Condição de saúde bucal de crianças na primeira infância internadas em unidade pediátrica de um hospital escola

Oral health status of children in early childhood hospitalized in the pediatric unit of a teaching hospital

Áurea Cristina Ribeiro Vilas Boas[1]
Flávia Prietsh Wendt[2]
Ana Regina Romano[3]
Vanessa Polina Pereira da Costa[4]

Resumo

Objetivo: Avaliar a condição de saúde bucal de crianças, de 09 a 72 meses de idade, hospitalizadas em unidade pediátrica, considerando características sociodemográficas, experiência de cárie na primeira infância e sua relação com hábitos de higiene bucal e dieta.
Métodos: Estudo observacional transversal analítico realizado no período de 05/2025 a 11/2025. As informações sociodemográficas, médicas e odontológicas foram obtidas por meio de entrevista estruturada com os responsáveis e consulta aos prontuários eletrônicos. O exame clínico intrabucal avaliou a presença de placa dentária visível, alterações em tecidos moles e experiência de cárie. Realizou-se análise descritiva e inferencial, e o teste qui-quadrado adotando-se nível de significância de 5%.
Resultados: Das 81 crianças avaliadas observou-se elevada frequência de placa dentária visível (77,8%), maoclusão na região anterior (70,7%) e 32,1% apresentaram alterações em tecidos moles. Entre as crianças livres de cárie (58,0%), predominou a escolaridade materna maior de 8 anos. Houve associação estatisticamente significativa entre maoclusão na região anterior e ausência de visita ao dentista (p=0,011).
Conclusão: Crianças hospitalizadas na primeira infância apresentam alta demanda em saúde bucal, com presença significativa de biofilme e alterações bucais na internação, sem relação direta com o quadro geral.

Palavras-chave: *Saúde bucal; Criança hospitalizada; Cárie dentária; Odontopediatria; Promoção da saúde*

[1] Pós-graduanda do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, RS, Brasil.

[2] Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança, Universidade Federal de Pelotas – RS, Brasil.

[3] Docente da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, RS, Brasil.

[4] Docente da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, RS, Brasil. Coordenadora de área- Odontologia no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança, Universidade Federal de Pelotas- RS, Brasil.

http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v31i1.18059

Introdução

A infância é caracterizada por intensas mudanças no desenvolvimento físico e psicológico, o que torna as crianças mais suscetíveis a agravos à saúde[1]. Especialmente nos primeiros anos de vida, período marcado pela imaturidade do sistema imunológico, observa-se maior vulnerabilidade a agentes infecciosos. Nesse contexto, as doenças respiratórias constituem uma das principais causas de morbidade e hospitalização em crianças na primeira infância[2,3,4].

Além da vulnerabilidade sistêmica relacionada ao próprio desenvolvimento infantil, durante a hospitalização a criança é exposta a fatores presentes na rotina hospitalar que podem contribuir para o desenvolvimento de doenças bucais. Esses fatores tendem a se tornar mais significativos com o aumento do tempo de internação[5,6].

Entre eles, destacam-se mudanças nos hábitos alimentares, uso de medicamentos cariogênicos, estresse decorrente da hospitalização e indisposição causada pela doença, que podem comprometer os cuidados com a saúde bucal[6].

Na maioria das vezes, a criança e seus acompanhantes direcionam a atenção principalmente à doença que motivou a hospitalização, reduzindo a atenção dedicada à higiene bucal[7,8]. Além disso, em alguns casos, a criança pode apresentar limitações físicas e/ou mentais, o que favorece o acúmulo de biofilme dentário e, consequentemente, o desenvolvimento de lesões de cárie e doença periodontal[7].

A qualidade de vida e o processo de recuperação de pacientes hospitalizados estão diretamente relacionados à saúde bucal, uma vez que os tratamentos sistêmicos podem comprometer as condições da cavidade oral[8].

A falta de orientação e a redução dos cuidados com a higiene bucal durante a internação favorecem condições bucais precárias e o aumento de patógenos orais, os quais podem estar associados a doenças sistêmicas, como as cardíacas e respiratórias[8].

Crianças com doenças crônicas que utilizam continuamente medicamentos contendo sacarose, especialmente em formulações líquidas ou comprimidos mastigáveis administrados repetidamente, inclusive durante o período de sono, apresentam maior risco de desenvolvimento de cárie dentária na ausência de higiene bucal após sua administração[5].

Nesse contexto, infecções oportunistas podem ocorrer com maior frequência e gravidade na cavidade bucal. A identificação e o tratamento adequados dessas infecções podem contribuir significativamente para a melhora da condição geral e imunológica desses pacientes[7].

Entre os agravos bucais que acometem o público infantil, a Cárie na Primeira Infância (CPI) é uma doença evitável e controlável, porém ainda considerada um relevante problema de saúde pública global, especialmente em crianças em idade pré-escolar[9].

Sua etiologia é multifatorial, açúcar-biofilme-dependente e não transmissível, sendo influenciada por fatores comportamentais, pelo nível de conhecimento da mãe e/ou cuidador e por condições socioeconômicas desfavoráveis[10].

Outro agravo relevante na primeira infância é a maloclusão, caracterizada como uma alteração no crescimento e no desenvolvimento craniofacial que resulta em desarmonia na relação entre os arcos dentários e na oclusão[11].

Essa condição pode envolver discrepâncias dentárias, esqueléticas e funcionais. Trata-se de um problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência e ao impacto negativo na qualidade de vida, podendo ocasionar prejuízos estéticos, funcionais e psicossociais, incluindo alterações na mastigação, deglutição, fonação e respiração[11].

