

**Avaliação das Condições Estomatológicas dos Pacientes Pediátricos  
Internados no Hospital Universitário de Sergipe.**

**Evaluation of Oral Conditions of Pediatric Inpatients at the University  
Hospital of Sergipe.**

**AUTORES**

Kassiara Karyne dos Santos Travassos.  
Acadêmica em Odontologia da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju,  
Sergipe, Brasil.  
[kassiara\\_travassos@hotmail.com](mailto:kassiara_travassos@hotmail.com)

Ana Lourene Sobral Santos.  
Acadêmica em Odontologia da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju,  
Sergipe, Brasil.  
[lore.sobral@hotmail.com](mailto:lore.sobral@hotmail.com)

Maria Auxiliadora Silva Pereira.  
Mestra em Saúde Coletiva, Professora adjunta da Universidade Federal de  
Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil.  
[doraufs2012@hotmail.com](mailto:doraufs2012@hotmail.com)

**AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA**

Kassiara Karyne dos Santos Travassos  
Rua Claudio Batista, s/n, Bairro Cidade Nova, Aracaju - Sergipe, Hospital  
Universitário, Departamento de Odontologia.  
CEP: 49.060-108.  
[kassiara\\_travassos@hotmail.com](mailto:kassiara_travassos@hotmail.com)

## Avaliação das Condições Estomatológicas dos Pacientes Pediátricos Internados no Hospital Universitário de Sergipe.

### Evaluation of Oral Conditions of Pediatric Inpatients at the University Hospital of Sergipe.

#### RESUMO

**Objetivo:** O trabalho teve como objetivo avaliar as condições estomatológicas dos pacientes internados na ala pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe cidade de Aracaju, Sergipe, com o intuito de ponderar as condições de higiene bucal e as alterações orais desses pacientes.

**Método:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quali-quantitativa através da análise dos valores absolutos e percentuais. Os valores foram gerados pela avaliação dos pacientes pediátricos internados com a aplicação do índice de higiene oral simplificado, ceo-d, CPO-D e inspeção visual dos tecidos da cavidade oral, valendo-se da utilização de um questionário contendo perguntas abertas e fechadas relacionadas aos cuidados necessários à saúde bucal.

**Resultados:** Foram analisadas 100 crianças com 6 meses a 12 anos de idade, com média de idade de 6,14 anos, sendo 64% do gênero masculino e 36% do gênero feminino. Os principais motivos de internação foram anemia falciforme (20%), calazar (17%) e problemas renais (9%). O índice ceo-d/CPO-D teve média de 1,94 (baixo) para o ceo-d e 0,58 (muito baixo) para o CPO-D. A higiene bucal obteve média de 1,7. As alterações da normalidade na cavidade oral foi observado 6 de língua saburrosa, 3 de anquiloglossia, 2 de palato atrésico e 3 de tórus.

**Conclusão:** Com os resultados, podemos concluir que houve pouco avanço na odontologia hospitalar, evidenciada pela precariedade da higiene oral dos pacientes avaliados, sendo necessário um maior programa preventivo com uma abordagem multiprofissional, introdução do odontopediatra e a elaboração de um protocolo de cuidados orais para implantação durante a hospitalização.

**DESCRIPTORES:** Saúde Bucal; Odontopediatria; Promoção Da Saúde.

#### ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to evaluate the Stomatological conditions of hospitalized patients in the pediatric ward of the University Hospital of the city of Aracaju, Sergipe, in order to consider the hygiene and oral amendments to these patients.

**Method:** This is a descriptive study of qualitative and quantitative approach by analyzing the absolute and percentage values . The figures were generated by the evaluation of pediatric inpatients with the application of simplified oral hygiene index, dmft, DMFT and visual tissues of the oral cavity inspection, taking advantage of using a chart containing open and closed questions related the necessary oral health care as well as their perception and appreciation.

**Results:** 100 children were analyzed at 6 months to 12 years of age, with a mean age of 6.14 years, 64 % male and 36 % female. The main reasons for hospitalization were sickle cell anemia (20 %), leishmaniasis (17 %) and kidney problems (9 %). The dmft/DMFT index averaged 1.94 (low) for dmft and 0.58 (very low) to DMFT. The oral hygiene had an average of 1.7. Changes in the normal oral cavity were observed 6 coated tongue, ankyloglossia 3, 2 and 3 of atretic palate torus.

