

Estudo sobre prevalência de alterações bucais em bebês internos em uti neonatal

Margareth PANDOLFI¹
Danilo Antônio DUARTE²
Sílvia Lavigna Martini FERREIRA²
José Carlos Petrorrossi IMPARATO³

Palavras-chave: Alterações bucais. Recém-nascido. UTI.

RESUMO

Objetiva conhecer a prevalência das alterações bucais ao nascimento, neste estudo, aprovado no Comitê de Ética – CPO São Leopoldo Mandic. Com a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos pais e/ou responsáveis, examina uma amostra de 433 bebês, nascidos a termo, na maternidade pública Fundação Beneficente – PROMATRE, em Vitória (ES). Quinze bebês internados em UTI neonatal serviram de base para pesquisar a prevalência das possíveis alterações bucais que ocorreram naqueles internos, no ano de 2003. Após calibragem intra-examinador e anotador, pelo método do teste reteste, e estabelecida uma concordância de 0,95, os dados coletados, por meio do exame clínico bucal e facial, entrevistas e análise do prontuário, foram catalogados e analisados. Quatro bebês apresentaram alterações: dois casos de lesões devido à intubação orotraqueal, um caso de candidíase, e um caso de lesão na comissura labial. O acidente anatômico mais envolvido foi o palato duro. A maioria das alterações bucais adquiridas ao nascimento é provocada e requer medidas para controle, para não acarretar prejuízos maiores ao bebê.

Data de recebimento: 28-10-2005
Data de aceite: 5-12-2005

¹Professora do Curso de Especialização em Odontopediatria e Saúde Coletiva-ABO-ES; mestre em Odontopediatria; especialista em Odontopediatria e Saúde Coletiva.

²Mestre e doutor em Odontopediatria FOU SP; professor titular da UNISA.

³Professor doutor de Odontopediatria USP-São Paulo, UNICSUL.

INTRODUÇÃO

A cavidade bucal apresenta desenvolvimento constante, estando em relação dinâmica com outros sistemas e órgãos, também em desenvolvimento. Por isso, apresenta estruturas anatômicas únicas, transitórias e peculiares durante todos os períodos da vida do indivíduo, desde o nascimento até a senilidade.

Nas fases iniciais do desenvolvimento, o sistema estomatognático adquire grande importância. A detecção, diagnóstico e prevenção das possíveis doenças e/ou alterações da cavidade bucal o mais precocemente possível são necessários, para que o vínculo entre a mãe e o bebê e, posteriormente, com o meio possa ser estabelecido sem nenhuma interferência.

As alterações bucais podem comprometer a saúde geral, especialmente em crianças submetidas à intubação orotraqueal, antibioticoterapia e manipulação bucal. Assim sendo, diante dos aspectos citados e da necessidade cada vez maior de se conhecer as características bucais dos bebês, propusemos uma investigação, a qual nos permitiu conhecer as alterações bucais em bebês internos na UTI da maternidade pública, PROMATRE, em Vitória, no Espírito Santo.

REVISÃO DE LITERATURA

Alterações de estruturas anatômicas são encontradas em diferentes fases da vida, podendo também ser de natureza congênita, hereditária e adquirida. As anormalidades que resultam de distúrbios de crescimento e desenvolvimento são denominadas malformações do desenvolvimento. Podem ser evidentes por ocasião do nascimento, sendo chamadas congênitas, ou podem não ser clinicamente evidentes até muito mais tarde ou durante toda a vida, sendo o defeito presente desde o nascimento (BHASKAR, 1976).

Para conhecer as alterações faciais e bucais de desenvolvimento, é necessário conhecer a cavidade bucal e seus componentes anatômicos normais e, por meio desse conhecimento, reconhecer as alterações congênitas, hereditárias e adquiridas que nela manifestam características peculiares aos diferentes períodos da vida (HOOLEY, 1967; WALTER et al., 1996).

Os exames clínicos para diagnóstico de lesões

bucalis devem seguir uma ordem. Devemos, ao realizá-los, observar lábio superior e sulco vestibular superior, gengiva e rebordo superior, palato duro, palato mole, orofaringe, dorso da língua, bordas laterais da língua direita e esquerda, ventre da língua, assoalho bucal, gengiva e rebordo inferior, sulco vestibular inferior e mucosa jugal direita e esquerda, lábio inferior e comissuras labiais (LOUREIRO, 1999; BESSA et al., 2000).