Estudos observacionais apontam elevada frequência de placa dentária visível em crianças hospitalizadas, bem como a presença de alterações em tecidos moles, como língua saburrosa, associadas ao acúmulo de biofilme e à redução da higiene oral durante o período de internação[12].

A diminuição da limpeza mecânica da cavidade bucal, somada a fatores como o uso de medicamentos e modificações na alimentação, favorece o desequilíbrio do meio bucal, contribuindo para o surgimento dessas alterações[12].

Diante desse contexto, torna-se fundamental investigar os hábitos de saúde bucal de crianças no ambiente hospitalar, a fim de compreender o impacto das práticas de higiene bucal durante o período de internação[13].

Além disso, a atuação do odontopediatra na equipe multiprofissional hospitalar é essencial para a promoção da saúde geral da criança, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, prevenção de infecções e redução do tempo de internação e do uso de medicamentos, com participação ativa dos responsáveis e dos profissionais de saúde[5,14].

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar a condição de saúde bucal de crianças de 9 a 72 meses internadas na unidade pediátrica do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, bem como analisar a presença de agravos bucais — incluindo Cárie na Primeira Infância, maloclusão, placa dentária visível e alterações em tecidos moles — e sua relação com hábitos comportamentais de higiene bucal, escolaridade materna e presença de doenças sistêmicas e/ou crônicas preexistentes.

Espera-se, assim, contribuir para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e melhoria da assistência às crianças hospitalizadas.

Materiais e método

Tratou-se de um estudo observacional transversal, de caráter analítico, conduzido de acordo com as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)[15] para estudos transversais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (parecer nº 7.452.773; CAAE 86377725.4.0000.5318) e classificado como de risco mínimo, assegurando-se o anonimato, a confidencialidade das informações e o direito de desistência dos participantes, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde[16] e com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018)[17].

A participação ocorreu após esclarecimento prévio aos pais ou responsáveis legais, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As crianças que apresentaram compreensão cognitiva assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), adaptado à faixa etária, com linguagem acessível e uso de ilustrações.

O estudo foi desenvolvido no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPel), localizado no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de maio a novembro de 2025, totalizando seis meses de coleta de dados. A amostra foi constituída de forma consecutiva, incluindo crianças elegíveis internadas durante o período do estudo, conforme critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídas crianças internadas por, no mínimo, 24 horas e que apresentaram incisivos centrais decíduos superiores e inferiores erupcionados. Foram excluídas crianças previamente avaliadas em episódios de reinternação, bem como aquelas cujos responsáveis legais não apresentaram condições psíquicas ou cognitivas para responder ao questionário.

Após a inclusão no estudo, as informações primárias foram obtidas por meio de entrevista com a mãe ou outro responsável legal que acompanhava a criança durante a internação, utilizando-se formulário eletrônico estruturado. Foram coletados dados demográficos, socioeconômicos da criança e dados familiares, além de informações referentes à história médica e odontológica, incluindo condições sistêmicas, uso de medicamentos, hábitos de higiene bucal e consumo alimentar. De forma complementar, os dados secundários foram obtidos a partir do prontuário eletrônico hospitalar, por meio de transcrição padronizada das informações relativas às características da criança, motivo e tempo de internação, terapia medicamentosa e intercorrências clínicas, quando presentes.

Os dados foram coletados com critérios padronizados e por uma única pesquisadora. As variáveis demográficas incluíram sexo, idade (em meses), procedência (município de origem) e cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, amarela ou indígena). As variáveis socioeconômicas compreenderam a renda familiar, expressa em salários mínimos, e a escolaridade materna, categorizada em ≤8 anos ou >8 anos de estudo. As variáveis familiares incluíram o grau de parentesco do responsável com a criança (mãe, pai, avó ou outro), a pessoa que permanece a maior parte do tempo com a criança e a presença e o número de irmãos, analisados como variável discreta.

As variáveis relacionadas à história médica contemplaram a presença de doença sistêmica e/ou crônica preexistentes, necessidades especiais, transtornos do neurodesenvolvimento e uso contínuo de medicamentos (sim/não), além da frequência de uso de antibióticos, categorizada em uma vez ao ano, mensal ou a cada três meses. A história odontológica incluiu visita prévia ao cirurgião-dentista e seu motivo, relato de odontalgia, idade de início da higiene bucal, frequência diária de higiene, presença de hábitos de sucção não nutritiva, idade de início do hábito, dentre outras variáveis.

O exame clínico intrabucal foi realizado durante o primeiro atendimento odontológico na internação, antes da realização de atividades de educação em saúde (orientações e escovação dental), por uma única examinadora previamente treinada e calibrada. A concordância intraexaminadora foi avaliada por meio do coeficiente Kappa, obtendo-se valores de 0,90 para placa

dentária visível, 0,89 para cárie e 0,99 para maloclusão. Nos bebês, utilizou-se a técnica joelho a joelho; nas crianças maiores, o exame foi realizado com a criança deitada no leito ou sentada, com a cabeça levemente inclinada para trás, sob luz artificial. Foram utilizados espelho bucal, sonda milimetrada tipo OMS, gaze, escova dental e dentifrício fluoretado, adotando-se o método diagnóstico visual, com posicionamento adequado da examinadora para melhor visualização da cavidade bucal.

A presença de placa dentária visível foi registrada quando identificada qualquer quantidade na superfície vestibular dos dentes decíduos anteriores superiores, de acordo com os critérios propostos por Alaluusua e Malmivirta[18]. Após essa avaliação, os dentes foram secos com gaze e, quando necessário, realizou-se escovação dental prévia para viabilizar a adequada avaliação da presença de cárie.

