Doce
NAN H.A./A.R.	Nestlé	Leite em pó	59,6		Lactose Amido	Farmácia Reis
NAN H.A. 1 Leite para lactentes	Nestlé	Leite em pó	59,9	59,9	Lactose	Farmácia Reis Pingo Doce
NAN H.A. 2 Leite de transição	Nestlé	Leite em pó	62,2	38,3	Lactose Maltodextrina Amido	Pingo Doce
NAN + crescidos	Nestlé	Leite em pó	60,8	40	Lactose Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Nutrition AL 110	Nestlé	Leite em pó	58,6		Sacarose	Farmácia Reis
Nidina expert 1 Leite para lactentes	Nestlé	Leite em pó	57,8		Lactose	Farmácia Reis
Nidina expert 2 Leite de transição	Nestlé	Leite em pó	61,7	37	Lactose Maltodextrina	Farmácia Reis
Nidina expert H.A.	Nestlé	Leite em pó	59,9		Lactose Maltodextrina Amido	Farmácia Reis
Nutribén A.C. Leite para lactentes	Nutribén	Leite em pó	7,5		Lactose Maltodextrina	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén Fórmula sem lactose para lactentes	Nutribén	Leite em pó	55,0		Maltodextrina	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén H.A. Leite hipoalergico Natal	Nutribén	Leite em pó	6,9		Lactose Sacarose	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén Leite de	Nutribén	Leite em pó	8,8	6,0	Lactose Maltodextrina	Farmácia Reis. Farmácia

transição simbiotic						Rodrigues dos Santos.
Leite de transição continuação	Nutribén	Leite em pó	8,8	6,0	Lactose Maltodextrina	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén crescimento	Nutribén	Leite em pó	10,2	4,7	Sacarose	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén leite para lactentes A.O. 1	Nutribén	Leite em pó	7,2		Lactose	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutrilon 1 Leite para lactentes	Blédina	Leite em pó	7,4	7,3	Lactose	Continente
Nutrilon 2 Leite de transição	Blédina	Leite em pó	8,6	8,6	Lactose	Continente
Nutrilon 3 Leite de transição	Blédina	Leite em pó	8,7	7,1	Lactose Amido	Continente
Aptamil 1 H.A. Leite para lactentes	Milupa	Leite em pó	7,1	3,5	Lactose	Continente. Pingo Doce.
Aptamil 2 H.A. Leite de transição	Milupa	Leite em pó	8,0	3,6	Lactose	Continente. Pingo Doce.
Aptamil 1 confort	Milupa	Leite em pó	7,2	3,3	Lactose Amido	Continente. Pingo Doce.
Aptamil 2 confort	Milupa	Leite em pó	8,2	3,5	Lactose Amido	Continente. Pingo Doce.
Aptamil 1 Leite para lactentes	Milupa	Leite em pó	7,4	7,3	Lactose	Continente. Pingo Doce.
Aptamil 2 Leite de transição	Milupa	Leite em pó	8,6	6,6	Lactose	Continente. Pingo Doce.
Aptamil 3 Leite de transição	Milupa	Leite em pó	8,6	6,8	Lactose Amido	Continente. Pingo Doce.
Aptamil júnior Leite de crescimento	Milupa	Leite em pó	8,5	6,8	Lactose	Continente.
Aptamil júnior Leite de crescimento	Milupa	Leite em pó	8,5	6,5	Lactose	Continente. Pingo Doce.