Conforme preconiza Hooley (1967), ao examinarmos a face e a cavidade bucal do recém-nascido, devemos observar os lábios, sob o aspecto de cor e textura. Devemos também verificar, entre a interface da mucosa labial e a pele, a demarcação entre a mucosa labial e a derme, a qual denominamos vermelhidão do lábio. A membrana mucosa do recém-nascido parece edemaciada, elevada, úmida, brilhante e de cor avermelhada a quase roxa.

Os maxilares dos recém-nascidos apresentam, no arco superior, um rolete gengival ao qual está aderido o freio labial e as bridas laterais. Por palatino, temos o palato, a papila palatina, as rugosidades palatinas, a rafe palatina mediana; e, na porção posterior, encontra-se a transição do palato duro. Na transição do palato com o rolete, existe o sulco alveolar interno desde a linha mediana até a região de molar. Na porção posterior do rolete, pode-se notar a chamada prega palatina transitória. No arco inferior, além do freio labial e das bridas, existe o assoalho e o freio lingual, assim como o sulco alveolar interno e sua transição oblíqua. Sobre a região de incisivos e caninos, existe um cordão fibroso, cordão fibroso de Robin e Magitot. Na região anterior e vestibular dos roletes, notam-se segmentações verticais que coincidem com a presença dos germens dentários (WALTER et al., 1996).

Guedes-Pinto (1990) relata que, no recém-nascido, os processos alveolares estão cobertos por abaulamentos gengivais que logo se segmentam. A cavidade bucal da criança apresenta uma mucosa gengival de cor rosada, firmemente aderida, denominada rolete gengival. Relata também que a posição distal da mandíbula em relação à maxila é devido à posição ventral do feto na cavidade amniótica, e o inter-relacionamento dos rebordos, observado também após o nascimento, fato esse que ocorre devido principalmente à sucção.

Para Bönecker et al. (1999), o exame da língua nos fornece informações importantes. A língua, no

recém-nascido, não guia a si própria, posiciona-se entre os coxins gengivais e geralmente adiante destes, repousando na superfície lingual dos lábios, onde desempenha o papel de orientação sensorial. A sensibilidade da língua e dos lábios talvez seja maior que a de qualquer outra parte do corpo.

Segundo Silva et al. (1991), das doenças causadas por fungos, a candidíase é a mais comum em crianças. O fungo *Candida albicans* é um microrganismo oportunista que habita a cavidade bucal e que pode se tornar patológico quando o equilíbrio (anfibiose) é comprometido. Frequentemente latente, pode manifestar-se devido ao uso prolongado de medicamentos. Caracteriza-se pelo surgimento de placas esbranquiçadas localizadas principalmente na língua e no palato.

Sonis (1997) relata que 50% das pessoas apresentam o fungo na microbiota bucal. Recém-nascidos, pacientes debilitados ou indivíduos em antibioticoterapia prolongada, podem manifestar a infecção. Pode relacionar-se com doenças, como diabetes mellitus, leucemia, uremia, anemia aplásica, síndrome da imunodeficiência e imunodepressão. Clinicamente, manifestam-se como placas brancas elevadas, que podem parecer aglomerados em grande quantidade.

Segundo Mesquita et al. (1998), o fungo *Candida albicans* é o mais prevalente dos isolados do homem. É uma doença oportunista associada principalmente à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, resultante do supercrescimento e invasão dos tecidos bucais, após a destruição das defesas físicas e imunológicas do paciente. Pode manifestar-se clinicamente sob a forma pseudomembranosa, eritematosa e na forma da queilite angular, podendo aparecer em qualquer região da mucosa, comumente no palato, na mucosa jugal e na língua.

Ao associarem candidíase e HIV, concluíram os autores que o diagnóstico precoce da candidíase em pacientes infectados pelo vírus é fundamental para o tratamento imediato, melhorando a qualidade de vida, uma vez que a candidíase é uma infecção muito frequente nessa população (MESQUITA et al., 1998).