A experiência de cárie na primeira infância foi avaliada segundo os critérios do *International Caries Classification and Management System* (ICCMS – merged)[19], considerando-se os sinais clínicos observados por dente, tanto em dentes anteriores quanto posteriores. Os dentes foram classificados como código 0 quando hígidos; código A, para lesões iniciais restritas ao esmalte (códigos 1 e 2 do *International Caries Detection and Assessment System* – ICDAS)[19]; código B, para lesões moderadas, caracterizadas pela ruptura do esmalte sem envolvimento de dentina (códigos 3 e 4 do ICDAS); e código C, para lesões extensas, com cavidade definida e dentina visível (códigos 5 e 6 do ICDAS). Adicionalmente, o código R foi atribuído aos dentes restaurados, e o código 99, aos dentes que não puderam ser avaliados por ainda não estarem erupcionados. Para fins de análise, os códigos A, B e C foram considerados como presença de cárie, enquanto os dentes hígidos foram representados pelo código 0.

Para a avaliação da oclusão da região anterior, conduzida na presença dos incisivos e caninos em boca, foram utilizados os critérios propostos por Ruiz *et al.* (2016)[20], trespasse vertical (presença de sobremordida ou mordida aberta anterior), sobressaliência e mordida cruzada anterior. Variável dicotomizada em má oclusão presente ou ausente. A sonda milimetrada foi empregada para a mensuração da sobremordida e da mordida aberta anterior, quando presentes.

As alterações bucais adquiridas em tecidos moles foram avaliadas por meio da identificação da localização e do tipo de alteração, com registro fotográfico das lesões, discussão dos casos quando necessário e solicitação de exames complementares para confirmação diagnóstica.

Os dados foram armazenados simultaneamente à coleta em planilhas do Microsoft Excel. Após a conclusão da coleta, os dados foram tabulados e submetidos à análise estatística no programa Stata, versão 13.0 para Windows (StataCorp LP, College Station, TX, USA). Realizou-se análise descritiva das variáveis e aplicação do teste qui-quadrado para verificação de associações entre as variáveis estudadas, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Participaram do estudo 81 crianças hospitalizadas, com idades entre 9 e 72 meses, predominando crianças no segundo e terceiro anos de vida, do sexo feminino e procedentes do município de Pelotas (Tabela 1). Quanto à internação hospitalar, o principal motivo de internação foram as doenças pneumológicas (infecções respiratórias agudas e asma), e a maioria das crianças permaneceu hospitalizada por até três dias, sem histórico prévio de hospitalização (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição das crianças hospitalizadas no HE-UFPel, de acordo com as características socioeconômicas e demográficas. Pelotas/RS, 2025. (n=81).

Variáveis	n	%
Idade em meses		
9 - 11 meses	6	7,4
12-23 meses	27	33,3
24-35 meses	18	22,2
36-47 meses	8	9,9
48-59 meses	10	12,4
60-72 meses	12	14,8
Sexo		
Masculino	36	44,4
Feminino	45	55,6
Cor da pele		
Branca	52	64,2
Preta	15	18,5
Parda	14	17,3
Procedência/Moradia	73	90,1
Pelotas	8	9,9
Outras cidades		
Grau de parentesco do acompanhante		
Mãe	66	81,5
Avó/outro (cuidadora,instituição)	8	9,9
Pai	7	8,6
Responsável que fica com criança		
Mãe	45	55,5
Creche/babá	28	34,6
Pai/avó	8	9,9
Escolaridade materna*		
≤ 8 anos de estudo	25	31,7
> 8 anos de estudo	54	68,3
Renda familiar*		
≤ 1 salário mínimo	33	41,8
> 1 até 2,5 salários mínimos	28	35,4
≥ 3 ou mais salários mínimos	18	22,8

Tem irmãos?		
Sim	56	69,1
Não	23	28,4
Não se aplica	2	2,5

* Falta de informação (n=79). Fonte: banco de dados da pesquisa,2025.

Tabela 2 - Caracterização da internação das crianças hospitalizadas no HE-UFPel.Pelotas/RS, 2025. (n=81).

Variáveis	n	%
Motivo da internação por subespecialidade pediátrica		
Pneumologia	43	53,1
Otorrinolaringologia	14	17,3
Clínica Pediátrica	24	29,6
Tempo de internação		
Entre 1 e 3 dias	40	49,4
Entre 4 e 7 dias	32	39,5
≥ 7 dias	9	11,1
História de hospitalização		
Não	42	51,8
Uma vez	22	27,2
Duas vezes ou mais	17	21,0

Fonte: banco de dados da pesquisa,2025.

Tabela 3 - Caracterização da história médica das crianças hospitalizadas no HE-UFPel. Pelotas/RS, 2025. (n=81).

Variáveis	n	%
Condições sistêmicas/crônicas prévias		
Sim	54	66,7
Não	27	33,3
Tipo de doença		
Em investigação	26	32,1
Respiratória	29	35,8
Otorrinolaringológica	6	7,4
Respiratória associada a outras doenças	13	16,1
Outras (neurológica, imunológica, endocrinológica, genética hereditária,cardiopatia)	7	8,6
Uso de medicamento contínuo		
Sim	43	53,1
Não	38	46,9
História de uso de antibiótico		
Não usa	19	23,5
Mensal	11	13,6
A cada 3 meses	13	16,0
Entre 1 ou 2 vezes ao ano	38	46,9
Portador transtorno/alteração neurodesenvolvimento		
Nenhum	69	85,2
Transtorno do Espectro Autista e outros (TDAH, epilepsia,paralisia cerebral)	12	14,8

Fonte: Banco de dados da pesquisa,2025.

Tabela 4 - Caracterização da história odontológica e dos hábitos de higiene bucal das crianças hospitalizadas no HE-UFPel. Pelotas/RS, 2025. (n=81).