Conclusion: With the results, we conclude that there was little progress in hospital dentistry, evidenced by the precariousness of the oral hygiene of patients, a greater preventive program with a multidisciplinary approach, introducing dentist and developing a protocol of oral care is necessary for deployment during hospitalization.

KEYWORDS: Oral Health, Pediatric Dentistry, Health Promotion.

## INTRODUÇÃO

No corpo humano a cavidade bucal é a que apresenta maior variedade de micro-organismos, por possuir diferentes tipos de tecidos, variação na quantidade de oxigênio, presença de nutrientes e pela sua temperatura, dando origem a vários incômodos (1). Dentre eles, a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal na maioria dos países industrializados, afetando cerca de 60 a 90% dos escolares e praticamente todos os adultos (2).

Estudos mostraram que os procedimentos responsáveis apenas por tratar a doença cárie não eram suficientes para alterar o quadro epidemiológico da população, havendo, assim, a necessidade de uma maior abordagem nos métodos de prevenção das doenças que acometiam os tecidos bucais (3).

Com base nos conhecimentos adquiridos, algumas localidades do Brasil implementaram programas de saúde bucal centrados na filosofia de “promoção da saúde”, diagnosticando e tratando o indivíduo como um todo (4). No Brasil, desde a reforma da saúde brasileira, a ênfase sobre os cuidados primários tem liderado as instruções de educação nessa área, buscando a integração entre tais serviços, resultando em uma proposta de abordagem preventivo-educativa (5).

As bactérias são as responsáveis pelo início do processo da doença, mas sua evolução depende do grau de vulnerabilidade do hospedeiro (6). Crianças saudáveis já apresentam uma vulnerabilidade maior que adultos saudáveis pelo seu sistema imune ainda ser imaturo. Sendo a criança portadora de alguma alteração sistêmica, então a problemática bucal é ainda maior, condição essa que também agravará seu estado de saúde geral (7).

Quando uma criança está internada, existem vários fatores agravantes para as doenças bucais. Estas se instalam mais facilmente nesses pacientes. Primeiro, pelo tipo de medicação utilizada, isto é, apresenta grande quantidade de açúcar para estar mais adequada ao paladar infantil. Segundo, pelo estado emocional desses internos, ou seja, eles estão debilitados, com seu sistema imunológico alterado, tanto pelas próprias medicações como pela condição em que se encontram. Os remédios cariogênicos, adocicados, são grandes responsáveis pelo surgimento de placa bacteriana (8).

Essa placa surge pelo acúmulo de micro-organismos nas superfícies dentais quando falta higienização adequada. Durante a internação, a higiene oral é negligenciada, tanto pelos pacientes e seus responsáveis como pelos profissionais de saúde, que são os responsáveis por orientar os internos sobre todos os aspectos de saúde, inclusive a bucal. O descuido com a higiene oral pode aumentar o tempo de internação (9).

Poucos são os profissionais de saúde que orientam os responsáveis pelas crianças sobre a presença do açúcar nos medicamentos, devendo sua administração ser logo seguida pela devida higienização da boca (10).

Há vários relatos na literatura sobre a associação de patologias sistêmicas com micro-organismos da cavidade oral. Por exemplo, quando há uma infecção crônica nos tecidos bucais, serão lançados na circulação produtos do metabolismo

bacteriano que vão estimular a defesa do organismo a liberarem citocinas inflamatórias. Essas substâncias vão influenciar na formação de ateromas que são grandes responsáveis pelas doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (7).

Estudos sugerem que indivíduos com início precoce de doença periodontal podem ter doença sistêmica ou apresentar alterações no sistema imunológico. A hipofosfatase, a histiocitose X, a síndrome de Down, a síndrome de Papillon-Lefèvre, a síndrome de Ehlers-Danlos, a síndrome de Chédiak-Higashi, doenças que levam à neutropenia e disfunções de neutrófilos como deficiência de moléculas de adesão e alterações de quimiotaxia, leucemia e Aids podem apresentar relação com o aparecimento de alterações periodontais graves em crianças e adolescentes (11).

É constatada a necessidade de um trabalho multidisciplinar, voltado à educação para a saúde bucal, indispensável a um atendimento integral à criança, havendo a necessidade de uma maior integração do cirurgião-dentista com a equipe médica, já que é ele o profissional responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças bucais, inclusive daquelas com repercussões sistêmicas (12).

