

ALTERAÇÕES BUCAIS EM CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ORAL ALTERATIONS IN PREMATURE BABIES: A LITERATURE REVIEW

Lara Beatriz da Paz Costa*
Yan Gonçalves Nunes Santana*
Ana Marcia de Jesus Oliveira Freitas*
Elaine Santos Filgueiras*
Aline de Matos Vilas Boas**
Edla Carvalho Lima Porto***

Unitermos:

Criança;
Prematuro;
Manifestações bucais.

RESUMO

Introdução: A prematuridade é considerada uma questão de saúde pública devido aos efeitos que podem causar sobre a criança e sua elevada incidência, sendo o motivo principal de mortalidade e morbidade neonatal. As crianças nascidas prematuras podem apresentar condições adversas na vida extrauterina como problemas respiratórios, as quais necessitam de intercorrências médicas que podem afetar o desenvolvimento das estruturas buco-dentárias. Por isso, a importância de uma atenção especial por parte do cirurgião-dentista em benefício da saúde bucal e do bem-estar da criança. **Objetivo:** Foi apresentar as principais alterações bucais encontradas em crianças prematuras, mediante uma revisão narrativa da literatura. **Revisão de Literatura:** As alterações buco-dentárias mais comuns relatadas são: a presença de palato arqueado e fissurado, o atraso na erupção dentária, os defeitos como hipoplasia e hipocalcificação no esmalte e a predisposição ao desenvolvimento de cárie. **Considerações Finais:** Faz-se necessário que o cirurgião-dentista tenha o entendimento sobre estas possíveis alterações para que possa atuar de forma interdisciplinar e multiprofissional, prevenindo ou atenuando efeitos orais em crianças prematuras por meio de orientação aos responsáveis e tratamento odontológico.

Unitermos:

Child;
Infant, Premature;
Oral manifestations

ABSTRACT

Introduction: Prematurity is considered a public health issue due to the effects it may cause on children, also its high incidence is the main reason for neonatal mortality and morbidity. Children born prematurely may experience adverse conditions in extrauterine life such as respiratory problems, which require medical procedures that may affect the development of oral and dental structures. **Objective:** To present the main oral alterations found in premature babies, by a literature review. **Literature Review:** The most common oral-dental alterations reported are: the presence of arched and cleft palate, delayed tooth eruption, defects such as hypoplasia and hypocalcification in the enamel and predisposition to the development of caries. **Final Considerations:** It is necessary that the dentist has the knowledge of the possible oral alterations and it acts in an interdisciplinary and multiprofessional way, preventing or attenuating the oral effects in premature babies from the guidance to parents and the dental treatment.

* Graduando (a) em Odontologia pelo Centro Universitário UNIFTC Feira de Santana – BA
** Doutora em Odontopediatria e docente do Centro Universitário UNIFTC Feira de Santana – BA
*** Doutora em Saúde Coletiva e Docente do Centro Universitário UNIFTC Feira de Santana – BA

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza prematuro ou pré-termo, o recém-nascido com menos de 37 semanas de gestação, independente do peso ao nascer, mesmo sendo a principal causa de neonatos de baixo peso (<2500g). Nascerem cerca de 15 milhões de recém-nascidos prematuros por ano no mundo, uma média de 10% dos nascimentos, dos quais cerca de um milhão, em torno de 0,7%, vêm a óbito e muitos dos sobreviventes convivem com sequelas que comprometem a qualidade de vida^{1,2}.

A prematuridade é considerada uma questão importante e desafiadora para a saúde pública mundial, devido aos efeitos graves sobre a criança³, sendo o motivo principal de mortalidade e morbidade neonatal. Os avanços tecnológicos e terapêuticos proporcionaram aumento da sobrevivência de recém-nascidos pré-termo, os quais elevaram as taxas de sobrevivência, mas acarretou em aumento das morbidades^{4,5}.

No Brasil, altas taxas de morbidades neonatais são decorrentes desta condição^{1,2,6}. De acordo com dados da pesquisa "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento", realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, a taxa de prematuridade registrada ficou em torno de 11,5% dos nascimentos, maior que a média mundial que fica em torno de 7%⁷. Em 2018, segundo o IBGE, foram registrados 2,89 milhões de nascimentos com mais de 330 mil bebês prematuros⁸.

