

Márcia Sofia Teixeira Gonçalves

Sinais e Sintomas durante a Erupção Dentária Decídua

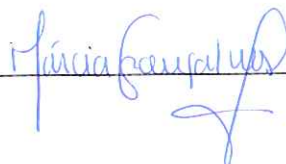
Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Márcia Sofia Teixeira Gonçalves

Sinais e Sintomas durante a Erupção Dentária Decídua

Monografia apresentada  
à Universidade Fernando Pessoa  
como parte integrante dos requisitos para a  
obtenção do grau de licenciatura em Medicina Dentária

A handwritten signature in blue ink, reading 'Márcia Gonçalves', is written over a horizontal line.

## **Resumo**

Procurando perceber se existe realmente sintomatologia associada à erupção dentária decídua e a importância de alguns sintomas mais acentuados durante esse período, que podem alertar para alguma doença sistémica que possa ocorrer concomitantemente fez-se um estudo descritivo.

Foram elaborados dois questionários, respectivamente aos Pais ou Educadores de crianças na fase eruptiva da dentição decídua e aos Médicos Pediatras, Clínicos Gerais e Familiares que exerciam a profissão em centros de saúde e consultórios da Região Autónoma da Madeira, e aos Pais nas respectivas salas de espera das consultas.

Os resultados mostram que na questão da erupção dentária existe de facto muitos mitos e tabus, por parte dos pais e médicos havendo assim, uma maior necessidade na divulgação de informação aos profissionais de saúde e educadores.

Conclui-se que Médicos e Pais se encontram perceptivos a mais informação sobre a saúde oral das crianças, e que esta deve ser provida através da realização de seminários, conferências e publicações informativas sobre o tema.

## **Abstract**

Seeking to understand if symptoms associated to deciduous dental eruption really exist and the importance of some more accentuated symptoms during that period that can alert to a systematic disease which may occur at the same time, an descriptive study was done.

Two questionnaires were elaborated, especially for parents/ children's educators in the stage of dental eruption, for paediatrics doctors, general and family clinics that practice in health centres and medical offices in Autonomous Region of Madeira and for parents who are sitting in the doctor's waiting room.

The results of this study regarding dental eruption indicate that there are indeed many myths and taboos on both parents and doctors' behalves, therefore making it essential to provide and disclose health professionals and educators with this information.

We conclude that doctors and parents are perceptive to accept more information about children's oral health, and this should be provided through seminaries, conferences and publicised information about this subject.

**O sonho foi realizado porque vocês olharam sempre por mim...**

**Aos meus queridos Avós.**

## **Agradecimentos**

Este espaço é dedicado a todos aqueles que deram a sua contribuição para que esta monografia fosse realizada. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Em primeiro lugar aos meus pais e irmãs que sempre me apoiaram nestes longos anos de estudo, muito obrigada por não me deixarem desistir, quando tudo parecia interminável e cheguei cá sozinha vocês ensinaram-me: “Querer é Poder...”

Um agradecimento especial ao Filipe, por partilhar comigo a vida, mesmo longe estiveste sempre presente, quando me incentivaste a continuar e nunca desistir. Obrigada por confiares em mim, sem ti não tinha conseguido.

Aos meus avós maternos: “ Avô! Apesar de não estares aqui comigo, eu sei que este sonho também é teu”

Ao meu orientador, Prof. Doutor Luís Pedro Ferreira, pela disponibilidade, compreensão e acompanhamento na realização desta monografia. Obrigada por acreditar no tema que escolhi para a realização deste trabalho.

Obrigada a todos os meus amigos que me apoiaram nesta longa caminhada, mas em especial à Luísa e Teresa, que foram a minha família aqui no Porto, durante estes 6 anos, obrigada pela vossa amizade, dedicação e ajuda, que jamais esquecerei.

Aos directores e médicos dos Centros de Saúde, Hospital e consultórios da Região Autónoma da Madeira.

Sofia Ferreira muito obrigada pela eficiência e dedicação, que proporcionaste a este trabalho, não tenho palavras para te agradecer.

A todos, bem hajam! Obrigada por fazerem parte da minha vida!

