



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL

JORGE REZENDE NAUFAL

**AVALIAÇÃO DO IRROMPIMENTO DE PRIMEIROS MOLARES
PERMANENTES EM PACIENTES COM DEFICIÊNCIA.**

Araçatuba – SP

2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Araçatuba

JORGE REZENDE NAUFAL

**AVALIAÇÃO DO IRROMPIMENTO DE PRIMEIROS MOLARES
PERMANENTES EM PACIENTES COM DEFICIÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Osmar Aparecido Cuoghi

Araçatuba – SP

2014

Naufal, JR. Avaliação do irrompimento de primeiros molares permanentes em pacientes com deficiência. 2014. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

RESUMO

Com o irrompimento dos primeiros molares permanentes inicia-se a fase da dentição mista que antecede a permanente. Os cuidados no início do primeiro período transitório são importantes para manutenção da longevidade dos dentes. Além disso, o início dos procedimentos preventivos Ortodônticos podem ser iniciados nessa fase com um grande índice de sucesso. Um dos maiores problemas odontológicos em pacientes com deficiência mental e motora é a má higienização intrabucal que pode provocar cárie, gengivites associadas ou não a periodontites e comprometer a oclusão. Diante disso podemos observar a importância em se determinar o período de irrompimento dos primeiros molares permanentes, relacionados com os diferentes tipos de deficiência mental e motora. Com esses dados realizamos uma estimativa da época de erupção destes dentes em pacientes com deficiência, determinando um melhor período de intervenção odontológica, seja ela preventiva, interceptora ou corretiva. Desta forma, este trabalho avaliou a erupção dos primeiros molares permanentes em pacientes com deficiência atendidos no Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência (CAOE). Material e métodos: foram avaliados 61 pacientes com deficiência e 35 pacientes da clínica de odontopediatria, como grupo controle, da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba-UNESP. O irrompimento dos primeiros molares permanentes foram analisados por meio de exames clínicos e tabulados com escores de 0 a 5. Os resultados encontrados foram que o irrompimento dos primeiros molares permanentes, nos pacientes com deficiência, foram semelhantes dos lados direito e esquerdo, porém com uma diferença entre os arcos superiores e inferiores. Quando comparado o grupo de pacientes especiais com pacientes que não apresentavam deficiência, constatou-se que, os primeiros molares superiores irrompem primeiro nos pacientes com deficiência e os inferiores irrompem primeiro nos pacientes com nenhuma síndrome.

Palavras Chave: deficientes, dentes permanentes e dentição mista.

Naufal, JR. Evaluation of eruption of first permanent molars in patients with disabilities. 2014. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

ABSTRACT

With the eruption of the first permanent molar begins the mixed dentition prior to permanent. Care at the beginning of the first interim period are important to maintaining the longevity of teeth. Moreover, the early preventive Orthodontic procedures can be initiated at that stage with a high rate of success. One of the biggest problems in dental patients with mental retardation and motor is bad intraoral hygiene can cause tooth decay, gingivitis associated or not with periodontitis and compromise the occlusion. Thus we see the importance in determining the period of eruption of the first permanent, related to the different types of mental retardation and motor molars. With these data we performed an estimate of the time of eruption of these teeth in patients with disabilities, determining an optimum period of dental intervention, be it preventive, interceptive and corrective. Thus, this study evaluated the eruption of the first permanent molars in patients with disabilities attended in the Dental Care Center for People with Disabilities (CIOS). Methods: 61 patients were evaluated with disabilities and 35 patients of odontopediatrics, as a control group, the School of Dentistry Campus Araçatuba-UNESP. The eruption of the first permanent molars were analyzed by clinical examination and tabulated with scores of 0 to 5. The results were that the eruption of the first permanent molars in patients with disabilities were similar for right and left sides, but with a difference between the upper and lower arches. Compared the group of patients with special patients without disabilities, it was found that the first molars erupt first in patients with disabilities and the lower erupt first in patients with any syndrome.

keywords: disabled, permanent teeth and mixed dentition.

Lista de Figuras

- Figura 1- Medias dos escores dos dentes 16,26,36 e 46 nos grupos de 17**
pacientes normais e com deficiências nas idades de 5,6,7,8
e 9 anos

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Médias dos scores para os primeiros molares superiores e inferiores, em pacientes com deficiência.	13
Tabela 2 -	Média dos scores para os primeiros molares superiores e inferiores, em pacientes normais.	14
Tabela 3 -	Média dos scores para os primeiros molares superiores e inferiores, em pacientes com Paralisia Cerebral.	14
Tabela 4 -	Média dos scores para os primeiros molares superiores e inferiores, em pacientes com Autismo.	15
Tabela 5 -	Média dos scores para os primeiros molares superiores e inferiores, em pacientes com Síndrome de Down.	15
Tabela 6 -	Média dos scores para os primeiros molares superiores e inferiores, em pacientes com outras síndromes.	15
Tabela 7 -	Porcentagem de dentes em cada score, por faixa etária	16