As crianças nascidas prematuramente podem apresentar condições arriscadas para a vida extrauterina, sendo acometidas por distúrbios no desenvolvimento físico e psicológico, dificuldades de coordenação motora, linguagem e de comportamento, como: paralisia cerebral, déficit cognitivo, cegueira, surdez e complicações respiratórias, entre outros⁶. Dessa forma, as complicações geradas e as intercorrências médicas no período neonatal em virtude da condição prematura, podem afetar o desenvolvimento das estruturas buco-dentárias dessas crianças. São relatados: defeitos no esmalte dentário, alteração na cronologia de erupção dentária, alterações no palato e aumento na incidência de cárie

dentária⁹.

É de suma importância que as crianças prematuras tenham uma atenção especial por parte do cirurgião-dentista, portanto, o entendimento das possíveis alterações das suas estruturas bucais devido a fatores de riscos aos quais estão expostas, possibilita ao profissional proporcionar saúde bucal e bem-estar à criança^{4,9}.

Nessa perspectiva, o presente trabalho teve como objetivo, através de uma revisão de literatura, apresentar as principais alterações bucais encontradas em crianças nascidas prematuras, a fim de reunir informações que proporcionem ao cirurgião-dentista participar efetivamente da equipe multiprofissional de assistência ao prematuro.

REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com a literatura, crianças nascidas prematuramente estão mais suscetíveis às alterações buco-dentárias. Dentre as mais comuns estão as alterações no palato e na cronologia de erupção dentária, os defeitos no esmalte dentário e a predisposição ao desenvolvimento de cárie dentária⁹.

Etiologia da prematuridade

Devido ao seu caráter multifatorial, a identificação dos fatores associados às causas do parto prematuro é complexa, conseqüentemente, a dificuldade de prevenir tal evento. Dentre eles estão: alta ou baixa idade materna (<16 ou >35 anos), estado nutricional, infecções, tabagismo, estresse, fragilidade da assistência pré-natal, raça negra, doença aguda ou crônica, gestação múltipla, problemas de ordem demográfica e psicossocial^{5,6}.

Associação entre prematuridade e alterações no palato

As alterações nas estruturas orais como a formação de palato arqueado e fissurado na região de palato duro e as alterações no desenvolvimento das arcadas dentárias são mais frequentes em crianças prematuras, por

conta de fatores genéticos e mecânicos, sendo a intubação orotraqueal, o fator mecânico mais apontado⁹.

Crianças de extremo baixo peso ao nascer apresentam maior incidência de fendas palatais, comparadas às que nasceram com mais de 1000 gramas. As anormalidades palatais têm predisposição a se desenvolver após 12 horas de intubação orotraqueal por conta da pressão exercida que pode acabar afetando o crescimento do palato e acometendo o processo lateral, com isso, tem-se a formação de um palato menor, mais estreito e mais profundo^{9,10}. Esse tipo de deformidade pode se apresentar em indivíduos que possuem comorbidades como defeitos cardíacos, defeitos no sistema urogenital e no sistema nervoso central e que acaba sendo associado com a fissura labial e/ou fenda palatina¹¹.

A estreita associação entre a fissura labial e/ou fenda palatina e defeitos cardiovasculares congênitos deve ser bem considerada, já que não é surpreendente. Portanto, os médicos que cuidam desses pacientes devem estar cientes dessas possíveis associações e rastrear cuidadosamente os bebês com a fissura labial e/ou fenda palatina, possibilitando a detecção precoce, principalmente para defeitos cardiovasculares frequentes em idades mais avançadas¹¹.

Há evidências que crianças do sexo masculino têm tendência a adquirir a fissura labial e/ou fenda palatina em relação às crianças de sexo feminino (1,3 vezes maior)¹², corroborando com outro estudo que verificou a ocorrência em indivíduos do sexo masculino de 1,9 vezes a mais que no feminino, e apresentando um número maior de vezes para essa deformidade quando associada ao baixo peso e prematuridade¹¹.