Tabela II. Papa

Nome do produto	Marca	Tipo de produto	Hidratos de carbono	Sacarose (100g)	Tipo de hidrato de carbono	Estabelecimento comercial
-----------------	-------	-----------------	---------------------	-----------------	----------------------------	---------------------------

(100g)						
Cereais sem glúten	Nestlé	Papa	85,6	17,6	Amido	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Sinlac expert	Nestlé	Papa	66,5	17,5	Sacarose	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
8 Cereais expert	Nestlé	Papa	81,1	26,3	Sacarose	Farmácia Rodrigues dos Santos.
8 cereais e mel	Nestlé	Papa	80,7	34,5	Sacarose	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén crescimento	Nutribén	Papa	65,8	30,6	Sacarose Maltodextrina Lactose	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén crescimento	Nutribén	Papa	84,7	10,1	Amido Maltodextrina	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén 8 cereais 4 frutas	Nutribén	Papa	64,5	34,2	Sacarose Amido Lactose	Farmácia Reis
Nutribén maçã sem glúten	Nutribén	Papa	71,3	31,0	Lactose Maltodextrina Amido	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén 8 cereais e mel	Nutribén	Papa	65,9	36,3	Amido Sacarose Lactose	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén creme de arroz sem gluten	Nutribén	Papa	84,6	3,2	Maltodextrina	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén 8 cereais e mel	Nutribén	Papa	86,0	17,6	Sacarose Maltodextrina Amido	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén 1ª papa sem glúten	Nutribén	Papa	92,0	19,2	Amido Sacarose	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén pequeno almoço flocos de trigo	Nutribén	Papa	84,7	31,0	Sacarose Maltodextrina	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén pequeno almoço flocos de trigo e frutas	Nutribén	Papa	83,7	26,0	Sacarose Maltodextrina	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén multifrutas sem glúten	Nutribén	Papa	88,5	32,5	Sacarose Maltodextrina	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos

Santos.						
Nutribén biberon sem glúten	Nutribén	Papa	89,0	28,1	Amido Sacarose Maltodextrina	Farmácia Reis.
Nutribén 8 cereais e mel e 4 frutas	Nutribén	Papa	87,6	39,4	Amido Sacarose Maltodextrina	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén 1ª papa sem glúten	Nutribén	Papa	66,8	32,8	Amido Sacarose Maltodextrina Lactose	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén láctea frutos sem glúten	Nutribén	Papa	73,8	36,0	Amido Sacarose Lactose	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén 8 cereais e mel. Efeito bífidos.	Nutribén	Papa	85,5	25,5	Amido Sacarose Maltodextrina	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén 8 cereais, mel e bolacha maria	Nutribén	Papa	87,0	17,6	Amido Sacarose Maltodextrina	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén 8 cereais e mel com leite adaptado	Nutribén	Papa	65,9	36,3	Amido Lactose Sacarose	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Blédina 1ª papa. Farinha não láctea sem glúten	Milupa	Papa	89,4	30,6	Sacarose	Continente. Pingo Doce.
Blédina maçã e aveia. Farinha láctea com glúten	Milupa	Papa	69,1	48,1	Lactose Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Blédina bolacha Maria. Farinha láctea com glúten.	Milupa	Papa	68,2	35,3	Lactose Sacarose Amido	Continente. Pingo Doce.
Blédina arroz. Farinha láctea sem glúten.	Milupa	Papa	70,8	39,6	Lactose Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Blédina peras. Farinha láctea sem glúten.	Milupa	Papa	72,3	37,8	Lactose Sacarose Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Blédina maçã. Farinha	Milupa	Papa	70,7	34,3	Lactose	Continente. Pingo Doce.

láctea sem glúten.						
Blédina pêra e maça. Farinha láctea com glúten.	Milupa	Papa	64,4	38,3	Lactose Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Blédina frutos variados. Farinha láctea com glúten.	Milupa	Papa	69,9	46	Lactose Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Bédina bolachas. Farinha láctea com glúten	Milupa	Papa	67,2	36,5	Lactose Sacarose Amido	Continente.
Blédina 8 cereais com mel. Farinha não láctea com glúten.	Milupa	Papa	83,7	38,8	Sacarose	Continente. Pingo Doce.
Blédina maça e banana, banana e sabor a iogurte. Farinha láctea sem glúten.	Milupa	Papa	71,1	33,3	Lactose Maltodextrina Sacarose	Pingo Doce.
Blédina os meus 1º pedaços de chocolate	Milupa	Papa	71,3	42,2	Lactose Sacarose	Continente.
Milfarin. Farinha láctea com glúten.	Milupa	Papa	64,4	34	Lactose Sacarose	Continente. Pingo Doce.
Cerelac. Farinha não láctea sem glúten. Papa de início	Nestlé	Papa	87,6	17,6	Amido	Pingo Doce.
Cerelac multifrutos. Farinha láctea sem glúten	Nestlé	Papa	69,1	30	Lactose Maltodextrina Amido	Continente. Pingo Doce.
Cerelac arroz. Farinha láctea sem glúten	Nestlé	Papa	69,4	28,84	Lactose Maltodextrina	Pingo Doce.
Cerelac milho e	Nestlé	Papa	69,5	28,6	Lactose	Continente.