Variáveis	n	%
Visita ao dentista		
Sim	23	28,4
Não	58	71,6
Motivo da consulta odontológica (n=23)*		
Rotina/atendidos na última internação do HE	13	56,5
Cárie/traumatismo/alterações de desenvolvimento dental	10	43,5
Já apresentou dor de dente?		
Sim	6	7,4
Não	75	92,6
Quando iniciou a higiene bucal (HB)?		
Antes dos 12 meses	63	77,8
Após os 12 meses	9	11,1
Não faz	9	11,1
Quem é o responsável pela HB?		
Criança com participação/pais	63	77,8
Criança	9	11,1
Não faz	9	11,1
Faz a HB noturna?		
Sim	49	60,5
Não	19	23,4
Às vezes	13	16,1
Frequência de escovação diária		
Nenhuma	9	11,1
Uma vez ao dia	13	16,1
Duas vezes ao dia	41	50,6
Três vezes ao dia ou mais	18	22,2
Levou os utensílios de HB para o hospital?		
Sim	32	39,5
Não	38	46,9
Não se aplica (ainda não faz HB)	11	13,6

*Crianças que já foram ao dentista (N=23). Fonte: banco de dados da pesquisa,2025.

Tabela 5 - Distribuição das crianças hospitalizadas no HE-UFPel, quantos a presença e o tipo de alteração em tecidos moles. Pelotas/RS, 2025. (n=81).

Variáveis	n	%
Presença de mais de um tipo de alteração *(n=27)		
Sim	6	22,2
Não	21	77,8
Língua saburrosa*		
Sim	19	70,4
Não	8	29,6

Língua em framboesa (Escarlatina)*		
Sim	1	3,7
Não	26	96,3
Língua geográfica*		
Sim	2	7,4
Não	25	92,6
Lábios ressecados*		
Sim	7	25,9
Não	20	74,1
Ulceração traumática*		
Sim	3	7,4
Não	25	92,6
Gengivoestomatite herpética*		
Sim	1	3,7
Não	26	96,3
Candidíase*		
Sim	1	3,7
Não	26	96,3

* Percentual calculado em relação ao total de crianças que apresentaram alteração em tecidos moles(n=27).Fonte: banco de dados da pesquisa,2025.

Observou-se elevada frequência de agravos bucais na amostra estudada (Tabela 6), com destaque para a presença de placa dentária visível em 63 crianças (77,8%) e maloclusão na região anterior em 70,7% das 58 crianças avaliadas. A experiência de cárie foi identificada em 34 crianças (42,0%). Além disso, 26 crianças (32,1%) apresentaram alterações em tecidos moles.

Conforme a Tabela 6, observou-se associação estatisticamente significativa apenas entre maloclusão na região anterior e visita ao dentista (p=0,011), sendo a maloclusão mais frequente entre as crianças que não haviam realizado visita odontológica. Não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre escolaridade materna ou condições sistêmicas/crônicas prévias com placa dentária visível e alterações em tecidos moles. Entre as crianças livres de cárie, 75,6% apresentavam escolaridade materna >8 anos.

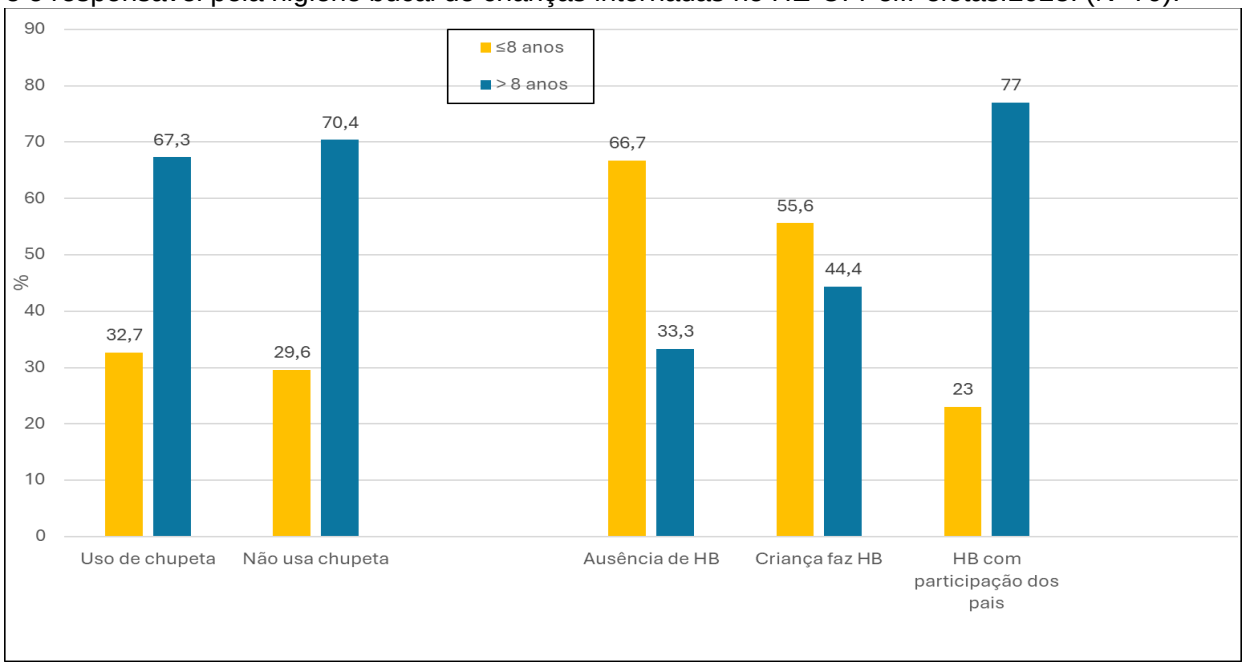
Tabela 6 - Associação entre os agravos bucais de crianças internadas no HE-UFPel e algumas variáveis independentes. Pelotas/RS, 2025. (n=81).