Alterações anatômicas no palato podem ocasionar um grande número de más oclusões, como mordida cruzada, anormalidades no caminho da erupção dentária que podem levar ao desalinhamento dos dentes e consequentemente podem levar a uma maior necessidade de tratamento ortodôntico¹⁰.

Associação entre prematuridade e alteração na cronologia de erupção dentária

A prematuridade pode trazer implicações na cronologia de erupção dos dentes decíduos,

sendo que não está atribuída a nenhuma interferência na formação do órgão dental, e sim ao nascimento precoce da criança. Porém, este quadro pode se agravar quando os neonatos necessitam de ventilação mecânica prolongada causando maiores problemas/atraso no processo de nascimento dos dentes. O baixo peso ao nascer pode potencializar este problema devido, geralmente, ao déficit nutricional sofrido pela criança, por exemplo, a deficiência do cálcio que pode implicar em alterações estruturais e morfológicas do elemento dentário, as vitaminas por serem importantes reguladores metabólicos que possuem grande influência sobre os processos odontogênicos, portanto, sobre a erupção dental¹³⁻¹⁷.

As crianças nascidas prematuras ao serem analisadas, deve-se levar em consideração a correção da idade cronológica com a idade biológica, pois quando não há essa correção, as diferenças de erupção são ainda maiores entre as crianças a termo e pré-termo¹⁵.

Em um estudo foram avaliadas 40 crianças nascidas com idade gestacional inferior a 37 semanas que apresentaram erupção do primeiro dente decíduo em cerca de 10 meses de idade cronológica e com 9,61 de idade biológica corrigida para prematuridade, salientando que esses dados são referentes aos incisivos centrais inferiores, sendo normalmente os primeiros dentes a erupcionarem¹⁵.

Houve relato também em relação à existência de Nódulos de Bohn e Pérolas de Epstein, em cerca de 2% de um total de 250 crianças prematuras avaliadas de 0 a 36 meses, sendo estas alterações comuns aos bebês e que tem sua regressão espontaneamente, mas que pode ser um fator para a alteração na cronologia de erupção¹⁴.

Foi analisada a relação da situação de baixo peso ao nascer com o atraso na erupção dental em crianças de 04 a 30 meses de idade, utilizando como parâmetro a classificação de *Aktoren*, que considera como atraso da erupção dental quando o primeiro dente da criança surge apenas após um período maior que 40 semanas de idade cronológica. Neste estudo foram analisadas 520 crianças, no qual o atraso da erupção dentária foi observada em 14,71% das crianças prematuras com baixo peso ao nascer. Destas havendo maior

prevalência em crianças menores a 24 meses de vida¹⁷.

As condições pós-natais podem influenciar positivamente no processo de erupção dos dentes decíduos, tais como, o aleitamento materno que supre as necessidades nutricionais, a introdução de mordedores e o uso racional de mamadeiras que envolvem mecanismos funcionais distintos sobre a musculatura orofacial, bem como, o atrito que auxilia na esfoliação dentária. Cita-se também, a introdução de alimentos fibrosos a partir dos seis meses de vida para o favorecimento da esfoliação, portanto, ainda que a criança tenha nascido de forma prematura pode apresentar uma erupção usual a partir dessas variáveis^{15,16}. Além disso, quanto menor for o tempo de intubação orotraqueal melhor será para a criança, pelo evidente fato deste trazer grandes implicações à cavidade oral¹⁴⁻¹⁶.

Há um consenso entre os autores sobre o atraso na erupção dentária, sendo de caráter multifatorial e não uma regra a todos os neonatos. Assim como também não estando relacionada à alteração no órgão dentário, mas sim ao fato da criança não está completamente desenvolvida para seu nascimento, conseqüentemente podendo implicar alterações ou mesmo atrasos no seu desenvolvimento em geral. No entanto, existe uma discordância em relação ao sexo mais afetado¹⁴⁻¹⁷.

Associação entre prematuridade e defeitos no esmalte dentário

Dentre as alterações buco-dentárias encontradas nas crianças prematuras, também está a incidência de defeitos no esmalte dentário, como a hipomineralização e hipoplasia⁹.