arroz. Farinha láctea sem gluten.						
Cerelac pêra. Farinha láctea	Nestlé	Papa	68,2	33	Lactose Amido Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Cerelac maça. Farinha láctea.	Nestlé	Papa	67,2	35	Lactose Amido Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Cerelac bolacha Maria.	Nestlé	Papa	77,55	45	Sacarose Lactose	Continente. Pingo Doce.
Cerelac 5 frutos. Farinha láctea.	Nestlé	Papa	65,7	37,1	Lactose Amido Maltodextrina	Continente.
Cerelac banana e laranja. Farinha láctea.	Nestlé	Papa	68,3	35	Lactose Amido Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Cerelac 8 cereais e mel. Farinha não láctea	Nestlé	Papa	80,9	34,5	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Cerelac 8 cereais e iogurte. Farinha não láctea	Nestlé	Papa	80,55	28,7	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Cerelac + crescidos corn flakes e mel. Farinha láctea.	Nestlé	Papa	67,3	32,1	Lactose Maltodextrina	Continente.
Cerelac. Farinha láctea.	Nestlé	Papa	66,5	36	Lactose Sacarose	Continente. Pingo Doce.
Farinha láctea com maça	Continente	Papa	69,7	28	Lactose Sacarose Maltodextrina	Continente.
Farinha láctea com pêra	Continente	Papa	69,4	30,5	Lactose Sacarose Maltodextrina	Continente.
Farinha láctea 5 frutos	Continente	Papa	69,5	32	Lactose Sacarose Maltodextrina	Continente.
Farinha não láctea 8 cereais e mel	Continente	Papa	80,7	26,1	Sacarose	Continente.
Farinha láctea em pó	Continente	Papa	68,8	33	Sacarose Lactose Maltodextrina	Continente.
Flocos de	Continente	Papa	82,6	12	Mlatodextrina	Continente.

cereais com arroz						
Flocos de cereais com chocolate	Continente	Papa	80,9	23	Sacarose Maltodextrina	Continente.
Flocos de cereais com mel	Continente	Papa	85,5	27,7	Sacarose Maltodextrina	Continente.
Nestun cereais crianças arroz sem glúten	Nestlé	Papa	85,3	17,8	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Nestun flocos de cereais 5 cereais integrais	Nestlé	Papa	82,5	28,4	Sacarose	Continente. Pingo Doce.
Nestun flocos cereais chocolate	Nestlé	Papa	80,3	24	Sacarose	Continente
Nestun flocos cereais integrais multifrutos	Nestlé	Papa	82,5	27,8	Sacarose	Continente. Pingo Doce.
Nestun flocos cereais bolacha Maria	Nestlé	Papa	82,0	29,0	Sacarose Lactose	Continente.
Nestun flocos cereais mel e cereais integrais	Nestlé	Papa	84,0	29,0	Sacarose	Continente.
Nestun flocos cereais mel clássico	Nestlé	Papa	84,6	29,0	Sacarose	Continente. Pingo Doce.
Nestun flocos cereais maçã e canela	Nestlé	Papa	83	30	Sacarose	Pingo Doce.
Pensal. Farinha com cacau	Nestlé	Papa	70,0	26,0	Sacarose	Continente.