Variáveis		Escolaridade materna***					Condições sistêmicas/crônicas prévias						Visita ao dentista					
		≤ 8 anos		> 8 anos				Sim		Não				Sim		Não		
	Total(%)	n	%	n	%	p*	Total(%)	n	%	n	%	p*	Total(%)	n	%	n	%	p*
Placa dentária visível	62 (78,6)	22	35,5	40	64,5	0,161	63 (77,8)	42	66,7	21	33,3	1,000	63 (77,8)	16	25,4	47	74,6	0,263
Presente	17 (27,4)	3	17,6	14	82,4		18 (22,2)	12	66,7	6	33,3		18 (22,2)	7	38,9	11	61,1	
Ausente																		
Cárie na Primeira Infância	34 (43,0)	14	41,2	20	58,8	0,113	34 (42,0)	21	61,8	13	38,2	0,426	34 (42,0)	11	32,3	23	67,7	0,502
Sim	45 (57,0)	11	24,4	34	75,6		47 (58,0)	33	70,2	14	29,8		47 (58,0)	12	25,5	35	74,5	
Não																		
Maloclusão região anterior**	39 (69,9)	12	30,8	27	69,2	0,581	41 (70,7)	27	65,8	14	34,2	0,933	41 (70,7)	8	19,5	33	80,5	**0,011**
Presente	17 (30,4)	4	23,5	13	76,5		17 (29,3)	11	64,7	6	35,3		17 (29,3)	9	52,9	8	47,1	
Ausente																		
Alterações em tecidos moles	26 (32,9)	9	34,6	17	65,4	0,692	26 (32,1)	17	65,4	9	34,6	0,866	26 (32,1)	7	26,9	19	73,1	0,840
Presente	53 (67,1)	16	30,2	37	69,8		55 (67,9)	37	67,3	18	32,7		55 (67,9)	16	29,1	39	70,9	
Ausente																		

*Teste qui-quadrado. ** N=56). *** Falta de informação N=79. Percentuais calculados em relação ao total de cada categoria. Fonte: banco de dados da pesquisa,2025.

A Figura 1 apresenta a relação entre a escolaridade materna, o hábito de uso de chupeta e a realização da higiene bucal com participação familiar. Observou-se que, tanto entre as crianças que utilizaram chupeta quanto entre aquelas que não utilizaram, predominou maior escolaridade materna, não sendo evidenciada diferença expressiva entre os grupos quanto a essa variável. Quanto à higiene bucal, entre as crianças que a realizavam com participação ativa dos pais, 77,0% apresentaram escolaridade materna >8 anos.

Figura 1: Relação entre escolaridade materna (≤ 8 anos e >8 anos) com o hábito de uso de chupeta e o responsável pela higiene bucal de crianças internadas no HE-UFPel.Pelotas.2025. (N=79).



Fonte: Banco de dados da pesquisa,2025.

Discussão

A United Nations Children's Fund (UNICEF)[21] reconhece a primeira infância como fase determinante para a construção da saúde, do desenvolvimento, do aprendizado e do bem-estar social e emocional ao longo da vida. Assim, o investimento nos primeiros anos é fundamental para o desenvolvimento humano e para o benefício da sociedade como um todo[22].

Nesse contexto, a delimitação da primeira infância como foco deste estudo mostra-se pertinente, especialmente pela possibilidade de atuação no ambiente hospitalar, que se configura como espaço estratégico para promoção da saúde e prevenção de agravos.

A produção de evidências locais torna-se essencial para subsidiar o planejamento de estratégias assistenciais e educativas voltadas à promoção da saúde bucal e ao cuidado integral da criança hospitalizada, além de contribuir para a qualificação das ações da equipe multiprofissional e para o aprimoramento de Protocolos Operacionais Padrão na unidade pediátrica.

Diante dos desafios inerentes à atenção à saúde bucal na primeira infância, especialmente no contexto hospitalar, a atuação do cirurgião-dentista, em particular do odontopediatra, mostra-se fundamental para o cuidado integral à criança. A inserção desse profissional na equipe multiprofissional pode contribuir significativamente para a promoção da saúde bucal e para a melhoria da qualidade de vida e do estado geral de saúde de crianças hospitalizadas[14].

O Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPel) caracteriza-se como hospital de ensino com equipe multiprofissional interdisciplinar, incluindo a atuação do odontopediatra integrada às atividades assistenciais de rotina. O serviço de Odontopediatria oferece atendimento durante o período de internação, contemplando ações de educação em saúde, procedimentos à beira do leito, intervenções em bloco cirúrgico quando necessário e encaminhamento para acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar.

Quanto ao perfil etário, observou-se maior prevalência de internação na faixa de 12 a 23 meses (33,3%), seguida pela de 24 a 35 meses (22,2%), padrão compatível com a literatura, que aponta maior frequência de hospitalizações entre 29 dias e 2 anos, estendendo-se até os 6 anos[8,23]. A predominância do sexo feminino também foi consistente com achados prévios [6,8,24,26].

No que se refere às causas de internação, os resultados mostraram predominância de infecções respiratórias agudas, especialmente pneumonia, além de exacerbações de asma e outras alergias respiratórias, corroborando estudos anteriores[24,25]. A maioria dos pacientes era oriunda do município de Pelotas, com encaminhamento via Pronto Socorro, e apresentava perfil socioeconômico compatível com usuários do Sistema Único de Saúde[24,26].