A Hipomineralização (ou opacidade) é qualitativa e implica no desenvolvimento da calcificação dentária, como a maturidade de órgãos como glândulas paratireoides, rins e fígado em metabolizar o cálcio. Tal modificação pode ser vista como uma irregularidade no esmalte com locais amarelados, branco-opacos ou acastanhadas, mas sem a deficiência da continuidade do esmalte¹⁸. A hipoplasia é determinada pelas alterações que esse tecido dentário sofre, sendo um defeito quantitativo no esmalte decorrente da escassa deposição de

matriz orgânica ao decorrer da amelogenese¹⁹.

A deficiência nutricional é considerada um fator sistêmico na formação das hipoplasias, pois ao nascer prematuro/baixo peso, o leite materno sendo o primeiro veículo que dispõe nutrientes para o pré-termo, na maioria das vezes não é o suficiente, isso implica na necessidade da intubação. A pouca oferta de cálcio e fosfato no período neonatal influencia diretamente na hipoplasia do esmalte¹⁹.

Em um estudo realizado com 100 crianças entre seis meses e seis anos de idade, diagnosticadas como prematuras, notou-se que 66,7% das crianças intubadas por menos de duas horas não tinham defeitos no esmalte, mas 74,2% intubadas entre 2 e 64 horas tinham, percebendo assim que o tempo de intubação está diretamente relacionado ao defeito no esmalte²⁰.

Não houve contradições entre os autores em relação ao defeito no esmalte. Então, quando prematuro, a dificuldade de respirar é frequente, necessitando assim de uma ventilação mecânica por tubos nasotraqueais ou orotraqueais. A utilização desses tubos pode afetar a estrutura óssea, principalmente, do rebordo alveolar maxilar, acarretando em alterações nos germes dentários que contribui para os defeitos no desenvolvimento do esmalte³⁴⁻³⁷.

A intubação orotraqueal tem relação direta com o desenvolvimento do esmalte dentário, apontam que o tempo que a criança está intubada tem uma participação no tardiamiento da sua formação, em contramão a literatura informa que a criança que tem o esmalte formado mais tarde pode ter uma dureza menor por conta da dieta, que passa não ser o leite materno e sim um leite rico em minerais e carboidratos e pouco cálcio, necessário para a formação do esmalte^{9,20}.

Associação entre prematuridade e cárie dentária

As crianças prematuras podem ser mais suscetíveis a desenvolver a doença cárie, por predisporerem de fatores de riscos como a prevalência de defeitos no esmalte dentário – hipoplasia e hipomineralização, o período de intubação, o sistema imunológico imaturo, o aleitamento artificial, o baixo nível socioeconômico, os hábitos incorretos de

higiene oral, o estado nutricional e a ausência de medidas preventivas^{9,21-23}. Trata-se de uma doença considerada um dos principais agravos da saúde bucal no Brasil, independentemente da condição prematura^{24,25}, o que torna ainda maior a relevância sobre este grupo de crianças.

Os defeitos no esmalte aumentam a suscetibilidade dos dentes à cárie, devido ao esmalte hipoplásico fornecer locais retentivos e irregulares para a colonização de bactérias cariogênicas e o acúmulo de placa^{22,26}. Além disso, o esmalte defeituoso hipomineralizado, por ser menos resistente à dissolução ácida em comparação com o esmalte normal, leva a uma rápida progressão da desmineralização dentária, ou seja, da doença²².

Sabe-se que o sistema imune do recém-nascido é imaturo e apresenta várias deficiências, sendo mais acentuadas nas crianças nascidas prematuramente²⁷. Dessa forma, a associação entre o prematuro e/ou com baixo peso ao nascer e a cárie, também pode ser justificada pelo estado às vezes da função imunológica deficiente que essas crianças apresentam até os cinco anos de idade, a qual pode resultar na colonização precoce de bactérias cariogênicas²⁸.