Tabela III. Papa líquida

Nome do produto	Marca	Tipo de produto	Hidratos de carbono (100mL)	Sacarose (100mL)	Tipo de hidrato de carbono	Estabelecimento comercial
8 Cereais	Nestlé	Papa	17,1	5	Lactose	Farmácia Reis

com fruta		líquida			Sacarose	
8 Cereais	Nestlé	Papa líquida	17,4	5	Lactose Sacarose	Farmácia Reis
8 Cereais	Nestlé	Papa líquida	17,4	5	Lactose Sacarose	Farmácia Reis
1ª papa líquida cereais lácteos	Blédina	Papa líquida	14	5	Maltodextrina Lactose Sacarose Amido	Continente.
Baunilha cereais lácteos	Blédina	Papa líquida	14,5	5	Maltodextrina Lactose Sacarose	Continente.
Bolacha cereais lácteos	Blédina	Papa líquida	14,5	5	Maltodextrina Lactose Sacarose Amido	Continente.
Cereais com mel cereais lacteos	Blédina	Papa líquida	14,5	5	Maltodextrina Lactose Sacarose Amido	Continente.

Tabela IV. Papa preparada

Nome do produto	Marca	Tipo de produto	Hidratos de carbono (100mL)	Sacarose (100mL)	Tipo de hidrato de carbono	Estabelecimento comercial
8 Cereais e mel	Continente	Papa preparada	14,7	8,4	Lactose	Continente.
Cereais e fruta	Continente	Papa preparada	14,8	8,4	Lactose	Continente.
Multicereais	Continente	Papa preparada	14,6	8,3	Lactose	Continente.
Cerelac baunilha	Nestlé	Papa preparada	14	6,7	Lactose Sacarose Amido	Continente. Pingo Doce.
Cerelac cereais sem glúten	Nestlé	Papa preparada	13,0	5,7	Lactose	Continente. Pingo Doce.
Cerelac 8 cereais e mel	Nestlé	Papa preparada	13,0	6,87	Lactose Amido	Continente. Pingo Doce.
Cerelac pêra	Nestlé	Papa preparada	12,0	7,3	Lactose Amido Maltodextrina	Continente.
Cerelac banana	Nestlé	Papa preparada	13	6,9	Lactose Amido Maltodextrina	Continente.
Cerelac multifrutos	Nestlé	Papa preparada	13,4	7,4	Lactose Amido Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Cerelac bolacha maria	Nestlé	Papa preparada	13	7,4	Lactose Amido Maltodextrina Sacarose	Continente.
Cerelac +	Nestlé	Papa	12	7,4	Lactose	Pingo Doce.

crescidos chocolate	preparada	Amido Maltodextrina Sacarose
--------------------------------	-----------	------------------------------------

Tabela V. Puré de fruta

Nome do produto	Marca	Tipo de produto	Hidratos de carbono (100g)	Sacarose (100g)	Tipo de hidrato de carbono	Estabelecimento comercial
Puré de maçã	Continente	Puré de fruta	10,3	9,5	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente.
Puré de maçã e pêra.	Continente	Puré de fruta	12,5	11,7	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente.
Puré de maçã e pêsego	Continente	Puré de fruta	10,4	9	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente
Puré de banana e maçã	Continente	Puré de fruta	14,5	13,3	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente
Puré de maçã, banana e morango	Continente	Puré de fruta	11,7	10	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente
Puré multifrutas	Continente	Puré de fruta	12,4	11,6	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente
Bebé puré multifrutas	Pingo Doce	Puré de fruta	12,4	11,6	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Pingo Doce.
Bebé puré banana e maçã	Pingo Doce	Puré de fruta	16,3	13,1	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente	Pingo Doce.