Blaschke (1998), em um estudo sobre a transmissão vertical do *Candida albicans* e outras micoses, relata que a candidíase é uma patologia relativamente comum em recém-natos e lactentes.

Quanto à prevalência de candidíase oral em 730

bebês, entre zero e 300 dias de vida, tendo como variável a presença da doença e a higiene oral, Yared et al. (2001) encontraram uma prevalência de 12,9%, na forma pseudomembranosa, também denominada estomatite cremosa ou popularmente "sapinho". A faixa etária mais acometida foi entre os zero e 30 dias de vida, sendo os sintomas observados com precisão a partir da segunda semana de vida, devido ao período de incubação da doença, não encontrando variação para a forma da higiene feita pelos pais. A prematuridade e a permanência em UTI foram destacadas como fatores predisponentes para a ocorrência da candidíase, associados à imaturidade do sistema de defesa. Relatam ainda sobre a possível contaminação do recém-nascido, que apresenta infecção bucal ou a grave micose visceral no parto normal, devido à presença de micoses vaginais nas gestantes.

Gupta et al. (1996), apud Yared et al. (2001), em um estudo feito em Delhi, na Índia, para observar os fatores de risco para candidíase em recém-nascidos doentes, observaram que bebês que frequentaram UTI neonatal e tiveram asfixia ao nascimento foram os mais acometidos pela candidíase pseudomembranosa aguda, decorrendo esses fatos de manobras específicas de reanimação, cujos procedimentos envolvem aparelhos para intubação orotraqueal e também uso excessivo de antibióticos, alertando para a maior predisposição desse grupo de crianças para a contaminação.

Complicações que podem advir das manobras da intubação orotraqueal e das manobras da laringoscopia, tendo como agente etiológico o trauma mecânico no recém-nascido, merecem atenção especial para aqueles bebês nascidos de parto prematuro e/ou com baixo peso, que com frequência são submetidos a tais artifícios, devido à imaturidade respiratória e ainda devido à condição geral comprometida, na maioria das vezes, pelos longos períodos de internação em UTI neonatal.

Cerri et al. (1997) relatam que a grande maioria das lesões ulcerativas é causada por ação mecânica. Os autores alertam sobre o uso de intubação em bebês em UTI e o aparecimento de lesões da mucosa bucal. Em muitos casos, devido ao tempo de internamento longo, na maioria das vezes, os bebês sofrem seqüelas muitas vezes irreversíveis para as estruturas anatômicas da cavidade bucal.

Para Silveira e Sugaya (1997), muitas doenças se manifestam por meio de ulcerações da mucosa bucal. O diagnóstico diferencial é uma forma de

estabelecer uma hipótese clínica. Para as úlceras traumáticas, o estreito relacionamento entre causa e efeito é determinante.

Segundo Menoli et al. (1998), o aprimoramento dos recursos médicos necessários aos cuidados de prematuros tem viabilizado um aumento da sobrevivência de crianças que muitas vezes são obrigadas a utilizar a intubação por via nasal ou orotraqueal. Os autores relatam uma relação entre tais artifícios e complicações na dentadura decídua.

Valentim (1998) cita que as úlceras traumáticas apresentam-se como uma lesão ovóide, com o centro necrótico circundado por um elo eritematoso e geralmente solitário ou múltiplo com margens irregulares, rasa e profunda. É de reparo rápido, quando se tem como medida fundamental a remoção da causa.

As alterações adquiridas mais comuns na infância são as monolíases que podem acometer a mucosa de lábios, gengivas, palato e língua simultaneamente. Raras são as infecções por estomatite por estafilococos e a osteomielites (HOOLEY, 1967).

Bhaskar (1976) cita como malformações adquiridas, que podem resultar de algum dano experimentado no útero, a disostose cleido-craniana, a disostose craniofacial, a disostose mandíbulo-facial, a macrognatia, a micrognatia e a agnatia; e, ainda, a fenda palatina, a síndrome de Pierre Robin, a fenda Mandibular, o querubismo, e a osteopetrose.

Segundo Morita et al. (1993), a prevalência das doenças da cavidade bucal é mais alta em crianças de até um ano de idade, decrescendo em seguida e tendo um pico por volta de três para quatro anos de idade, coincidindo com a maior prevalência da gengivo-estomatite herpética aguda. Dados apresentados pelos mesmos autores, entre 1985 e 1990, informam essas características.