Por outro lado, a escolaridade materna não seguiu o padrão frequentemente descrito na literatura, que aponta maior prevalência de baixa escolaridade. De modo geral, a literatura associa a baixa escolaridade materna a piores desfechos em saúde bucal[26,27].

A mãe foi identificada como principal acompanhante durante a internação e responsável pelos cuidados no domicílio, mantendo papel central na primeira infância[6,8,28]. Assim, reforça-se a importância de incluí-la nas ações educativas e preventivas[8].

O estudo evidenciou que grande parte das crianças nunca havia realizado consulta odontológica, possivelmente em razão de barreiras de acesso e limitações da Atenção Primária à Saúde, o que favorece a chegada à atenção terciária com agravos subclínicos não diagnosticados[27].

Esses fatores permanecem como desafios na prática assistencial e contribuem para que muitos pacientes cheguem à atenção terciária com problemas bucais subclínicos e não diagnosticados, os quais podem se agravar durante a internação hospitalar[27].

Esse cenário torna-se ainda mais preocupante diante da associação significativa entre maoclusão e ausência de visita ao profissional, uma vez que 80,5% das crianças com maoclusão instalada nunca visitaram o dentista. A maoclusão configura-se como problema de saúde pública, dada sua elevada prevalência e impacto funcional, estético e psicossocial[11].

Conforme preconiza a World Health Organization[29], levantamentos epidemiológicos permitem identificar necessidades acumuladas de tratamento e subsidiar ações para ampliação do acesso.

De forma complementar, a American Academy of Pediatric Dentistry[30] recomenda a primeira consulta odontológica até o primeiro ano de vida, destacando que o acompanhamento precoce possibilita intervenções interceptativas e redução da progressão de alterações oclusais.

Embora parte das crianças tenha sido classificada como livre de cárie (42,0%), esse percentual mostra-se inferior ao observado na região Sul aos 5 anos de idade, onde 55,5% das crianças foram consideradas livres de cárie, segundo dados do Ministério da Saúde referentes à Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2020[31]. Esse achado sugere maior acometimento por cárie na população investigada, quando comparada aos dados regionais.

Além disso, observou-se elevada proporção de crianças sem histórico de consulta odontológica (71,6%) e ausência de relato de dor (92,6%). A falta de sintomatologia pode influenciar diretamente a baixa procura por atendimento, uma vez que lesões iniciais, como manchas brancas, são assintomáticas e frequentemente não reconhecidas como patológicas[32], favorecendo a progressão da doença e o diagnóstico tardio.

Segundo o International Caries Detection and Assessment System e o International Caries Classification and Management System, lesões restritas ao esmalte podem evoluir de forma silenciosa e serem detectadas apenas por exame clínico criterioso[32,33].

À luz da Odontologia Minimamente Invasiva, alterações estruturais residuais podem permanecer mesmo após controle da doença, sendo registradas como experiência de cárie sem representar atividade atual[34]. achados reforçam a importância do acompanhamento precoce, independentemente da presença de dor.

Observou-se elevada prevalência de placa dentária visível no momento da admissão odontológica, avaliação realizada previamente às ações educativas. A hospitalização pode interferir na rotina de higiene, e intervenções educativas demonstram eficácia na redução do biofilme[35,36].

Considerando que o biofilme é principal fator etiológico da cárie e das doenças gengivais[37], sua elevada frequência reforça a importância da inserção precoce do odontopediatra na equipe hospitalar. Quanto aos tecidos moles, predominou a presença de língua saburrosa[8,27], possivelmente relacionada à ausência de higienização adequada[8].

No campo dos determinantes sociais, maior escolaridade materna associou-se a práticas mais favoráveis de higiene bucal infantil, especialmente quando havia participação ativa dos responsáveis. Entre aquelas que realizavam higiene sem participação familiar ou não realizavam higiene, observou-se que a maioria possuía escolaridade materna ≤8 anos. Esses achados corroboram a literatura, que reconhece a escolaridade como determinante social relevante[38,39].

Importante destacar que a presença de doenças crônicas e/ou sistêmicas preexistentes não apresentou associação direta com os agravos bucais avaliados. Esse achado reforça o caráter multifatorial das doenças[10], bem como sua relação com determinantes sociais, comportamentais e com o acesso aos serviços de saúde[27,40,41].

Entre as crianças que realizaram consulta odontológica, mais da metade foi atendida no HE-UFPel/Ebserh durante internação anterior, evidenciando que o acesso ocorreu predominantemente

no contexto hospitalar. Esse achado reforça a necessidade de fortalecimento da integração entre atenção hospitalar e Atenção Primária à Saúde, garantindo continuidade do cuidado após a alta.

Nesse cenário, a presença do odontopediatra na equipe multiprofissional mostra-se essencial para diagnóstico precoce, manejo de lesões iniciais e orientação aos cuidadores, favorecendo a integralidade do cuidado e a articulação com a rede de atenção[35,36,42,43].

Assim, o hospital deve ser compreendido não apenas como espaço de tratamento de condições sistêmicas, mas também como oportunidade estratégica para intervenções preventivas e educativas em saúde bucal, ampliando o escopo assistencial e contribuindo para a organização de fluxos de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde.

Apesar das contribuições do presente estudo, algumas limitações devem ser consideradas. O delineamento transversal não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas, restringindo-se à identificação de associações. Além disso, o período de coleta de dados, limitado a seis meses, e o tamanho amostral (n = 81) podem restringir a generalização dos achados.

Contudo, destaca-se que a amostra correspondeu à totalidade das crianças elegíveis internadas no hospital durante o período do estudo, conforme os critérios de inclusão estabelecidos, refletindo a realidade assistencial da unidade pediátrica nesse intervalo temporal.