Lista de Abreviaturas

X =	não possui pacientes avaliados	15
M.S. =	molares superiores	16
M.I. =	molares inferiores	16

Sumário

1. Introdução	09
2. Proposição	11
3. Metodologia	
3.1 Materiais e Métodos	11
4. Resultados	13
5. Discussão	17
6. Conclusão	20
Referências	21
Anexo	24

1. INTRODUÇÃO

Pacientes com necessidades especiais são aqueles que apresentam qualquer tipo de condição que necessite de atendimento diferenciado por um período ou por toda sua vida, como desvios no padrão de normalidade física, mental, orgânica e/de socialização^{1,2}. Segundo a Internacional *Association of Dentistry for Disabilities and Oral Health* o paciente com deficiência é caracterizado segundo as áreas comprometidas pela patologia e classificado em dez diferentes grupos: desvios de inteligência, defeitos físicos, defeitos congênitos, desvios comportamentais, desvios psíquicos, deficiência sensorial e de audiocomunicação, doenças sistêmicas crônicas, doenças endócrino-metabólicas, desvios sociais e estados fisiológicos especiais².

De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), 10% da população apresentam algum desvio de normalidade ou necessidades especiais sendo que, aproximadamente 3%, recebem atendimento odontológico³. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Brasil, aproximadamente 14,5% apresentam deficiência.

Muitos estudos enfrentaram problemas de diferentes tipos de alimentação em pacientes com Síndrome de Down, relatando suas lesões de carie. Estes incluem problemas com amamentação materna e mamadeira; lento desenvolvimento da capacidade de manipular os alimentos nos dedos das mãos e na utilização de utensílios de alimentação, a falha de progredir através de uma sequência normal de texturas dos alimentos e da recusa de certos alimentos, particularmente as de textura dura, problemas comportamentais tais como recusar a engolir e cuspir a comida, ou a retenção de alimentos ou utensílios na boca. Dificuldades relacionadas são identificadas no exame clínico: pouca habilidade ou retardo na duração da fase de amamentação, problemas com a mastigação, dificuldade em conter a saliva na boca, uma tendência a permitir que a boca fique aberta, em repouso, uma postura de língua projetada para frente persistindo além dos dois anos de idade, um atraso na erupção dos dentes, bem como a presença de má oclusão^{4,5,6}.

Frazão em 2011 avaliou crianças sem deficiência para determinar a idade de erupção dos primeiros molares; encontrando que a maior proporção de primeiros molares irrompidos foram observados entre 6 e 6,5 anos, onde 69% eram meninas e

aproximadamente 50% eram meninos apresentando os quatro molares na cavidade bucal, enquanto que 10% das meninas e 22% dos meninos não possuíam molares erupcionados nesta mesma faixa etária. Entre 5,5 e 6 anos 39% das meninas e 36% dos meninos apresentavam os quatro primeiros molares erupcionados, porém 33% das meninas e 39% dos meninos não os detinham na cavidade bucal. Com 5 a 5,5 anos 18% das meninas e 17% dos meninos já existia os quatro primeiros molares na cavidade oral, entretanto 56% das meninas e dos meninos não possuíam os primeiros molares irrompidos⁷.

Ekstrand K. R. e colaboradores após uma avaliação longitudinal encontraram que o período de irrompimento dos primeiros molares permanentes se dá em aproximadamente quatro meses, observando desde o estágio de irrompimento da mucosa oral até chegar a nível oclusal⁸. O atraso no desenvolvimento da erupção dos molares permanentes podem causar distúrbios no desenvolvimento da oclusão. A erupção dos primeiros e segundos molares permanentes são muito importantes para a coordenação do crescimento facial e para fornecer apoio suficiente para a mastigação.⁹ Assim o irrompimento atrasado dos molares permanentes pode impedir a oclusão correta e funções que eventualmente pode causar má oclusão. Futatsuki et al¹⁰ discutiu casos de atraso na erupção dos primeiros molares e observou que em alguns casos foi associado com ausência congênita de vários dentes.

Com a erupção do primeiro molar permanente se estabelece: a determinação da dimensão vertical e, quando chegado em oclusão, a estabilização do ganho de dimensão vertical. Preservação do comprimento do arco considerando que a inclinação axial normal dos primeiros molares permanentes pode ser alterada por cáries interproximais, perdas precoces de molares decíduos, ou por impacção o primeiro molar permanente. A presença da mordida cruzada dos primeiros molares permanentes ocasiona a diminuição da largura do arco, como consequência de múltiplos fatores, porém a intervenção precoce no descruzamento deve ser pensando em restabelecer um meio equilibrado para um correto desenvolvimento da dentição permanente¹¹.