					presente.	
Puré maça	Pingo Doce	Puré de fruta	12,9	10,2	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Pingo Doce.
Puré pêra Williams e maça	Pingo Doce	Puré de fruta	12,5	11,7	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Pingo Doce
Frutapura maça	Blédina	Puré de fruta	9,6	9,4	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente.
Frutapura maça e banana	Blédina	Puré de fruta	11,5	10,3	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente. Pingo Doce.
Frutapura maça e pêra	Blédina	Puré de fruta	10	9,8	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente. Pingo Doce.
Frutapura pêra	Blédina	Puré de fruta	12,7	12,6	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente. Pingo Doce.
Frutapura maça, banana e laranja	Blédina	Puré de fruta	14,7	13,6	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente. Pingo Doce.
Frutapura pêra e ananás	Blédina	Puré de fruta	10,8	10,2	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente. Pingo Doce.
Frutapura frutos variados	Blédina	Puré de fruta	10,7	10	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente. Pingo Doce.
Frutapura ameixa e maça	Blédina	Puré de fruta	11	10,4	Sem adição de açúcar. Contém açúcar	Continente. Pingo Doce.

					naturalmente presente.	
Frutapura banana, pêssego e ananás	Blédina	Puré de fruta	15,2	11,4	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente.
Frutapura maçã, alperce e morango	Blédina	Puré de fruta	9,6	9,1	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente.
Frutapura maçã e pêra	Blédina	Puré de fruta (pacote)	9,9	9,7	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente.
Frutapura frutos variados	Blédina	Puré de fruta (pacote)	10,6	10	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente.
Frutissima frutos variados e cereais	Nestlé	Puré de fruta	14,8	11,8	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente.
Frutissima maçã e banana	Nestlé	Puré de fruta	15,3	13,9	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente.
Frutissima maçã, banana e morango	Nestlé	Puré de fruta	15,2	12,6	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente. Pingo Doce.
Frutissima salada de frutas	Nestlé	Puré de fruta	12,6	10,7	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente. Pingo Doce.
Frutissima maçã e pessego	Nestlé	Puré de fruta	14	12,1	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente. Pingo Doce.
Frutissima maçã e manga	Nestlé	Puré de fruta	12,1	11,4	Sem adição de açúcar. Contém	Continente. Pingo Doce.

					açúcar naturalmente presente.	
Frutissima maçã e pêra	Nestlé	Puré de fruta	12,5	9,7	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente. Pingo Doce.
Frutissima 100% maçã	Nestlé	Puré de fruta	12,7	10,8	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Pingo Doce.
Frutissima 100% pêra	Nestlé	Puré de fruta	13,8	10,2	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Pingo Doce.

Tabela VI. Sobremesa

Nome do produto	Marca	Tipo de produto	Hidratos de carbono (100g)	Sacarose (100g)	Tipo de hidrato de carbono	Estabelecimento comercial
Petit Blédi banana	Blédina	Sobremesa	16,8	10,84	Sacarose Lactose Amido Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Petit Blédi pêsego e pêra	Blédina	Sobremesa	16,4	10,3	Sacarose Lactose Amido Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Petit Blédi morango	Blédina	Sobremesa	16,6	10,37	Sacarose Lactose Amido Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Petit Blédi frutos vermelhos	Blédina	Sobremesa	16,9	10,26	Sacarose Lactose Amido Maltodextrina	Continente.
Petit Blédi sabor natural	Blédina	Sobremesa	15,8	9,88	Sacarose Lactose Amido Maltodextrina	Continente. Pingo Doce.
Bledinalanche maçã e bolacha	Blédina	Sobremesa	13,8	10,5	Sacarose	Continente.
Nutribén 1º boião maçã, laranja, banana, bolacha	Nutribén	Sobremesa	20,5	16,0	Sacarose Amido	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén 1º	Nutribén	Sobremesa	19,8	13,4	Sacarose	Farmácia Reis.