O estado de desnutrição, muitas vezes presente nessas crianças, também pode aumentar a suscetibilidade à cárie ao afetar as glândulas salivares com a redução do fluxo salivar, alteração da composição da saliva e, conseqüentemente, afetar a capacidade tampão^{29,30}. Outro problema é a dificuldade na

inserção do aleitamento materno, alimento importante para o fortalecimento do sistema imunológico ao inibir o crescimento de vários microrganismos, entre eles os *Streptococcus mutans*, agente patógeno da cárie^{9,31,32}.

Reforçam que as crianças nascidas prematuras apresentam algumas características as quais dificultam o processo de amamentação, como a motricidade oral comprometida. Dessa maneira, o leite materno é substituído pelo aleitamento artificial empregado por meio de mamadeiras³³. Este leite artificial inclui açúcar em sua fórmula e assim, o uso prolongado principalmente no período noturno pode aumentar o risco de cárie dentária⁹. O açúcar extrínseco adicionado é substrato para as bactérias bucais, podendo ocasionar o desenvolvimento da cárie, se associado aos demais fatores etiológicos³¹.

O defeito do esmalte dentário foi a única variável estatisticamente significativa a influenciar no desenvolvimento de lesões de cárie aos 24, 30, 36, 42 e 48 meses de vida, dentre a mamadeira noturna e a ausência de flúor^{38,39}.

Encontram-se poucos e controversos estudos que relacionam cárie e prematuridade^{4,21,26,40,41}. Visto que, a literatura apresenta diferentes taxas (56% a 12,5%) de prevalência de cárie dentária em crianças prematuras, variando entre autores que concluíram ter associação^{21,26}, e os que discordam e não encontraram associação de crianças prematuras com aumento da incidência de cárie^{4,40,41}.

Tabela 1. Principais alterações buco-dentárias encontradas e o perfil da amostra nos estudos entre os anos de 2010 e 2020.

ALTERAÇÕES	ESTUDOS	IDADE	SEXO MAIS AFETADO
Palato	Freitas e Cardoso ⁴²	≤24 meses	Masculino
	Ribeiro et al. ⁴³	≤24 meses	Masculino
	Shibukawa et al. ¹²	≤24 meses	Masculino
Atraso na cronologia de erupção	Rezende et al. ¹⁴	≤24 meses	Feminino
	Neto et al. ¹⁵	≤24 meses	Masculino
	Dadalto et al. ¹⁶	≤24 meses	Feminino
	Castro et al. ¹⁷	≤24 meses	Feminino
Defeitos no esmalte dentário	Gonzáles ⁴⁴	≤24 meses	Feminino
Incidência de cárie dentária	Rajshekar e Laxminarayan ²¹	1 a 6 anos	-
	Salantri e Seow ²²	≤6 anos	-
	Júnior et al. ²⁶	-	-
	Viana et al. ³¹	≤33 meses	-

Fonte: autoral (2020).

(-) no estudo não foi explorado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elevação da taxa de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros decorrente dos avanços medicinais e tecnológicos vem aumentando o número de crianças prematuras que necessitam de assistência multiprofissional para que tenham uma melhor qualidade de vida e uma melhor assistência odontológica em relação aos possíveis agravos como defeitos no esmalte dentário, o atraso na erupção dentária decídua, o desenvolvimento da cárie dentária e a malformação do palato. Assim, a atuação do cirurgião-dentista pode ser de forma mais interdisciplinar, prevenindo ou atenuando efeitos orais em crianças prematuras por meio de orientação aos responsáveis e tratamento odontológico precoce.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Para a produção do presente artigo todos os autores, Lara Costa, Yan Santana, Ana Freitas, Elaine Filgueiras, Aline Vilas Boas e Edla Porto, tiveram participação bem definida e substancial na sua contribuição, atingindo o objetivo e igualmente reponsabilidade sobre o mesmo, desde o delineamento do conteúdo à redação final.