A maioria das lesões de cárie se apresenta na superfície oclusal do primeiro molar permanente, cujos sulcos e fissuras são menos beneficiadas por tratamento com fluoretos^{12,13}. Lesões de cárie oclusais iniciais ocorre durante os primeiros 36

meses após o irrompimento dos dentes ^{14, 15}. Nahar et al avaliaram o índice de saúde bucal em pacientes com deficiência entre 3 a 14 anos observando que os pacientes com deficiência apresentam maior índice de carie na dentição decídua(5.6) e mista (6.5) quando comparado com paciente normal 3.5 e 4.0 respectivamente, e o índice de perda dentária também se apresentou maior (1.3) em pacientes com deficiência comparado com paciente normal (1.0) (Nahar SG, Hossain MA, Howlader MB, Ahmed A - 2010) ¹⁶.

Carvalho et al. [1989] observaram uma associação entre fase de erupção, acúmulo de biofilme e lesões ativas de cárie, o que implicou em uma associação entre a fase de erupção e lesões de cárie¹⁷. Concluindo que a maioria das lesões de cárie ativas estão instaladas nos molares situados na fase de irrompimento, ao chegarem a linha de oclusão esse percentual baixa drasticamente. Com uma prevalência de mais de 80% no primeiro estágio da erupção e aproximadamente 3% nos dentes totalmente irrompidos¹⁷.

Considerando o alto risco de carie, doença periodontal e perda dentária pelas limitações físicas e de colaboração dos pacientes com deficiência, é necessário conhecer o período de irrompimento dos molares permanentes para realizar as medidas preventivas para manter a saúde bucal desses pacientes e no futuro estabelecer um protocolo de prevenção ajustado a idade. Além disso, o conhecimento sobre a época do surgimento dos dentes na cavidade bucal é essencial para determinar o diagnóstico, realizar o planejamento terapêutico e medidas preventivas neste tipo de pacientes que precisam de um cuidado maior.¹⁸

1. PROPOSIÇÃO

O objetivo do trabalho é avaliar a erupção dos primeiros molares permanentes em pacientes com deficiência atendidos no Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência (CAOE), da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba-UNESP.

2. METODOLOGIA

3.1 MATERIAIS E MÉTODOS

Foram avaliadas 61 crianças com deficiência de 5 a 9 anos e 11 meses de idade atendidos no CAOE (Centro de Assistência Odontológica ao Paciente com Deficiência) e 35 atendidas na clínica de Odontopediatria noturna, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

A fase de erupção e o desenvolvimento dos primeiros molares permanentes superiores e inferiores foram obtidos clinicamente, e anotados em uma ficha clínica desenvolvida especificamente para este trabalho (Anexo A). Os jovens foram divididas em 5 grupos: Grupo I com 5 anos a 5 anos e 11 meses, Grupo II com 6 anos a 6 anos e 11 meses, Grupo III com 7 anos a 7 anos e 11 meses, Grupo IV com 8 anos a 8 anos e 11 meses e Grupo V com 9 anos a 9 anos e 11 meses. Para a determinação da quantidade de erupção dos molares foi dado uma pontuação em *score* da seguinte forma:

- a. 0 – não evidencia clinicamente a cúspide do molar permanente
- b. 1 – evidencia-se ponta de cúspide da coroa do molar permanente
- c. 2 – evidencia-se 1/3 de coroa do molar permanente.
- d. 3 – evidencia-se 2/3 de coroa do molar permanente.
- e. 4 – evidencia-se a coroa completa do molar permanente.
- f. 5 – molar permanente em oclusão.

Na coleta dos dados foram encontrados a seguinte quantidade de pacientes agrupados por faixa etária, variando de 5 a 9 anos e 11 meses. Os pacientes especiais foram distribuídos da seguinte forma:

- Grupo I: 8 pacientes
- Grupo II: 11 pacientes
- Grupo III: 13 pacientes
- Grupo IV: 17 pacientes
- Grupo V: 12 pacientes

O grupo controle são os pacientes que não possuem nenhuma síndrome, ficaram distribuídos da seguinte forma:

- Grupo controle I: 5 pacientes

- Grupo controle II: 8 pacientes
- Grupo controle III: 12 pacientes
- Grupo controle IV: 6 pacientes
- Grupo controle V: 4 pacientes

3. RESULTADOS

Os dados foram submetidos ao teste de normalidade de Lilliefors e uma análise de variância de um critério, o teste Anova, observados que não há diferença estatística entre os níveis de irrompimento entre os dentes 16 e 26, 36 e 46 nos dois grupos, constatando que há uma simetria no período de irrompimento no lado direito e esquerdo do mesmo paciente, podendo assim agrupar os mesmos, em molares superiores e molares inferiores. O teste Anova nos pacientes especiais teve os seguintes resultados: nos dentes 16 e 26 $p= 0.9177$, 36 e 46 $p= 0.7944$ e no grupo controle: nos dentes 16 e 26 $p= 0.8468$, 36 e 46 $p= 0.5860$.