Os pais têm papel fundamental nesse processo e devem estar precocemente orientados e conscientes da responsabilidade com a saúde bucal de seus filhos. É importante que os responsáveis estejam inseridos nesse contexto de conscientização sobre a importância da higiene bucal, pois são eles os formadores de conduta e opinião, além de possuírem o poder de influenciarem essas crianças nos primeiros estágios de suas vidas (13,14).

A manutenção da saúde oral em crianças hospitalizadas pode ser problemática devido às condições presentes no paciente. Como alguns pacientes são imunocomprometidos, eles têm uma predisposição a infecções orais, como candidíase, ou herpes simples (15), e algumas condições médicas têm manifestações orais, por exemplo, anemia crônica, diabetes, leucemia. O tratamento médico em pacientes hospitalizados pode também aumentar as complicações orais. A ingestão de medicamento tem efeitos indesejáveis, por exemplo, anti-hipertensivos, simpatomiméticos e anticolinérgicos causam xerostomia, e o uso de antibióticos podem mudar a colonização da cavidade oral por micro-organismos oportunistas como a *Candida albicans* (16).

Em estudo no qual foi verificada a existência de um protocolo de controle de infecção oral em 62 hospitais da rede pública e privada do estado do Rio de Janeiro, observaram que apenas 15% possuem um protocolo regular para o controle de placa. Dessa forma, existe a necessidade de se criar um protocolo de controle de infecção da cavidade oral para contribuir para a redução da mortalidade de pacientes internados e propor medidas preventivas para este fim (17).

Com relação à doença bucal mais comum, a cárie dentária é o principal problema que acomete a população brasileira (18). Estudo que determinou a prevalência de cárie dental, o índice de placa e a presença/ausência de lesões de tecidos moles em 78 crianças hospitalizadas, durante um período de 6 meses. O índice de placa encontrado foi muito alto e aumentou com o tempo de hospitalização, mostrando a falta de cuidado com a higiene oral por parte da equipe médica (8).

Assim, os pacientes receberão os cuidados recomendados pelos princípios do SUS e permitido pelo hospital com a melhor compreensão da relação entre saúde geral e oral, desde que não existe uma sem outra, e, uma vez em casa, poderia ser um fator crítico na promoção de saúde dentro do núcleo familiar (19).

Este trabalho teve como objetivo avaliar as condições estomatológicas dos pacientes internados na ala pediátrica do Hospital Universitário da Universidade

Federal de Sergipe na cidade de Aracaju, Sergipe, com o intuito de ponderar as condições de higiene bucal e as alterações orais desses pacientes.

## METODOLOGIA

A pesquisa caracterizou-se por um estudo descritivo de abordagem qualitativa, pela análise das suas variáveis colhidas durante o desenvolvimento da pesquisa por meio de um questionário aplicado ao cuidador sobre os hábitos de higiene bucal. Inicialmente houve a liberação da direção do Hospital Universitário de Sergipe (HU) e aprovação do Conselho de Ética para dar início à realização da pesquisa, sendo esse com parecer de número 96.509.

A amostra foi constituída por 100 crianças internadas na ala pediátrica com idade entre 6 meses e 12 anos de ambos os sexos, tendo como critério de inclusão a permissão do responsável para participação na pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e cuja condição de saúde possibilitasse a realização da avaliação odontológica. Essa amostra foi obtida no período de setembro de 2011 a julho de 2012.