boião multifrutos com cereais						Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén 1º boião maçã	Nutribén	Sobremesa	17,5	7,8	Amido	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén 1º boião banana e maçã	Nutribén	Sobremesa	19,2	15,3	Sacarose Amido	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén 1º boião frutos variados	Nutribén	Sobremesa	19,8	14,0	Sacarose Amido	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Sobremesa de frutas	Nutribén	Sobremesa	19,6	13,3	Sacarose Amido	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Multifrutas com cereais	Nutribén	Sobremesa	19,8	13,4	Sacarose	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén multifrutos e cereais	Nutribén	Sobremesa	19,8	15,7	Sacarose	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Especial fibra ameixa, banana, uva, laranja	Nutribén	Sobremesa	21,1	12,6	Sacarose Amido	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén maçã	Nutribén	Sobremesa	17,5	7,8	Amido	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén frutas variadas	Nutribén	Sobremesa	19,8	14,0	Sacarose Amido	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Nutribén maçã, laranja, banana e bolacha	Nutribén	Sobremesa	20,5	12,8	Sacarose Amido	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Frutapura maçã e banana	Blédina	Sobremesa	14,3	12,2	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Frutapura maçã e pêra	Blédina	Sobremesa	12,6	10,1	Ausente	Continente.
Frutapura pêra	Blédina	Sobremesa	11,7	8,6	Ausente	Continente.
Frutapura maçã e marmelo	Blédina	Sobremesa	12,2	11	Ausente	Continente.
Frutapura alperce e maçã	Blédina	Sobremesa	11,1	9,5	Ausente	Continente.
Frutapura maçã, banana e morango	Blédina	Sobremesa	11,9	9,6	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Frutapura salada de frutas	Blédina	Sobremesa	11,3	9,6	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Frutapura	Blédina	Sobremesa	9,5	7,9	Ausente	Continente.

pêssego e morango						
Frutapura maçã e kiwi	Blédina	Sobremesa	12,9	10,6	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Blédina lanche maçã, laranja, banana e bolacha	Blédina	Sobremesa	17,7		Sacarose Amido	Continente.
Blédina lanche leite e bolacha	Blédina	Sobremesa	14,7		Lactose Sacarose Maltodextrina Amido	Continente.
Frutissima banana e maçã	Nestlé	Sobremesa	16,8	15,3	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Frutissima maçã	Nestlé	Sobremesa	14,1	13,4	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Frutissima pêra Williams	Nestlé	Sobremesa	12,7	11,6	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Frutissima maçã e pêsego	Nestlé	Sobremesa	12,4	11	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Frutissima maçã e pêra	Nestlé	Sobremesa	13	12	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Frutissima frutos variados	Nestlé	Sobremesa	16,0	13,5	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Frutissima banana, bolacha e laranja	Nestlé	Sobremesa	18,7	13,2	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Frutissima maçã e alperce	Nestlé	Sobremesa	12,6	11	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Bledinalanche leite e bolacha	Blédina	Sobremesa	14,7		Lactose Sacarose Maltodextrina Amido	Pingo Doce

Tabela VII. Iogurtes

Nome do produto	Marca	Tipo de produto	Hidratos de carbono (100g)	Sacarose (100g)	Tipo de hidrato de carbono	Estabelecimento comercial
logolino petit frutos variados	Nestlé	iogurte	15,0	12,0	Sacarose Lactose Amido	Continente. Pingo Doce.
logolino petit sabor natural	Nestlé	iogurte	14,0	11,0	Sacarose Lactose Amido	Continente. Pingo Doce.
logolino alperce	Nestlé	iogurte	13	11,5	Sacarose Lactose Amido	Continente. Pingo Doce.

logolino pêra	Nestlé	logurte	13	11,5	Sacarose Lactose Amido	Continente. Pingo Doce.
logolino banana	Nestlé	logurte	13,3	11,8	Sacarose Lactose Amido	Continente. Pingo Doce.
logolino morango	Nestlé	logurte	13	11,5	Sacarose Lactose Amido	Continente. Pingo Doce.
Cérelino bolacha	Nestlé	logurte	12,9	9,5	Sacarose Lactose Amido	Continente. Pingo Doce.
Cérelino baunilha	Nestlé	logurte	13,1	10	Sacarose Lactose Amido	Continente. Pingo Doce.