Os dados foram submetidos ao teste de correlação de Pearson, resultando em um $p < 0.0001$ no nível de significância de 5%, demonstrando a alta correlação. Foram observados diferenças estatísticas significantes entre o nível de irrompimento dos molares superiores e inferiores, comparando o grupo de pacientes especiais e o grupo de pacientes com nenhuma síndrome ou problema no sistema nervoso central. Os molares superiores irrompem primeiro nos pacientes especiais e os molares inferiores irrompem primeiro nos pacientes com nenhuma síndrome ou problema no sistema nervoso central.

Tabela 1 - Médias dos escores para os primeiros molares superiores e inferiores, em pacientes com deficiência.

Idade	Molares superiores	Molares inferiores
5 a 5 anos e 11 meses	0.37	0.37
6 a 6 anos e 11 meses	1.95	1.81
7 a 7 anos e 11 meses	3.29	2.79

8 a 8 anos e 11 meses	2.85	3.22
9 a 9 anos e 11 meses	4.33	4.12

Tabela 2 - Média dos escores para os primeiros molares superiores e inferiores, em pacientes normais.

Idade	Molares superiores	Molares inferiores
5 a 5 anos e 11 meses	0.4	0.6
6 a 6 anos e 11 meses	1.49	2.18
7 a 7 anos e 11 meses	3.33	3.66
8 a 8 anos e 11 meses	2.83	2.91
9 a 9 anos e 11 meses	4.62	4.37

Foram observados que quanto maior a idade dos pacientes, maior a sua média dos escores. Aos 5 anos a média ficou abaixo de 1, demonstrando que a maioria dos pacientes nessa faixa etária não possui o primeiro molar irrompido. Já na faixa etária de 9 anos a média foi maior que 4, mostrando que a maioria dos paciente possuem o molar totalmente irrompido(tabela 1 e2).

Tabela 3 - Média dos escores para os primeiros molares superiores e inferiores, em pacientes com Paralisia Cerebral.

Idade	Molares superiores	Molares inferiores
5 a 5 anos e 11 meses	0.75	0.5
6 a 6 anos e 11 meses	0.66	1
7 a 7 anos e 11 meses	3	2.33
8 a 8 anos e 11 meses	2.06	2.68
9 a 9 anos e 11 meses	3.5	4

A Tabela 3 demonstra que quanto maior a idade dos pacientes com paralisia cerebral, maior os escores determinados do nível de irrompimento..

Tabela 4 - Média dos escores para os primeiros molares superiores e inferiores, em pacientes com Autismo.

Idade	Molares superiores	Molares inferiores
5 a 5 anos e 11 meses	0	0
6 a 6 anos e 11 meses	2	0.5
7 a 7 anos e 11 meses	4.33	3.66
8 a 8 anos e 11 meses	0	0
9 a 9 anos e 11 meses	4.76	4.12

Aos 7 anos os molares estão próximos ao plano oclusal. Aos 8 anos foi avaliado somente 1 paciente, esse não apresentou os molares. Notou-se também que na faixa etária de 5 anos, os pacientes que apresentam Autismo não apresentam irrompimento dos molares, iniciando seu irrompimento na idade de 6 anos (tabela 4).

Tabela 5 - Média dos escores para os primeiros molares superiores e inferiores, em pacientes com Síndrome de Down.

Idade	Molares superiores	Molares inferiores
5 a 5 anos e 11 meses	X	X
6 a 6 anos e 11 meses	2.75	3
7 a 7 anos e 11 meses	2.5	1.75
8 a 8 anos e 11 meses	2.5	2.5
9 a 9 anos e 11 meses	4.25	4

A Tabela 5 demonstra que nos pacientes com Síndrome de Down, o irrompimento dos primeiros molares finaliza aos 9 anos. Na pesquisa não foram obtidos pacientes na faixa etária de 5 anos (tabela 5). Portanto, não pode-se afirmar em qual faixa etária se inicia o irrompimento dos primeiros molares permanentes desse grupo.

Tabela 6 - Média dos escores para os primeiros molares superiores e inferiores, em pacientes com outras síndromes.