Realizou-se o exame clínico individual no próprio leito do paciente por uma única examinadora previamente calibrada para evitar erros de aplicação e interpretação dos índices utilizados, com a criança sentada ou deitada, sob luz artificial. Em seguida foi feita a evidenciação do biofilme bacteriano, com solução de fucsina básica a 2% e cotonetes. A higiene bucal foi classificada em boa, regular e péssima, de acordo com o índice de Higiene Oral-Simplificado (IHO-S) descrito por Greene e Vermillion (1964), adaptado à presente pesquisa. Esse índice foi realizado considerando os seguintes elementos dentários e respectivas superfícies: superfícies vestibulares dos segundos molares superiores; superfícies linguais dos segundos molares inferiores; superfícies vestibulares do incisivo central superior direito; superfície lingual do incisivo central inferior esquerdo. Os graus para biofilme bacteriano variam de 0 a 3, de acordo com os seguintes critérios: Grau 0: não há biofilme bacteriano; Grau 1: biofilme bacteriano cobrindo não mais que 1/3 da superfície exposta do dente; Grau 2: biofilme bacteriano cobrindo mais que 1/3, mas não mais que 2/3 da superfície exposta do dente; Grau 3: biofilme bacteriano cobrindo mais que 2/3 da superfície exposta do dente. O resultado foi obtido pela soma dos graus de cada dente dividido pelo total de dentes avaliados. A higiene bucal foi considerada boa quando estivesse entre 0 e 1,5, regular entre 1,51 e 2,5 e péssima acima de 2,5. Posteriormente, foi realizada a limpeza do dente com escova dental e creme dental com flúor a 1000 ppm. Logo após, por meio do exame clínico-visual e com auxílio do odontoscópio, os dentes foram examinados quanto à doença cárie, utilizando o índice CPO-D onde sua base conceitual consiste na determinação da história de cárie passada ou presente, através da experiência individual da doença, expressa pelo número de dentes cariados, extraídos e obturados presentes no momento do exame, registrando-se as seguintes condições: Permanentes – C = existência de cavidade de cárie, P = perdidos, O = dente obturado, independente do material restaurador. E para os dentes decíduos foi utilizado o índice ceo-d (cariados, extração indicada e obturados).

Através do exame clínico, foi verificada a presença de alterações de língua (macroglossia, língua geográfica, língua saburosa), de lábios (queilite angular e lesões traumáticas), de freio labial (freio duplo, freio com apêndice, freio teto labial persistente) e de freio lingual (anquiloglossia) e forma do palato (20).

## RESULTADOS

Foram analisadas 100 crianças, o que corresponde a, aproximadamente, 16% das internações do HU. Apresentaram entre 01 e 12 anos de idade, com média de idade de 6,14 anos, sendo 64% do gênero masculino e 36% do gênero feminino, conforme tabela 1.

Os diagnósticos mostraram que as maiores causas de internação foram anemia falciforme (20%), calazar (17%) e problemas renais (9%), conforme figura 1.

Quando foi perguntado ao cuidador quem escovava a os dentes do paciente durante o período de internação obtivemos a resposta que 72% dos pacientes realizavam a própria higiene oral. Já quando foi perguntado o que era usado para realizar a higienização da cavidade oral o resultado foi de 100% para os que utilizavam escova dental, 98% utilizavam creme dental, 7% utilizavam enchaguatórios bucais e 0% utilizavam o fio dental, conforme figura 2.

Considerando a condição da higiene bucal das crianças internadas, foi verificado que o índice variou de 0 a 3 com média de 1,7. Constatou-se que 20% das crianças apresentaram índice de higiene bucal péssimo; ao passo que 32% apresentaram índice regular; e 48% com índice bom, conforme figura 3.

Quando foi analisado o índice ceo-d/CPO-D das crianças examinadas, os resultados da nossa pesquisa revelaram que o índice variou de no máximo 13, com média de 1,94 (baixo) para o ceo-d e de no máximo 7 com média de 0,58 (muito baixo) para o CPO-D, conforme tabela 2.

Quando avaliada a existência de alterações orais, foi observado que 06 crianças apresentavam língua saburrosa, 03 anquiloglossia, 02 palato atrésico e 03 tórus, conforme tabela 3.

## DISCUSSÃO

Após a análise dos resultados, observou-se que, segundo as faixas etárias por sexo, a distribuição das crianças na amostra foi proporcional. Sendo importante observar que grande parte delas se encontrava dentro da faixa etária que depende dos responsáveis para a realização da higiene bucal, concordando com a literatura no que diz respeito ser fundamental para a saúde bucal a presença dos responsáveis como também da equipe multidisciplinar no processo de educação promoção da saúde (12).

A literatura mostra trabalhos em que foi analisada a condição de higiene bucal de crianças portadoras de necessidades especiais e crianças saudáveis comprovando o pobre padrão de higiene bucal com alto acúmulo de biofilme bacteriano nesses pacientes (18,21). Também encontrou um IHO-S alto e que aumentava com o tempo de internação (8). Enquanto que 48% dos pacientes internos avaliados no HU apresentaram índice de higiene bucal considerado bom. No entanto, torna-se importante ressaltar que o grau péssimo teve o valor expressivo de 20%, demonstrando que a falta de higiene bucal constante, a falta de motivação e os problemas de destreza manual tornam extremamente difícil a obtenção e a manutenção de um bom padrão de saúde bucal. Abordando-se a saúde bucal dos portadores de necessidades especiais, constatou-se na literatura pesquisada que é essencial uma maior atenção odontológica, com a participação do cirurgião-dentista devidamente preparado na equipe multidisciplinar para a realização de tratamento e, principalmente, para a prevenção de doenças bucais (22), uma vez que esses pacientes recebem menos assistência odontológica devido à não interação do dentista na equipe médica pelo não entendimento da sua real

função no diagnóstico de problemas bucais com repercussões sistêmicas (12), o que também reflete a realidade do hospital avaliado.