Para Walter et al. (1996), as alterações bucais adquiridas pela criança podem ser classificadas como: viróticas, bacterianas, fúngicas, carenciais e as relacionadas com as enfermidades mistas. Elas podem ser próprias da cavidade bucal ou de manifestações de outras doenças sistêmicas. As alterações infecciosas mais comuns são: candidíase, herpes, alterações ligadas à sífilis, ao HIV, monolíases, estomatites. As associadas à desnutrição são: queilite angular, glossite atrófica, lesões aftosas, lesões mucosas ulceradas, papilas hipertrofiadas, língua despapilada e ulcerada, lábios ressecados e com rachaduras; e epidermólise bolhosa. Dentre

as doenças viróticas temos: sarampo, rubéola, varicela (catapora), caxumba (parotidite epidêmica), herpes simples (primo infecção), estomatite herpética secundária ou recidivante, herpangina ou faringite aftosa, estomatite aftosa, estomatite aftosa recidivante e úlceras traumáticas. A exemplo das doenças bacterianas, cita-se: escarlatina, impetigo, gengivite estreptocócica, osteomielite supurativa, gunga, noma (gengivite ulcerativa necrosante aguda). As doenças fúngicas são: actinomicose e candidíase (monolíase). As enfermidades carenciais são: deficiência do complexo B (língua pelada) e deficiência de vitamina C.

Os pediatras, odontopediatras e clínicos gerais que têm a oportunidade de acompanhar as crianças durante toda a sua infância têm uma maior possibilidade de detectar qualquer tipo de anomalia. Porém, muitos cirurgiões-dentistas sentem-se inseguros diante dessas alterações, uma vez que raramente examinam bebês antes da erupção dos dentes decíduos e/ou ao nascimento. Com o advento da filosofia da Odontologia para bebês, enfatizando a atenção precoce e a procura cada vez maior dos serviços que promovam esse tipo de atenção, estudos a respeito dos aspectos de normalidade e alterações em cavidade bucal de crianças de pouca idade fazem-se necessários (CORRÊA et al., 1997; CORRÊA et al., 2000).

Dutra et al. (2000), ao estudarem a prevalência de alterações bucais em recém-nascidos, por meio de dados colhidos dos prontuários de pacientes das maternidades e hospitais em Belém, encontraram alterações adquiridas, como candidíase, herpes e sífilis.

Silva (2000), ao pesquisar manifestações bucais em 87 crianças desnutridas, entre zero e cinco anos de idade, do Hospital Materno Infantil de Brasília, encontrou manifestações em tecidos moles do tipo: língua despapilada, em 26,6% das crianças. Essa despapilação estava presente na região anterior e lateral da língua de 17,2% dos pacientes e ocorria em todo o dorso lingual de 9,4% deles; queilite angular, em 25% dos pacientes, nos quais as pregas naturais dos ângulos da cavidade bucal se acentuam e tornam-se fissuradas ou ulceradas; glossite atrófica, que é uma atrofia eritematosa generalizada ou multifocal das papilas linguais, encontrada em 20% das crianças; lábios ressecados e com rachaduras foram encontrados em 18,8% dos pacientes; e lesões aftosas apareceram em 7,8%.

A prevalência de alterações bucais em crianças atendidas em clínicas públicas de bebês de Ponta Grossa (PR) foi de 21%. As doenças infecciosas apareceram em segundo lugar (2,5%) e a candidíase foi a mais comum e a de maior frequência. Para a maioria das condições, não houve necessidade de tratamento, em 76,19% dos casos, sendo necessário apenas o acompanhamento. Os resultados confirmaram que as alterações em cavidade bucal de bebês não são raras e, portanto, é importante que os profissionais que atendem crianças as conheçam, no sentido de tranquilizar os pais, e permaneçam atentos para a necessidade de intervenção (BALDANI et al., 2001).