Idade	Molares superiores	Molares inferiores
5 a 5 anos e 11 meses	0	0.5

6 a 6 anos e 11 meses	2.5	2.5
7 a 7 anos e 11 meses	2.12	2
8 a 8 anos e 11 meses	3.41	4.33
9 a 9 anos e 11 meses	4.37	4.25

A Tabela 6, dos pacientes com outras síndromes, entre elas a de Angelman, Moebius, má formação congênita do corpo caloso, Prader-Willi, Rett e retardo mental, nota-se novamente uma relação entre a idade e a média dos escores, ou seja, quanto maior a idade, maior a média do nível de irrompimento. Na faixa etária de 8 anos, os primeiros molares permanentes inferiores tem sua média dos escores maior que 4, significando que o irrompimento termina antes que as demais analisadas.

Tabela 7 - Porcentagem de dentes em cada escore, por faixa etária

Idade Scores	5 a 5 anos e 11 meses		6 a 6 anos e 11 meses		7 a 7 anos e 11 meses		8 a 8 anos e 11 meses		9 a 9 anos e 11 meses	
	M.S.	M.I.	M.S.	M.I.	M.S.	M.I.	M.S.	M.I.	M.S.	M.I.
0	87,5	75	31,8	27,5	7,7	11,5	14,8	5,9	0	4,2
1	0	12,5	9	22,7	3,8	11,5	2,9	0	0	0
2	0	12,5	18,5	9	19,3	27	17,7	26,5	8,4	4,2
3	12,5	0	22,7	31,8	23,1	15,4	26,5	20,6	12,5	20,8
4	0	0	9	0	38,4	26,9	20,5	29,4	16,6	12,5
5	0	0	9	9	7,7	7,7	17,6	17,6	62,5	58,3

Na faixa etária de 5 anos a maioria dos dentes foi avaliado no escore 0, aos 6 anos essa porcentagem diminuiu, se distribuiu entre os escores 0, 1, 2, 3, 4. Essa distribuição vai ficando mais homogênea até chegar na faixa etária de 9 a 9 anos e 11 meses, onde a maior porcentagem de dentes está no nível de irrompimento 5 (tabela 7).

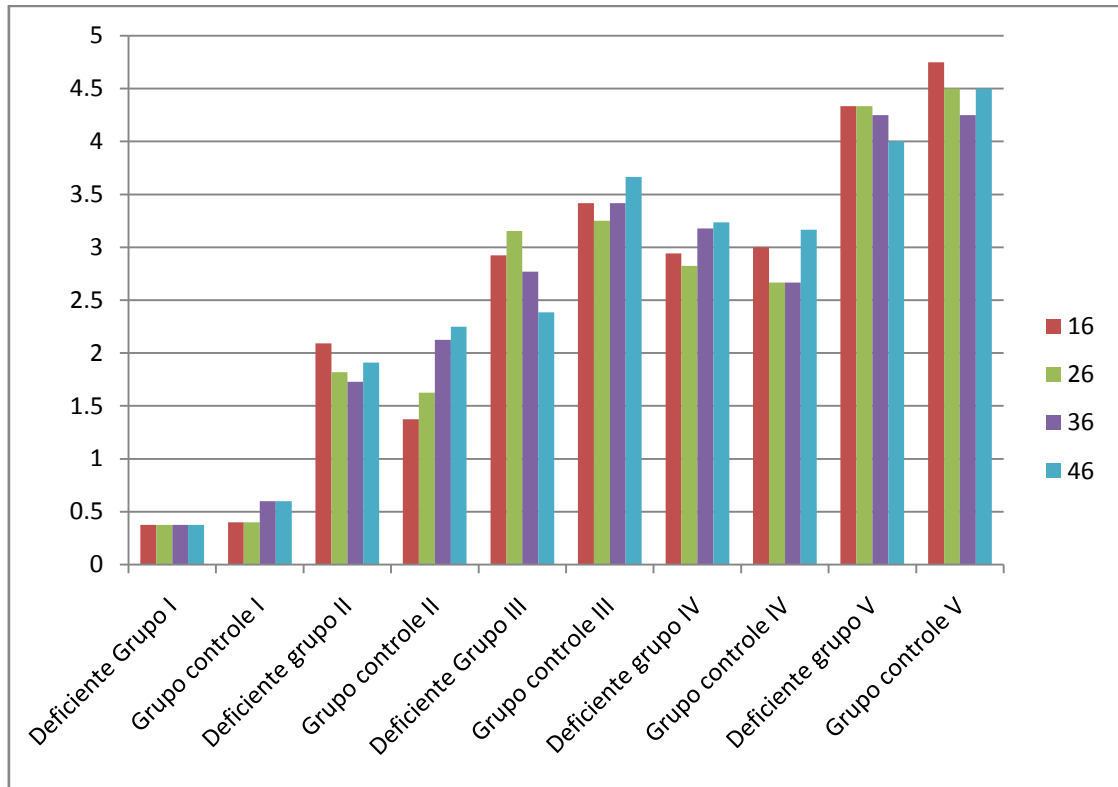


Figura 1- Medias dos escores dos dentes 16,26,36 e 46 nos grupos de pacientes normais e com deficiências nas idades de 5,6,7,8 e 9 anos