Foi verificado na pesquisa que parte das crianças realizava a higiene bucal sozinha durante o internamento, concordando com a literatura estudada, utilizando a escova e o creme dental, uma vez que é o método mais comum para a remoção do biofilme da cavidade bucal, pois possuem a propriedade de controlar a formação de tártaro; ações anti-cárie e dessensibilizantes, pela ação de fluoretos; removem biofilme e manchas, por meio de abrasivos e de surfactantes.(23) Porém, não foi registrado o uso do fio dental entre os avaliados, concordando com outros trabalhos de pesquisa que afirmam ser esta a maneira mais eficiente de remoção do biofilme do espaço interproximal, em que a escovação é insuficiente (23).

Quando foi analisado o índice ceo-d/CPO-D das crianças examinadas, os resultados da nossa pesquisa revelaram que o índice mostrou-se baixo para o ceo-d e muito baixo para o CPO-D, justificado pelo pequeno número de dentes permanentes existentes nessa amostra. No entanto, em trabalho semelhante, encontrou uma média de ceo-d igual a 3,91, considerado moderado e CPO-D igual a 1,91, considerado baixo (8). Ao avaliar cada componente do índice CPO-D/ceo-d, verificou-se que o número de dentes cariados foi maior, o que reflete a necessidade de um maior e melhor tratamento odontológico e de métodos preventivo-educativos para o controle da doença cárie, concordando com o trabalho na literatura (24). Concordando com os resultados de outros autores referentes à prevalência de cárie dentária, os quais mostraram que os dentes decíduos apresentaram um índice de cárie mais elevado em relação aos dentes permanentes (8). Ressalta-se que o ceo-d apresentou-se mais alto do que o CPO-D devido às camadas de esmalte e dentina da dentição decídua serem mais delgadas e menos calcificadas, logo, mais sujeito às desmineralizações (25).

Quanto às alterações orais observadas, a língua saburrosa mostrou-se mais presente no estudo, corroborando com outro estudo (26), evidenciando a precária condição de higiene dos pacientes internados. No entanto, há relatos que a manutenção da saúde no ambiente oral em crianças hospitalizadas pode ser problemática devido às condições presentes no paciente e das medicações administradas. Como alguns pacientes são imunocomprometidos, eles têm uma predisposição a infecções orais, que não foram observadas nesse estudo (15).

## CONCLUSÃO

Houve predomínio do índice de higiene oral regular, porém o grau péssimo apresentou um valor considerável, o índice de cárie ceo-d foi baixo, no entanto o número do componente cariado foi expressivo, já o CPO-D foi muito baixo devido a sua menor quantidade na amostra e o alto índice de língua saburrosa provou a carência de higienização bucal desses pacientes. Assim, esses dados também mostram que já houve um maior contato dos pacientes internados com os cirurgiões-dentistas, mas o mesmo ainda é incipiente, havendo a necessidade de uma maior integração multidisciplinar e a introdução do Odontopediatra para melhor acompanhamento do paciente e a elaboração de um protocolo de cuidados orais como parte de um programa preventivo durante a hospitalização.