Por sua vez Bessa (2001), ao estudar a prevalência de alterações da mucosa bucal em crianças de zero a doze anos, atendidas no Hospital das Clínicas da UFMG, examinou 1.211 crianças divididas em duas faixas etárias: zero a quatro anos (61,6%) e cinco a doze anos (38,4%), encontrando uma prevalência de 30%, havendo crianças com mais de uma alteração. Considerando todo o grupo, as alterações de maior prevalência foram a língua geográfica, a lesão traumática por mordida e a mácula melanótica; a prevalência de alterações foi maior na faixa etária de cinco a doze anos do que em crianças de zero a quatro anos; a candidíase apresentou associação significativa com o uso de antibiótico e o hábito de sucção de chupeta.

Bessa et al. (2002), ao examinarem 170 crianças de zero a doze anos de idade, atendidas no Ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas da UFMG, em Belo Horizonte, encontraram os seguintes resultados, para as crianças na faixa etária de zero a quatro anos (60,9%): 25,2% das crianças apresentaram algum tipo de lesão, com predomínio da língua geográfica. A maior prevalência foi da lesão traumática, da candidíase, da anquiloglossia e do cisto gengival do recém-nascido. A faixa etária de zero a quatro anos foi a mais afetada, apesar da diferença entre as faixas etárias não ser significativa. Não houve diferenças na prevalência das alterações da mucosa em relação à classe socioeconômica e quanto ao uso de medicamentos. Os autores aconselham um estudo com amostra populacional maior.

Este estudo teve como meta avaliar a prevalência das possíveis alterações bucais presentes nos bebês internos em UTI neonatal ao nascimento.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa é parte de um estudo descritivo de investigação transversal, dissertação de mestrado em Odontopediatria, do Centro de Pós-Graduação em Odontologia São Leopoldo Mandic, Campinas (SP), sobre a prevalência das alterações bucais em bebês ao nascimento. Inicialmente, determinou-se a população-alvo, bebês nascidos a termo, isto é, entre o primeiro minuto e até seis dias de vida. Em seguida, foi calculada e caracterizada a amostra, segundo o tamanho, com base na menor prevalência de possíveis alterações bucais conforme relatos da literatura e segundo a seleção da instituição e dos indivíduos. Para o estudo da prevalência das alterações dos bebês internos em UTI, foi utilizado um total de quinze bebês que integravam a amostra, do tipo intencional ou casual que serviu de base para o estudo da dissertação de mestrado.

As variáveis consideradas para o estudo foram o tempo, o sexo e a etnia dos bebês. Somente foram incluídos bebês nascidos na Fundação Beneficente PROMATRE, (situada na Avenida Vitória, 1100, Forte São João, Vitória, Espírito Santo), maternidade que atende especialmente pacientes do SUS.

O projeto de pesquisa do qual resultou o presente trabalho foi protocolizado em 22 de junho de 2001, no Comitê de Ética, instituído pelo Centro de Pós-Graduação em Odontologia São Leopoldo Mandic, de acordo com a Resolução nº 196/1996 do CNS – Ministério da Saúde, sendo aprovado no dia 4 de maio de 2001, sob o número 502.

O consentimento livre e esclarecido a ser obtido com os pais e/ou responsáveis para que pudesse ser feito o exame nos bebês foi também aprovado de acordo com as normas da Resolução 196/1996 do CNS – Ministério da Saúde.

A abordagem e os exames foram feitos pela pesquisadora que esclareceu aos pais e/ou responsável sobre o objetivo, participação, procedimentos a serem realizados e sobre a autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O consentimento foi obtido dos pais e/ou responsáveis somente pela pesquisadora. Inicialmente, eles receberam todas as informações necessárias sobre o estudo e sobre a sua participação e, após entender o objetivo e concordarem em participar da pesquisa, liam o documento e assinavam por livre e espontânea vontade.

Todos os exames foram realizados pela autora, especialista em Odontopediatria, acompanhada pela anotadora. O exame clínico da face e as condições bucais foram realizados, levando-se em consideração o protocolo para exame clínico facial e bucal, o padrão da normalidade e as considerações feitas na revisão de literatura.

Para o exame extra e intrabucal, a examinadora usou luvas de procedimento e as umedeceu em água filtrada e ou soro fisiológico. Também os lábios do bebê foram umedecidos, aproveitando-se para estabelecer o primeiro contato com o bebê, e somente então se realizava o exame de palpação e inspeção visual intra-oral.