Os pacientes foram agrupados por extratos etários e foram submetidos ao teste de ANOVA de dois critérios, e ao teste de Tukey, não houve diferença estatisticamente significativa entre o nível de erupção dental de maneira geral, ou seja, nos grupos estudados não há predileção para qual dente irrompe na cavidade bucal primeiramente. Quando analisadas as diferenças entre o nível de erupção dos 1º molares em cada extrato etário houve diferença estatisticamente significativa apenas nas crianças do extrato 7 anos, onde $p > 0.05$, demonstrando que as crianças sem deficiência tinham um nível eruptivo mais avançado, ou seja, os molares estavam em uma fase mais avançada de seu irrompimento (figura 1).

4. DISCUSSÃO

Deve-se salientar que por mais simples que seja a avaliação, há um risco mínimo ao avaliar qualquer pessoa, por menos invasivo que seja. Foram utilizadas espátulas de madeira, para melhor visualização e na utilização desta o paciente pode sentir algum desconforto, por exemplo, náusea. Esses riscos foram esclarecidos aos pacientes e responsáveis. O entendimento do assunto por parte dos pacientes é

limitado, desse modo possuímos o termo de assentimento livre e esclarecido, facilitando sua compreensão.

Jara L. et al fez uma pesquisa com 240 pessoas de 51 a 444 meses, com Síndrome de Down comparando com crianças sem a síndrome. Nos meninos chilenos sem nenhuma síndrome havia uma simetria no período de irrompimento dos dentes permanentes, na maxila e na mandíbula. Já nas crianças com Síndrome de Down havia uma assimetria no período de irrompimento dos dentes permanente, com exceção do primeiro molar permanente na maxila, na mandíbula essa assimetria foi notada nos caninos, primeiros pré-molares e segundos molares, os demais dentes mandibulares apresentam um padrão simétrico¹⁹.

A média de idade do irrompimento do primeiro molar permanente em meninas com síndrome de Down é com 5 anos e 10 meses, nos meninos isso ocorre um pouco mais tarde, com 7 anos e 1 mês¹⁹. Na maioria das crianças sem a síndrome, em uma faixa etária de 5 anos e meio e 6 anos e meio tem pelo menos um molar permanente irrompido⁷. Frazão P. em sua pesquisa observou que a cada três crianças de 5 anos e meio há 6 anos, uma apresentava os quatro primeiros molares permanentes irrompidos da cavidade bucal.

Através de estudo longitudinal, pesquisadores investigaram o irrompimento dos primeiros molares permanentes em um grupo de 69 crianças¹³. O irrompimento foi observado em intervalos de quatro meses até a obtenção da oclusão funcional. Nas meninas, o primeiro molar irrompeu aos 73,6 meses, enquanto nos meninos aos 75,2 meses, em média, sem diferenças estatisticamente significativas. Foi encontrada uma grande variação na idade de irrompimento (meninas entre 63 e 92 meses, meninos entre 62 e 94)⁸.

Em outra pesquisa que usou a mesma linha de estudo, porém a partir de uma amostra muito maior (aproximadamente de 30 mil registros de crianças do serviço público odontológico da Dinamarca), foi descrito o irrompimento de todos os dentes permanentes. Foi concluído que os dentes emergem primeiro nas meninas do que nos meninos, a diferença variou de 2 a 10 meses, sem uma clara dependência da idade de irrompimento ou do tipo de dente²⁰.

Fatores hereditários, origem étnica, local de residência (urbano e rural), características nutricionais e hormonais são aspectos que têm sido investigados na literatura^{21,22}. No entanto a condição socioeconômica pode ter um efeito sobre o crescimento geral do corpo, o sua relevância em relação ao irrompimento dentário permanece controverso^{22,23}. Análise longitudinal com crianças brasileiras não mostrou relação entre variáveis socioeconômicas e irrompimento dentário²⁴. Por essa razão, o fato de o estudo ter sido realizado em uma população de baixa renda, não representa uma limitação para a generalização dos resultados.

O tratamento das más oclusões de Classes II e III representa um desafio para o Ortodontista, sendo assim quanto antes for realizado, melhor o seu prognóstico. Sabemos que 62% dos casos de má oclusão de Classe III apresentam envolvimento maxilar, necessitando de alguma forma de protração para sua correção^{25,26}. Com o conhecimento desses dados concluímos que o diagnóstico precoce das más oclusões de classe II e III, são fundamentais para o prognóstico do tratamento. Uma das formas de diagnóstico dessas más oclusões são as relações de primeiros molares permanentes, com seus antagonistas.