## REFERENCIAS

1. Graner ROM, Gonçalves RB, Höfling JF, Furlan LM, Aspectos Microbiológicos da Placa Dental. Apostila I Disciplina: Pré-Clínica, Área De Microbiologia E Imunologia. 1. ed. Piracicaba: Fop-Unicamp, 2005. p1-26.
2. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003. Continuous Improvement Of Oral Health In The 21 St Century. Geneva: World Health Organization , 2003.
3. Pereira AC, et. al. Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre: Editora Artmed, 2003.117p.
4. Pinto VG. Programação em Saúde Bucal. In: Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos , 4.ed. 2000, p. 99-137.
5. Cordon J, Bezerra ACB. A Inserção da Odontologia no Sistema de Saúde e no Envolvimento Comunitário: Primeira Aproximação. Divulg Saúde Debate; 1994. 9(8): 50-51.
6. Page RC. The Pathobiology Of Periodontal Diseases May Affect Systemic Diseases: Inversion of a Paradigm. Ann Periodontol 1998; 3(1):108-20.
7. Almeida RF, Pinho MM, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. Associação entre Doença Periodontal e Patologias Sistêmicas. Rev Port Clin Geral 2006; 22(1):379-90
8. Amaral KC, Tenório MDA, Dantas AB. Condição De Saúde Bucal De Crianças Internas em Hospitais da Cidade de Maceió-Al. Odontologia. Clín.-Científ., Recife; 2006.5(4): 267-273.
9. Martins GC, Santos NO, Gomes ET. Higiene Oral: Atuação da Equipe de Enfermagem em Paciente com Déficit no Autocuidado. Rev. Enf. 2009.2(1):144-8.
10. Rodrigues VP, Lopes FF, Abreu TQ, Neves MIR, Cardoso NC. Avaliação dos Hábitos de Higiene Bucal de Crianças Durante o Período de Internação Hospitalar. Odontol. Clín.-Cient. 2011.10(1): 49-55.
11. Vieira TR, Péret AA, Filho LAP. Alterações Periodontais Associadas às Doenças Sistêmicas em Crianças e Adolescentes. Rev Paul Pediatr 2010;28(2):237-43.
12. Darela A, et al. Hábitos e Comportamentos Familiares e a Promoção da Saúde Bucal. Rev. Paul. Ped. 1999;17(2):68-73.
13. Adair PM, Pine CM, Burns G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and Cultural Perceptions and Beliefs of Oral Hygiene and Dietary Practices Among Ethnically and Socio-Economically Diverse Groups. Community Dental Health 2004; 21(1): 102–111 .
14. Okada M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, et al. Influence of Parents' Oral Health Behaviour on Oral Health Status of Their School Children: an Exploratory Study Employing a Causal Modelling Technique. Int J Paediatric Dent 2002; 12(2):101-108.
15. Moretti AJ, Flaitz DM, Peninger M, Rex JH, et al. Evaluation of oral soft tissue lesions in ventilated patients. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 2002;93(4):427.

16. McNeill H. Biting back at poor oral hygiene. *Intensive Crit. Care Nurs.* 2000;16:367–372
17. Kahn S, et al. Avaliação da Existência de Controle de Infecção Oral nos Pacientes Internados em Hospitais do Estado do Rio de Janeiro. *Ciências e Saúde Coletiva* 2008; 13(6):1825-31.
18. Souza VF, et. al. Estudo da Prevalência de Cárie Dentária e Outras Condições de Saúde em Escolares de 6 a 14 Anos de Coutos-Salvador/Bahia. *Rev Da Faculdade De Odontologia Da Ufba*1999;18(1): 19-24.
19. Júnior AM, Alves MSCF, Nunes SP, Costa ICC. Outoside Clinical Setting Experience in a Public Hospital and Oral Health Promotion. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(3): 1-5.
20. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para o Bebê*. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 45-72p.
21. Mitsea AG, et, al. Oral Health In Greek Children And Teenagers, With Disabilities. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*2001;26(1):111-118.
22. Desai M, Messer LB, Calache H. A Study of the Dental Treatment Needs of Children With Disabilities in Melbourne. *Australian Dent* 2001;46(1)41-50.
23. Mcdonald R, Avery D. *Odontopediatria*. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan,1995. 608p.
24. Mello TRC, Antunes JLF. Prevalência de Cárie Dentária em Escolares da Região Rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004;20(3):1-13.
25. Cal M, Guedes-Pinto AC. Diagnóstico da Doença Cárie. In; Guedes-Pinto AC, et al. *Reabilitação Bucal em Odontopediatria, Atendimento Integral* .São Paulo: Santos, 1990. 33p.
26. Cruz MCFN, Valois EM, Libério AS, Lopes FF. Avaliação Clínica das Alterações de Mucosa Bucal em Crianças Hospitalizadas de 3 A 12 Anos. *Rgo* 2008; 56(2):157-161.