Ainda assim, o estudo apresenta como fortaleza a produção de evidências locais em ambiente hospitalar, integrando avaliação clínica, determinantes sociais e acesso aos serviços, contribuindo para o planejamento de estratégias assistenciais e para o fortalecimento da articulação entre a atenção hospitalar e a Atenção Primária à Saúde.

Conclusão

Conclui-se que as crianças hospitalizadas na primeira infância apresentam relevante demanda em saúde bucal, elevada presença de biofilme dentário e identificação de alterações bucais no momento da internação, porém sem relação direta com a condição sistêmica preexistente.

A baixa utilização prévia de serviços odontológicos, impactou principalmente na presença da moloclusão e a escolaridade materna, mostrou-se associada às práticas de higiene bucal, evidenciaram maior influência nas condições de saúde bucal das crianças.

A inserção do odontopediatra na equipe multiprofissional hospitalar demonstrou-se estratégica para a identificação precoce de alterações bucais, a orientação aos cuidadores e o encaminhamento para acompanhamento odontológico após a alta, fortalecendo a integração entre os níveis de atenção à saúde e contribuindo para a promoção da saúde bucal e para a integralidade do cuidado na primeira infância.

Agradecimentos

Os autores agradecem a todas as crianças e seus familiares que contribuíram para a realização deste trabalho e ao Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, pela realização do mesmo. A primeira autora também agradece pela bolsa trabalho recebida enquanto residente do Programa, financiada pelo Ministério da Saúde.

Abstract

Objective: To evaluate the oral health status of children aged 9 to 72 months hospitalized in a pediatric unit, considering sociodemographic characteristics, early childhood caries experience, and its relationship with oral hygiene habits and diet. Methods: An analytical cross-sectional observational study was conducted from May to November 2025. Sociodemographic, medical, and dental information was obtained through structured interviews with caregivers and consultation of electronic medical records. The intraoral clinical examination assessed the presence of visible dental plaque, soft tissue alterations, and caries experience according to the criteria of the International Caries Classification and Management System (ICCMS). Descriptive and inferential analyses were performed using the chi-square test, adopting a 5% significance level. Results: A total of 81 children were evaluated. A high frequency of visible dental plaque (77.8%) and anterior malocclusion (70.7%) was observed. Caries experience was identified in 42.0% of the children, while 32.1% presented soft tissue alterations. Among caries-free children, maternal education level higher than 8 years predominated. A statistically significant association was found between anterior malocclusion and absence of previous dental visits (p = 0.011). Conclusion: Hospitalized children in early childhood present a high demand for oral health care, with a significant presence of dental biofilm and oral alterations during hospitalization. Preventive strategies and the integration of pediatric dentistry into hospital care are essential to improve overall health outcomes.

Keywords: *Oral health; Hospitalized child; Dental caries; Pediatric dentistry; Health promotion.*

Referências

1. Abazari L, Ghonchehpour A, Abazari A, Isari Z, Abbaszadeh MH, Tavan A. Experiences of children during hospitalization: content analysis of interviews and paintings. BMC Pediatr. 2025;25(1). Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11895131/ .
2. Rudan I, O'Brien KL, Nair H, Liu L, Theodoratou E, Qazi S, et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. Bull World Health Organ. 2013;91(5):408-16. doi:10.2471/BLT.12.113225.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Doenças respiratórias na infância [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2024 Nov 16]. Available from: https://www.gov.br/saude.
4. World Health Organization. Pneumonia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 Nov 16]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia.
5. Lima MCPS, Silva TA, Santos ECR, Oliveira LAR, Sousa PFL, Almeida RSM. Condição de saúde bucal de crianças internadas no Hospital Municipal Infantil de Imperatriz–Maranhão. Rev Bras Odontol. 2016;73(1):24-29.
6. Martins ES, Silva AM, Costa LR, Sousa RMP, Oliveira FM, Rocha JAS. Oral health of hospitalized Brazilian children: a cross-sectional study. Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr. 2019;19(1):1-12.