A higiene oral precária é observada na maioria dos portadores de transtorno mental e comportamental, estão relacionadas não só aos déficits intelectual e motor, como também ao nível de compreensão da importância da escovação dentária para a saúde bucal, que nesta população é baixo. A falta de cooperação destes pacientes para que a enfermeira e/ou responsável realize a sua higiene bucal, também é um dado preocupante¹. Um estudo de Løe, Theilade e Jensen (1965) sobre a gengivite em humanos, foi verificado que é definitivo o papel desempenhado pela placa bacteriana na etiologia da doença periodontal inflamatória, daí porque o seu controle, através da higiene bucal, assume importância ímpar na prevenção desta doença²⁷. Sabendo quando inicia o período de irrompimento dos dentes permanentes, é enfatizado esses cuidados, pois nessa fase os pacientes necessitam de um cuidado maior, para a prevenção do dentes permanente.

Goyings e Riekse (1968) avaliaram o efeito de um programa intensivo de higiene oral sobre a condição periodontal de pacientes deficientes mentais hospitalizados. Foram examinados 88 pacientes, sendo 54 portadores de síndrome de Down e 34 portadores de outras patologias de natureza psiquiátrica, situados na

faixa etária de 9 a 19 anos. Os dois grupos foram divididos em três subgrupos: os que faziam ou recebiam duas escovações dentárias diárias com escovas elétricas; os que faziam ou recebiam duas escovações dentárias diárias com escovas manuais e os que constituíram o grupo controle, que recebiam os cuidados da equipe da instituição à qual eles estavam ligados. Segundo os pesquisadores, o efeito do programa de higiene bucal sobre a condição periodontal dos portadores de deficiência mental internados, fez com que houvesse um decréscimo nos escores dos índices aplicados, repercutindo positivamente na diminuição da severidade e da prevalência das doenças periodontais. Ressaltando que a faixa etária de 3 a 12 anos, por ser considerada de alto risco para as doenças bucais, deveria ser priorizada no programa de higienização²⁸.

5. CONCLUSÃO

6.1- Nos pacientes com deficiências, os primeiros molares superiores irrompem antes que os inferiores;

6.2 – Os pacientes com Autismo e com síndrome de Down, apresentam todos os primeiros molares permanentes totalmente irrompidos por volta de 9 anos.

6.3 – Os pacientes com Paralisia Cerebral com 9 anos de idade, apresentam somente os primeiros molares inferiores totalmente irrompidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho E.M.C.; Araujo R.P.C; A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. *PesqBrasOdontopedClin Integr.* 2004;4(1):65,75.
2. Mugayar L.R.F. Pacientes portadores de necessidades especiais: Manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast; 2000
3. Varellis M.L.Z. O Paciente com necessidades especiais na odontologia – Manual Prático. 1. Ed., Santos, São Paulo, 2005.
4. Calvert S.D.; Vivian V.M.; Calvert G. (1976) Dietary adequacy, feeding practices, and eating behavior of children with Down syndrome. *Journal of the American Dietetic Association* 69: 152–6.
5. Spender Q.; Stein A, Dennis J, Reilly S, Percy E, Cave D. (1996) Anexploration of feeding difficulties in children with Downsyndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*38: 681–94.
6. Palmer S. (1978) Down syndrome. In: Palmer S, EkvallS,editors. *Pediatric Nutrition in Developmental Disorders*.Springfield, IL: CC Thomas. p 25–35.
7. Frazão, P. Irrupção do primeiro molar permanente em crianças de 5 e 6 anos de idade: implicações da análise longitudinal para prevenção da cárie oclusal. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(2): 338-46
8. Ekstrand K.R.; Christiansen J.; Christiansen M.E.C. Time and duration of eruption of first and second permanent molars: a longitudinal investigation. *Community Oral Epidemiol*2003; 31: 344-50.
9. Palma C. et al. Failure of eruption of first and second permanet molar. *J. ClinPediatr Dent* 2003;27:239-46.
10. Futatsuki M.; Matsumoto T.; Nakata M. Clinical findings on delayed eruption of first molars: Report IAPD Conference: Chicago; 1993.
11. Issao M. Primeiro Molar Permanente. Inc: Interlandi. Ortodontia bases para iniciação. Ed. 3°.1994;12: 237.
12. Pereira A.C.; Meneghi M.C.; Moreira B.W. Condições bucais de escolares de 7 a 12 anos de idade, após 20 anos de fluoretação das águas de abastecimento público de Piracicaba. *Rev Paul Odontol*1995; 17: 30-6.
13. Batchelor P.A.; Sheiham A. Grouping of tooth surfaces by susceptibility to caries: a study in 5–16 year-old children. *BMC Oral Health* 2004, 4: 2.
14. Vonder Fehr F.R. Epidemiology of dental caries. In: Thylstrup A, Fejerskov O. *Textbook of Cariology*. Copenhagen: Munksgaard; 1986.