REFERÊNCIAS

1. WHO – World Health Organization. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. 2012 [Acesso em 2019 out 10] Disponível em: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf
2. WHO – World Health Organization. Preterm birth. Published February 19, 2018. Accessed October 10, 2019. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Teste qualitativo para a detecção de fibronectina fetal para diagnóstico trabalho de parto prematuro: relatório de recomendação. 2015 [Acesso em 2019 out 10]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio_Fibronectina_final.pdf
4. Cruvinel VRN, Gravina DBL, Azevedo TDPL, Bezerra ACB, Toledo AO. Prevalence of dental caries and caries-related risk factors in premature and term children. *Braz Oral Res.* 2010;4(3):329-35.
5. Oliveira GC. Análise do catch-up de crescimento de uma coorte de recém-nascidos prematuros. Cuiabá; 2015. [Tese de Mestrado- Universidade Federal de Mato Grosso].
6. Berger AZ, Zorzim VI, Pôrto EF, Alfieri FM. Parto prematuro: características das gestantes de uma população da zona sul de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2016;16(4):437-45.
7. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(sup S192-S207).
8. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística do Registro Civil: tabela 2679. Publicado em 04 de dezembro de 2019. Acesso em 2020 out 10. <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2679#resultado>
9. Diniz MB, Coldebella CR, Zuanon ACC, Cordeiro RCL. Alterações orais em crianças prematuras e de baixo peso ao nascer: a importância da relação entre pediatras e odontopediatras. *Revista Paulista de Pediatria.* 2011;29(3):449-55.
10. Cortines AAO, Costa LR. Associated factors and persistence of palatal groove in preterm infants: a cohort study. *BMC Pediatrics.* 2016;16:143.
11. Impellizzeri A, Giannantoni I, Polimeni A, Barbato E, Galluccio G. Epidemiological characteristic of Orofacialclefts and its associated congenital anomalies: retrospective study. *BMC Oral Health.* 2019;19:290.
12. Shibukawa BMC, Rissi GP, Higarashi IH, Oliveira RR. Fatores associados à presença de fissura labial e/ou fenda palatina em recém-nascidos brasileiros.

- Rev Bras Saúde Mater Infant. 2019;19(4):957-66.
13. Ferrini FRDO, Marba STM, Gavião MBD. Alterações bucais em crianças prematuras e com baixo peso ao nascer. Rev Paul Pediatr. 2007;25(1):66-71.
 14. Rezende KMPC, Zöllner MSAC, Santos MRN. Avaliação da Erupção Dentária Decídua em Bebês Considerados de Risco. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2010;10(1):61-5.
 15. Neto PGF, Falcão MC. Eruption chronology of the first deciduous teeth in children born prematurely with birth weight less than 1500g. Rev Paul Pediatr. 2014;32(1):17-23.
 16. Dadalto ECV, Marcon CW, Gomes PM, Sarmiento LC, Rosa EM. Erupção do primeiro dente decíduo em lactentes nascidos pré-termo: acompanhamento de 12 meses. Rev odontol UNESP. 2018;47(3):168-74.
 17. Castro, CRS, Cabral MBBS, Mota ELA, Cangussu, MCT, Vianna MIP. Baixo peso ao nascer e atraso na erupção de dentes decíduos em crianças. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2019;19(3):711-21.
 18. Pimlott JF, Howley TP, Nikiforuk G, Fitzhardinge PM. Enamel defects in prematurely born, low birth-weight infants. Pediatr Dent. 1985;7:218-23.
 19. Passos IA, Costa JDMC, Melo JM, Forte FDS, Sampaio FC. Defeitos do esmalte: etiologia, características clínicas e diagnóstico diferencial. Rev Inst Ciênc Saúde. 2007;25(2):187-92.
 20. Caixeta FF, Corrêa MSNP. Os defeitos do esmalte e a erupção dentária em crianças prematuras. Rev Assoc Med Bras. 2005;51(4):195-9.
 21. Rajshekar AS, Laxminarayan N. Comparison of primary dentition caries experience in pre-term low birth-weight and full-term normal birth-weight children aged one to six years. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2011;29(2):128-34.
 22. Salanitri S, Seow WK. Developmental enamel defects in the primary dentition: aetiology and clinical management. Australian Dental Journal. 2013;58(2):133-40.
 23. Schüller IM, Haberstroh S, Dawczynski K, Lehmann T, Heinrich-Weltzien R. Dental Caries and Developmental Defects of Enamel in the Primary Dentition of Preterm Infants: Case-Control Observational Study. Caries Res. 2018;52(1-2):22-31.
 24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. 2012 [Acesso em 2019 out 15]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pesquisa_saude_bucal.pdf
 25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. 2018 [Acesso em 2019 out 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf
 26. Júnior VES, Sousa RMB, Oliveira MC, Junior AFC, Rosenblatt A. Early childhood caries and its relationship with perinatal, socioeconomic and nutritional risks: a cross-sectional study. BMC Oral Health. 2014;14:47.
 27. Curi MCLB. Caracterização da resposta imune de mucosas a colonizadores iniciais da cavidade bucal em recém-nascidos a termo e pré-termo: um estudo prospectivo. Ribeirão Preto; 2015. [Tese de doutorado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo].
 28. Burt BA; Pai S. Does low birth weight increase the risk of caries? A systematic review. Journal Dental Education. 2001;65(10):1024-27.
 29. Psoter WJ, Rei BC, Katz RV. Malnutrition and dental caries: a review of the literature. Caries Res. 2005;39(6):441-7.
 30. Castro CRS. Baixo peso ao nascer e condições de saúde bucal de crianças na primeira infância. Salvador; 2014. [Tese de doutorado - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia].
 31. Viana KA, Euzebio LF, Cortines AAO, Costa LR. Hábitos relacionados à saúde bucal em crianças nascidas prematuras: uma preocupação para equipes multiprofissionais de saúde. Arq Odontol. 2013;49(3):140-6.
 32. Ribeiro NME, Ribeiro MAS. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. J Pediatr. 2004;80(5 supl):S199-S210.