Para melhor sistematização, os exames clínicos seguiram uma ordem padronizada, executados de forma minuciosa e criteriosa, observando as estruturas bucais na seguinte ordem: lábio superior e sulco vestibular superior, gengiva e rebordo superior, palato duro, palato mole, orofaringe, dorso da língua, bordas laterais da língua direita e esquerda, ventre da língua, assoalho bucal, gengiva e rebordo inferior, sulco vestibular inferior e mucosa jugal direita e esquerda, lábio inferior e comissuras labiais, conforme preconizado pela OMS (LOUREIRO, 1999; BESSA et al., 2000).

Os exames clínicos foram realizados na UTI neonatal com o bebê no berço em decúbito ventral ou dorsal e à luz artificial.

Após o exame e as anotações, foram estabelecidos os diagnósticos clínicos. No exame clínico extra e intrabucal, feito exclusivamente pela pesquisadora, utilizando a técnica da inspeção visual e palpação, foram observadas alterações de cor, espessura, densidade, volume, forma e anatomia, utilizando-se para tal espátula de madeira e espelho clínico odontológico.

Os dados coletados, durante o ano de 2002, foram catalogados em ficha desenvolvida pela própria autora e, em seguida, registrados no programa SSP Win 11.0 e tratados estatisticamente, utilizando-se o teste do qui-quadrado de Pearson, considerando não significativo $p > 0,05$. Os resultados foram apresentados em tabelas abertas e de dupla entrada.

RESULTADOS

Para um total de quinze bebês internos em UTI, examinados durante o ano de 2002 na maternidade, sete bebês fizeram uso de sonda endotraque-

al, quatro desses (26,7%) apresentaram alteração bucal, dois (13,32%) tinham ulcerações por manipulação orotraqueal, um bebê (6,66%) apresentou candidíase e um bebê (6,66%) sofreu lesão na comissura labial (Tabela 1).

O sítio de localização das alterações foram o palato, a mucosa jugal e a comissura labial. Os bebês que apresentaram alteração bucal, tanto a candidíase quanto as lesões adquiridas, estiveram associados ao uso de antibioticoterapia e também ao uso de sonda orotraqueal.

Tabela 1. Distribuição do número e percentagem da presença das alterações bucais em recém-nascidos, internos em UTI, Maternidade PROMATRE, Vitória, 2003

Presença de alteração	N	%
Sim	4	26,7
Não	11	63,3
Total	15	100,0

DISCUSSÃO

Alterações bucais, congênitas, hereditárias ou adquiridas é um assunto de grande relevância social, técnica e científica e, em muitos casos, essa importância se traduz na extensão dos danos causados, danos esses muitas vezes irreversíveis. Para o desenvolvimento deste trabalho, foi fundamental o conhecimento da cavidade bucal e seus componentes anatômicos normais para assim reconhecer as alterações congênitas, hereditárias e adquiridas, o que vem ao encontro das afirmações de Hooley (1967) e Walter et al. (1996).

Encontramos apenas um bebê com candidíase (6,66), concordando com Hooley, (1967) e Walter et al. (1996), quando afirmam que a mais comum alteração adquirida é a monilíase. Em relação à prevalência, coincidem nossos resultados com os de Walter et al. (1996), e discordamos de Baldani et al. (2001), quando afirmam que acomete 21% de crianças. Provavelmente esses autores encontraram tal resultado por utilizar uma amostra com idade superior a deste estudo. Entretanto Bessa et al. (2002) encontraram, em crianças na faixa etária de zero a quatro anos, candidíase atrófica aguda e a pseudomembranosa em apenas 2,5%, também corroborando este estudo. Segundo Sil-

va et al. (1991), a candidíase é a mais comum das doenças causadas por fungos em crianças e pode manifestar-se devido ao uso prolongado de medicamentos. Para Sonis (1997), aparece em 50% da população na microbiota bucal normal, em recém-nascidos, pacientes debilitados, ou indivíduos em antibioticoterapia prolongada, nos quais a microbiota normal está alterada, e em portadores de doenças sistêmicas. Mesquita et al. (1998) relatam que candidíase está associada principalmente à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Blaschke (1998) afirma que é uma patologia comum em recém-natos e lactentes. Por sua vez, Yared et al. (2001) destacam ainda a prematuridade e a permanência em UTI como fatores predisponentes associados à imaturidade do sistema de defesa e à possível contaminação do recém-nascido. Gupta et al. (1996), apud Yared (2001), citam que bebês internos em UTI neonatal que tiveram asfixia são mais acometidos, devido a manobras específicas de reanimação e também ao uso de antibióticos. Entre os bebês internos, um apresentou candidíase e a causa da internação foi a síndrome respiratória aguda e baixo peso, complicações comuns no nascimento prematuro. Observações essas que podem reafirmar os relatos dos autores citados.