## ILISTRAÇÕES

TABELA 1- Distribuição das crianças por faixa etária e gênero

<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino N(%)</b>	<b>Feminino N(%)</b>
1 -3	12(12%)	9(9%)
3 -6	16(16%)	8(8%)
6 -9	14(14%)	11(11%)
9 -12	22(22%)	8(8%)
<b>Total</b>	<b>64(64%)</b>	<b>36(36%)</b>

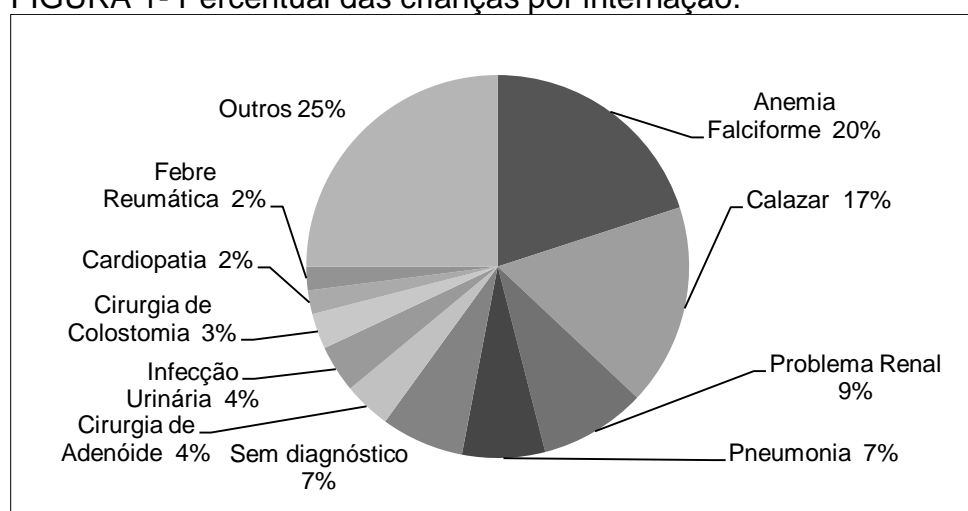
TABELA 2. Estatística dos valores encontrados.

	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>	<b>Media</b>
Idade	1	12	6,14
Cariado	0	10	1,93
Extração indicada	0	3	0,27
Perdidos	0	2	0,06
Obturados	0	6	0,26
ceo-d	0	13	1,94
CPO-D	0	7	0,75

TABELA 3. Distribuição das alterações bucais encontradas.

<b>Alteração</b>	<b>Nº de crianças</b>
Língua saburrosa	06
Anquiloglossia	03
Tórus	03
Palato Atrésico	02

FIGURA 1- Percentual das crianças por internação.



oral  
IMAGEM 2- Distribuição dos pacientes por uso do produto durante higienização

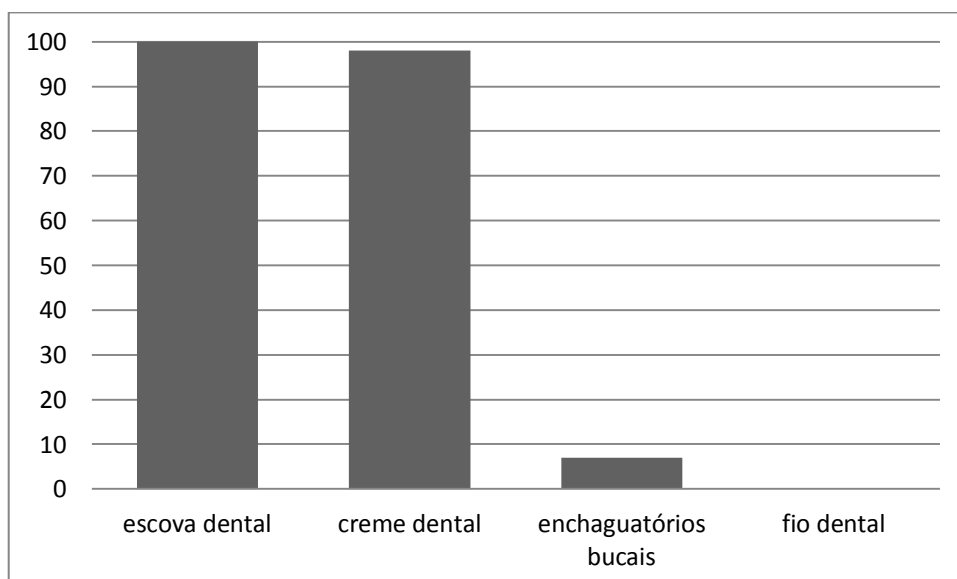


IMAGEM 3- Distribuição dos pacientes por Índice de Higiene Oral (IHO-S)