33. Bertonecelli N, Cuomo G, Cattani S, Mazz C, Pugliese M, Coccolini E, et al. Oral Feeding Competences of Healthy Preterm Infants: A Review. *International Journal of Pediatrics*. 2012;2012:5.
34. Li Y, Caulfield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. The fidelity of initial acquisition of mutans streptococci by infants from their mothers. *J Dent Res*. 1995;74:681-5.
35. Seow WK. Effects of preterm birth on oral growth and development. *Aust Dent J*. 1997;42(2):85-91.
36. Aine L, Backstrom MC, Maki R, Kuusela AL, Koivisto AM, Ikonen RS. Enamel defects in primary and permanent teeth of children born prematurely. *J Oral Pathol Med*. 2000; 29(8):403-9.
37. Ferrini FRP. Comparação das Condições Bucais entre crianças pré termo e a termo. Campinas; 2006. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].
38. Ribeiro AG, Oliveira AF, Rosenblatt A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1695-700.
39. Targino AG, Rosenblatt A, Oliveira AF, Chaves AM, Santos VE. The relationship of enamel defects and caries: a cohort study. *Oral Dis*. 2011;17(4):420-26.
40. Gravina DBL, Cruvinel VRN, Azevedo TDPL, Toledo AO, Bezerra ACB. Prevalence of dental caries in children born prematurely or at full term. *Brazilian Oral Research*. 2006;20(4):353-7.
41. Tanaka K, Miyake Y. Low birth weight, preterm birth ou small for gestacional-age are not associated with caries in young Japanese children. *BMC Oral Health*. 2014;14(38):135:44.
42. Freitas JS, Cardoso MCAF. Sintomas de disfagia em crianças com fissura labial e/ou palatina pré e pós-correção cirúrgica. *CoDAS* 2018;30(1):e20170018
43. Ribeiro JMMC, Almeida JPCL, Júnior WSF, Coutinho MP, Pena IP. Análise Clínica e Epidemiológica de Fissuras Labial e Palatina Associadas a outras Dismorfias no município de Campos dos Goytacazes. *Revista Científica da FMC* 2017;12(1):07-14.
44. González BAC. Associação dos indicadores socioeconômicos, fatores pré e perinatais na ocorrência de defeitos de desenvolvimentos do esmalte na dentição decídua: estudo de base populacional. Belo Horizonte; 2015. [Tese de doutorado - Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Minas Gerais].

Endereço para correspondência

Edla Carvalho Lima Porto

E-mail: eporto.fsa@ftc.edu.br