As úlceras e lesões traumáticas, encontradas em três bebês (22,22%), podem ter aparecido pelo uso de manobras da intubação orotraqueal e de manobras da laringoscopia. Cerri et al. (1997) relatam que a grande maioria das lesões ulcerativas é causada por ação mecânica, sobretudo o uso de intubação. Silveira e Sugaya (1997) esclarecem que muitas doenças se manifestam por meio de ulcerações da mucosa bucal. Para Baldani et al. (2001), a prevalência é de 21%, não sendo as alterações raras, portanto é importante que os profissionais as conheçam, no sentido de tranquilizar os pais e de estarem atentos para a necessidade de alguma intervenção. Alertamos que o diagnóstico de lesões traumáticas e de candidíase em bebês só foi feito em bebês com condições sistêmicas comprometidas, afirmação essa que ressalta o fato de que todas lesões adquiridas, com exceção daquelas lesões do bebê, cuja mãe era HIV positivo, podem ter sido provocadas. Para um total de quinze bebês internos examinados durante o período deste estudo, dois apresentaram alteração bucal adquirida e dois por manipulação orotraqueal, ressaltando o quanto é importante a atuação

do odontopediatra no sentido de promover e contribuir para melhorar a qualidade de vida desses bebês (CORRÊA et al., 1999).

Realizando este trabalho, provavelmente estaremos alertando para a importância do profissional da saúde e principalmente do odontopediatra não só no que se refere à prevenção, mas também no que tange à atenção precoce, já que, quando são diagnosticadas quaisquer alterações bucais, já se vê rompido o paradigma saúde x doença, comprometendo não só a saúde bucal, mas também a saúde geral do recém-nascido. Ao conhecermos a incidência e a prevalência das possíveis alterações bucais em bebês recém-nascidos internos em UTI, poderemos contribuir possivelmente para estabelecer um protocolo básico de orientação para o atendimento aos bebês por profissionais da área. Esperamos, assim, ter contribuído para alertar o profissional envolvido com o atendimento do bebê ao nascimento e a sociedade em geral para a importância da presença do cirurgião-dentista nesse momento da vida.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste trabalho permitem concluir que a maioria das alterações bucais presentes ao nascimento em bebês internos em UTI neonatal é adquirida. As lesões provocadas por manobras de intubação são as alterações mais prevalentes, aparecendo a candidíase em segundo lugar.

ABSTRACT

STUDY OF THE PREVALENCE OF ORAL CHANGES IN JUST BORN BABIES

This study aims to know what the most prevalent changes in just born babies are. It was approved by the Ethic Committee of São Leopoldo Mandic. 433 babies, born the public hospital Fundação Beneficente – PROMATRE, in Vitória (ES), Brazil, were examined after their present's consent. 15 babies, who were interns at the neonatal intensive unit, were used as basis for the research of prevalence of possible oral changes seen in them in the 2003 year. After XXX thought the retest test method and establishment of 0,95 (Kappa's value), the data collected through the oral and facial clinic examination, the interview and promptuary analysis was catalo-

gued and analysed. The 4 babies with alterations: 2 cases of lesion due orotracheal intubation; there was 1 case of candidiasis; and 1 case with lesion of the commissura labiorum. The most common anatomical site was the hard palato. Moreover, the majority of the oral alteration acquired on birth us provoked and require control measures in order not to cause further damages to the baby.

Keywords: Oral chance. New Born. Intensive care unit.