7. Meneses GS, Borges MÊS, Santos NRFM, Paulo IRS, Andrade AMA, Leal ES. Saúde bucal de pacientes internados e a importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar. RGO Rev Gaúch Odontol. 2024;72:e20240025.
8. Silva LCR, Cardoso JCN, Medina PO, Zacarias Filho RP, Hanan SA. Perfil clínico e condição de saúde bucal de crianças atendidas no Hospital e Pronto Socorro da Criança Zona Sul. Arch Health Invest. 2025;14(1):63-71. doi:10.21270/archi.v14i1.6530.
9. Carvalho WC, Lindoso TKN, Thomes CR, Silva TCR, Dias ASS. Cárie na primeira infância: um problema de saúde pública global e suas consequências à saúde da criança. Rev Flum Odontol. 2022;58:57-65. doi:10.22409/ijosd.v2i58.50804.
10. Beraldi MIRB, Silva KM, Nascimento MAM, Lima MLC, Gomes RCS. Cárie na primeira infância: uma revisão de literatura. Rev Gest Saude. 2020;22:57-65.
11. Magalhães V, Silva MEV, Santana NMRS, Selva ELMS, Silveira MAC. Relação da má oclusão com a qualidade de vida. Rev Real. 2025. Available from: https://revistas.icesp.br/index.php/Real/article/view/6062.
12. Macedo YA, Conceição AS, Prestes GBR, Ribeiro EOA. Saúde bucal de crianças em uma unidade de terapia intensiva: uma análise clínica. Rev Ciênc Odontol. 2024.
13. Soares BO, Coelho PM, Carvalho MT, Pinchemel ENB. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças em ambiente hospitalar. Id Line Rev Mult Psic. 2019;13(48):76-85. doi:10.14295/idonline.v13i48.2142.
14. Costa LRRS, Zardetto C, Guimarães de Araujo AMP, Espinoza Pavez C, Ramos Torres G, Verdugo Valenzuela IA, et al. Presença do odontopediatra em ambiente hospitalar. Rev Odontopediatr Latinoam. 2014;4(2):33-39. doi:10.47990/alop.v4i2.24.
15. STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): checklist for cross-sectional studies [Internet]. Bern: STROBE Initiative; 2007 [cited 2026 Feb 7]. Available from: https://www.strobe-statement.org.
16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2026 Feb 7]. Available from: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.
17. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2018 [cited 2026 Feb 7]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm.
18. Alaluusua S, Malmivirta R. Early plaque accumulation—a sign for caries risk in young children. Community Dent Oral Epidemiol. 1994;22(5 Pt 1):273-6. doi:10.1111/j.1600-0528.1994.tb02047.x
19. International Caries Classification and Management System. ICCMS™ [Internet]. [cited 2025 Jan 20]. Available from: https://www.iccms-web.com.
20. Ruiz DR. Classificação das maloclusões nas dentições decídua e mista. In: Guedes-Pinto AC, editor. Odontopediatria. São Paulo: Santos; 2016. p. 639-653.
21. UNICEF. Desenvolvimento infantil [Internet]. [cited 2024 Nov 16]. Available from: https://www.unicef.org/brazil/desenvolvimento-infantil.
22. Moura CS, Lira PI, Siqueira M, et al. Estratégias de promoção da saúde na primeira infância: tecendo redes locais. Saude Debate. 2022;46(spe):45-56.
23. Santos RG, Cardoso ELS, Marques LS, França LLA, Xavier TGM, Ponce de Leon PA, et al. Perfil clínico-epidemiológico de crianças hospitalizadas: um recorte do período pandêmico e não pandêmico. Esc Anna Nery. 2021;25(spe):e20210125.

24. Melo NB, Fernandes Neto JA, Barbosa JS, Bernardino ÍM, Oliveira TS, Bento PM, et al. Saúde bucal de crianças e adolescentes hospitalizados: desafios e perspectivas. Arch Health Invest. 2017;6(6):264-8. doi:10.21270/archi.v6i6.2073.
25. Alencar EM, Soares KS, Ribeiro EA, Prestes GB, Correia KC, Salino AV. O impacto do acompanhamento odontológico ao paciente infantil hospitalizado. Res Soc Dev. 2023;12(2):e25212240193. doi:10.33448/rsd-v12i2.40193.
26. Mattevi GS, Figueiredo MC, Patta MC, Medeiros A, Figueiredo JAP. A participação do cirurgião-dentista em equipe multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. Cien Saude Colet. 2011;16(10):4229-36.
27. Santana RS, Vita WS. Condição de saúde bucal de pacientes internados em um hospital público brasileiro. Rev Baiana Saude Publica. 2024;48(1):169-84. doi:10.22278/2318-2660.2024.v48.n1.a4072.
28. Zimmermann P, Mühling LE, Lichtenstein L, Iwanski A. Still mother after all these years: infants still prefer mothers over fathers (if they have the choice). Soc Sci (Basel). 2022;11(2):51. doi:10.3390/socsci11020051.
29. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013.
30. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the dental home. Pediatr Dent. 2023;45(6):16-17.
31. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2024 Nov 16]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br.
32. Ismail AI, Pitts NB, Tellez M, et al. The International Caries Classification and Management System (ICCMS™). BMC Oral Health. 2015;15(Suppl 1):S9. doi:10.1186/1472-6831-15-S1-S9.
33. Pitts NB, Baez RJ, Diaz-Guallory C, Donly KJ, Feldens CA, McGrath C, et al. Early childhood caries: IAPD Bangkok declaration. Int J Paediatr Dent. 2019;29(3):384-6.
34. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. Dental caries: the disease and its clinical management. 3rd ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2015.
35. Al-Ansari A, Boodai H, Al-Sumait A, et al. Oral health assessment and care for hospitalized patients: a systematic review. BMC Oral Health. 2020;20:172
36. Scully C, Felix DH. Oral health in hospitalized children and adolescents: challenges and opportunities. Front Pediatr. 2023;11:853219.
37. Marsh PD, Do T, Beighton D, Devine DA. Influence of saliva on the oral microbiota. Periodontol 2000. 2016;70(1):80-92.
38. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013.
39. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249-60.
40. Feldens CA, Rodrigues PH, Anastácio G, Vitolo MR, Chaffee BW. Feeding frequency in infancy and dental caries in childhood: a prospective cohort study. Int Dent J. 2018;68(2):113-21.
41. Feldens CA, Giugliani ERJ, Duncan BB, Drachler ML, Vitolo MR. Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: a randomized trial. Community Dent Oral Epidemiol. 2010;38(4):324-32.
42. Almoudi NM, Alqahtani A, Alharbi A, et al. Dental care in hospital settings: a narrative review. J Clin Med. 2022;11(8):2043 .

43. Mills I, Frost J, Cooper C, Moles DR, Kay E. The role of dentistry within the multidisciplinary hospital team. Int J Oral Maxillofac Surg. 2021;50(3):458-65.

Endereço para correspondência:

Vanessa Polina Pereira da Costa
Rua Gonçalves Chaves, nº 457, Bairro: Centro
CEP 96015-560 – Pelotas, RS, Brasil
Telefone: (53) 991598284
E-mail: polinatur@yahoo.com.br

Recebido em: 12/03/2026. Aceito: 28/04/2026.