Tabela VIII. Refeição

Nome do produto	Marca	Tipo de produto	Hidratos de carbono (100g)	Sacarose (100g)	Tipo de hidrato de carbono	Estabelecimento comercial
Creme de cenoura	Continente	Refeição	3,8	2,5	Ausente	Continente.
Creme de ervilhas	Continente	Refeição	6	1,6	Ausente	Continente.
Blédisoup legumes variados	Blédina	Refeição	5,2	1,13	Ausente	Continente.
Blédisoup selecção da horta	Blédina	Refeição	8,4	2,5	Ausente	Continente.
Blédimama puré de legumes e vitela	Blédina	Refeição	7,9	0,5	Ausente	Continente.
Bledimama legumes com massinhas e puré	Blédina	Refeição	8,3	1,39	Ausente	Continente.
Blédimama legumes da horta com carninha	Blédina	Refeição	7,6	0,8	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Blédimama feijão verde, batatas e peru	Blédina	Refeição	7,2	0,8	Ausente	Continente.
Blédimama legumes com salmão	Blédina	Refeição	9,1	1,21	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Blédimama legumes com frango	Blédina	Refeição	8,2	0,9	Amido	Pingo Doce

e arroz						
NaturNes puré de legumes ao vapor com frango	Nestlé	Refeição	8,4	1,1	Ausente	Continente.
NaturNes legumes variados ao vapor com borrego	Nestlé	Refeição	7,7	2,0	Ausente	Continente.
NaturNes batatas e cenouras ao vapor com puré	Nestlé	Refeição	8,1	2,1	Ausente	Continente. Pingo Doce.
NaturNes feijão verde e batatas ao vapor com vitela	Nestlé	Refeição	6,5	2,3	Ausente	Continente.
NaturNes cenoura e arroz ao vapor com frango	Nestlé	Refeição	6,3	1,9	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Estufado de frango e arroz	Blédina	Refeição	10,4	0,97	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Legumes e vitela	Blédina	Refeição	8,2	2,8	Ausente	Continente.
Jardineira de frango e vitela	Blédina	Refeição	7,7	1,9	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Bledimama puré de batata com frango	Blédina	Refeição	9,8	1,15	Lactose Amido	Pingo Doce.
Arroz com frango	Nestlé	Refeição	8,8	2,4	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Arroz com frango e cenoura	Nestlé	Refeição	8,8	2,4	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Guisado de borrego	Nestlé	Refeição	7,5	1,5	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Bechamel com pescada	Nestlé	Refeição	9,5	2,7	Ausente	Continente. Pingo Doce.
Sopinha legumes verdes	Nestlé	Refeição	9,3	2,9	Maltodextrina Amido	Pingo Doce.
Sopinha legumes variados	Nestlé	Refeição	9,5	3,0	Maltodextrina Amido	Pingo Doce.
Primeiro boião legumes	Nutribén	Refeição	18,1		Maltodextrina Amido	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
1º boião	Nutribén	Refeição	7,4		Ausente	Farmácia Reis.

frango com legumes						Farmácia Rodrigues dos Santos.
1ªboião vitela com legumes	Nutribén	Refeição	8,7		Ausente	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Frango e vitela com legumes	Nutribén	Refeição	7,8		Amido	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Frango com arroz	Nutribén	Refeição	11,1		Amido	Farmácia Reis. Farmácia Rodrigues dos Santos.
Jardineira de borrego.	Nutribén	Refeição	8,7		Amido	Farmácia Rodrigues dos Santos.
Especial fibra verduras da horta e frango	Nutribén	Refeição	8,2	1,2	Amido	Farmácia Rodrigues dos Santos.

Tabela IX. Sumo

Nome do produto	Marca	Tipo de produto	Hidratos de carbono (100g)	Sacarose (100g)	Tipo de hidrato de carbono	Estabelecimento comercial
Frutissima maçã	Nestlé	Sumo	12,3	11	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente. Pingo Doce.
Frutissima frutos variados	Nestlé	Sumo	11	10,2	Sem adição de açúcar. Contém açúcar naturalmente presente.	Continente. Pingo Doce.