REFERÊNCIAS

- 1 BALDANI, M. H.; LOPES C. M. L.; SCHEIDT, W. A. Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicas de Ponta Grossa (PR), Brasil. **Pesq. Odontol. Brás.**, São Paulo, v. 15, n. 4, out./dez. 2001.
- 2 BESSA, C. F. N. **Prevalência de alterações da mucosa bucal em crianças de 0 a 12 anos. 2001.** 133 f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
- 3 BESSA, C. F. N.; SANTOS, P. J. B.; CARMO, M. A. V. do. Prevalência das alterações da mucosa bucal em crianças de 0 a 12 anos. **J. Brás. Odontopediatria Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 5, n. 25, p. 177-264, maio/jun. 2002.
- 4 BHASKAR, S. N. **Patologia bucal.** 4.ed. São Paulo: Artes Médicas Ltda. 1976.
- 5 BLASCHKE, H. R. Vertical transmission of Candida and its consequences. **Mycoses**, v. 41, n. 2, p. 31-36, 1998.
- 6 BÖNECKER, M. J. S.; FONSECA, Y. P. C.; DUARTE, D. A. Protocolo básico de orientação para exame clínico em bebês. **Rev. APCD**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 103-107, mar./abr. 1999.
- 7 CERRI, A.; SILVA, S. E.; GENOVESE, W. J. Afecções estomatológicas em crianças. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria.** 6. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1997. cap. 23, p. 355-365.
- 8 CORRÊA, M. S. N. P.; VILLENA, R. S.; FRASCINO, S. M. V. Avaliação clínica das características da cavidade bucal e da ocorrência de anomalias em recém-nascidos. **Rev. Paul. Odontol.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 34-40, maio/jun. 1997.
- 9 DUTRA, S. M. D. et al. **Alterações bucais em recém-nascidas.** Pesquisa realizada pela disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal de Belém, Pará, 2000.
- 10 GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria.** 2. ed. São Paulo: Santos, 1990.
- 11 HOOLEY, J. R. The infant's mouth. **JADA**, v. 75, n. 1-3, p. 95-103, Jul. 1967.
- 12 LOUREIRO, C. A. Estação Saúde Consultoria, Sistema de Inversão da Atenção: documento conceitual e instrumental, inquérito epidemiológico, 1999.
- 13 MENOLI, A. P. V.; MELO, M. M.; WALTER, L. R. de F. Complicações dentais associadas ao uso de intubação orotraqueal e laringoscopia. **J. Bras. Odontopediatria Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 9-14, jan./maio 1998.
- 14 MESQUITA, R. A. et al. Cândiase oral e infecção HIV. **Revista do CROMG**, Belo Horizonte, v. 4, n. 1, jan./jun. 1998.
- 15 MORITA, M. C.; WALTER, L. R. F.; GUILLAIN, M. Prevalence de la carie dentaire chez les enfants brésiliens les zero a 36 mois. **J. Odont. Stomat. Pediat.**, v. 3, n. 1, p. 19-28, mar. 1993.
- 16 SILVA, S. S.; GENOVESE, W. J.; CERRI, A. Afecções estomatológicas em crianças. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**, São Paulo: Santos, 1991. p. 445-456.
- 17 SILVA, B. C. M.. **Manifestações bucais em crianças desnutridas:** pacientes do Hospital Materno-Infantil de Brasília. 2000. 89 f. Monografia (Especialização em Odontopediatria) - Faculdade da União Educacional do Planalto Central, Brasília, 2000.
- 18 SILVEIRA, F. R. X.; SUGAYA, N. N. Lesões ulcerativas vésico bolhosas. In: KIGNEL, S. **Diagnóstico bucal.** São Paulo: Robe, 1997, cap. 5, p. 107-155.
- 19 VALENTIM, C. Condições patológicas da cavidade bucal na infância. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontologia na primeira infância.** São Paulo: Santos, 1999. p. 613-629.
- 20 WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê.** São Paulo: Artes Médicas, 1996.
- 21 YARED, F. N. F. G. et al. Estomatite cremosa ou "sapinho". Avaliação da influência da limpeza bucal na lactente antes da erupção dentária. **J. Bras. Odontopediatria Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 18, p. 103-110, mar./abr. 2001.

Correspondência para/Reprint request to:

Margareth Pandolfi

Av. N.S. da Penha, 1495/905, Ed. Corporate Center, Praia do Canto, Vitória, ES 29045-401. Tel.: (27) 3225-8043

E-mail: Margareth@ebnet.com.br