15. Barbosa J.P. *Erupção dos primeiros molares permanentes e surgimento da cárie em crianças de 5 e 6 anos de idade* [dissertação de mestrado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: São Paulo; 1994.
16. Hossain M.A.; Howlader M.B.; Ahmed A. Oral health status of disabled children. *Bangladesh Med Res Counc Bull.* 2010 Aug;36(2):61-3.
17. Zenkner J.E.A. et al. Influence of Eruption Stage and Biofilm Accumulation on Occlusal Caries in Permanent Molars: A Generalized Estimating Equations Logistic Approach, *Caries Res* 2013;47:177–182.
18. Helm S.; Seidler B. Timing of permanent tooth emergence in Danish children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1974; 2: 122-9.
19. Jara L. et al. The sequence of eruption of the permanent dentition in a Chilean sample with Down's syndrome. *Arch oral Biol.* Vol. 38, No. 1, pp. 85-89, 1993
20. Parner E.T. et al. Longitudinal study of time trends in the eruption of permanent teeth in Danish children. *Arch Oral Biol* 2001; 46: 425-31.
21. Virtanen J.I.; Bloigu R.S.; Larmas M.A. Timing of eruption of permanent teeth: Standard Finnish patient documents. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 286-8.
22. Demirjian A. Dentition. In: Falkner F, Tanner JM. *Human growth*. New York: Plenum Press, 1978.
23. Garn S.M. et al. Economic impact on tooth emergence. *Am J Phys Anthropol* 1973; 39: 233-7.
24. Bastos J.L. et al. Infant growth, development and tooth emergence patterns: a longitudinal study from birth to 6 years of age. *Arch Oral Biol* 2007; 52: 598-606.
25. Janson G. R. P. et al. Tratamento Precoce da Má Oclusão de Classe III com a Máscara Facial Individualizada. *REVISTA DENTAL PRESS DE ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL ; MAIO / JUNHO – 1998; 3: 41-51*
26. Gimenez C. M. M. et al. O Momento Oportuno para a Abordagem Ortodôntica no Tratamento da Classe II. *CAM / UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde.* 2010;12(3):5-10
27. LÖE, H.; THEILADE, E.; JENSEN, S. B. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol*, Indianapolis, v. 36, n. 3, p. 177-187, May/June, 1965.

28. GOYINGS E. D.; RIEKSE D. M. The periodontal condition of institutionalized children; improvement through oral hygiene. J Public Health Dent, Raleigh, v. 28, n. 1, p. 5-15, Jan. 1968.

ANEXO A

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL

DISCIPLINA DE ORTODONTIA PREVENTIVA

FICHA CLÍNICA**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME: _____ DATA ____ / ____ / ____

DN: ____ / ____ / ____ (____ a ____ m.) GÊNERO: ____ COR: ____ ATIVIDADE: _____

FILIAÇÃO: PAI: _____ ATIVIDADE: _____

MÃE: _____ ATIVIDADE: _____

ENDEREÇO: _____ N° _____

TELEFONE-RES: _____ CIDADE: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

OBSERVAÇÕES: _____

EXAME CLÍNICO**1 – FASE DE IRROMPIMENTO DOS PRIMEIROS MOLARES:**

16() 26() 36() 46()

2 – ASPECTO GENGIVAL: NORMAL () ALTERADA ()**3 – HIGIENE BUCAL:** BOA () REGULAR () DEFICIENTE ()**4 -ANÁLISE DA FASE DA DENTIÇÃO:**

PERÍODO DA DENTIÇÃO: DECÍDUA () MISTA ()

PERMANENTE ()

5 – MÉDIA SALARIAL DA FAMÍLIA:

De 1 a 2 salário mínimos () De 2 a 3 salários mínimos () De 4 a 5 salários mínimos ()

De 5 a 6 salários mínimos () 7 ou mais salários mínimos ()

6 –QUANTIDADE DE REFEIÇÕES DIÁRIAS:

Uma refeição () Duas refeições () Três refeições () Quatro refeições ()

Cinco refeições () Não tem refeições determinadas ()

Observação: _____

DENTES

PERDIDOS: _____

PERDA PREMATURA DE DENTES DECÍCUOS: _____

AGENESIAS: _____

OBSERVAÇÕES: _____