## Índice

Índice de figuras.....	iii
Índice de tabelas.....	v
<b>Parte 1 – Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Parte 2 – Desenvolvimento.....</b>	<b>3</b>
I. Revisão Bibliográfica.....	3
I.1. A Criança .....	3
I.2. Desenvolvimento da Dentição Temporária.....	3
I.2.i) Odontogenese .....	4
I.2.ii) Cronologia de erupção da dentição decídua .....	4
I.2.iii) Fases da erupção dentária decídua.....	5
I.2.iv) Reabsorção radicular da dentição temporária.....	6
I.3. Anatomia Dentária Decídua .....	6
I.4. Factores Sistémicos, Locais, Congénitos e Ambientais que influenciam o processo da Erupção Dentária Primária.....	8
I.4.i) Factores locais que afectam a erupção da dentição decídua .....	9
I.4.ii) Factores sistémicos e congénitos que afectam a erupção da dentição decídua.....	10
I.4.iii) Factores ambientais .....	11
I.5. Alterações associadas à Erupção Dentária Decídua.....	11
I.6. Anomalias da Dentição Temporária: tamanho, forma, número e cor .....	13
I.6.i) Anomalias de tamanho.....	13
I.6.ii) Anomalia de forma .....	13
I.6.iii) Anomalias do número.....	14
I.6.iv) Anomalias da cor .....	14
I.7. Sintomatologia e Sinais associados á Erupção Dentaria Decídua.....	16
I.7.i) Sialorreia .....	17
I.7.ii) Falta de apetite e transtornos gastrointestinais .....	18
I.7.iii) Febre .....	18
I.7.iv) Hiperémia ou vermelhão gengival.....	18
I.7.v) Irritabilidade.....	19
I.7.vi) Erupções cutâneas.....	19
I.8. Cuidados na Saúde Oral Infantil .....	19
I.9. Equipa Multidisciplinar.....	19

II. Trabalho de Investigação .....	21
II.1. Materiais e Métodos.....	21
II.1.i) Estudo “ Sinais e Sintomas durante Erupção Dentária Decídua” – perspectiva dos Médicos.....	21
II.1.ii) Estudo “ Sinais e Sintomas durante Erupção Dentária Decídua” – perspectiva dos Pais ou educadores das crianças. ....	22
II.2. Análise Estatística.....	22
II.3 Resultados.....	23
II.3.i) Estudo “ Sinais e Sintomas durante Erupção Dentária Decídua”- perspectiva dos Médicos.....	23
II.3.ii) Estudo “ Sinais e Sintomas durante Erupção Dentária Decídua”- perspectivas dos Pais ou educadores das crianças.....	30
II.3.iii) Comparação entre resultados dos estudos “ Sinais e Sintomas durante Erupção Dentária Decídua” – perspectivas dos Pais ou educadores das crianças e dos Médicos. ....	37
II.4. Discussão .....	40
II.4.i) A criança.....	40
II.4.ii) Cronologia da erupção e da sintomatologia na dentição decídua .....	40
II.4.iii) Sintomatologia associada à erupção dentária decídua .....	41
II.4.iv) Terapêutica utilizada para alívio sintomático durante a fase eruptiva.....	44
II.4.v) Cuidados na saúde oral .....	44
II.4.vi) Equipa multidisciplinar .....	45
<b>Parte 3 – Conclusão .....</b>	<b>47</b>
BIBLIOGRAFIA.....	49
ANEXOS.....	54
ANEXO I.....	56
ANEXO II .....	62
ANEXO III .....	66
ANEXO IV .....	68
ANEXO V .....	70
ANEXO VI.....	76

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Idade dos médicos representada em classes que participaram no estudo.....	23
<b>Figura 2.</b> Frequência relativa (%) do género do grupo de médicos que participaram no estudo.....	24
<b>Figura 3.</b> Distribuição da amostra quanto à Especialidade do médico questionado.....	24
<b>Figura 4.</b> Distribuição dos médicos inqueridos de acordo com a realização do exame da cavidade oral durante a consulta.....	25
<b>Figura 5.</b> Distribuição dos médicos inqueridos sobre o início da erupção dos dentes decíduos.....	25
<b>Figura 6.</b> Distribuição dos médicos inqueridos sobre o primeiro dente decíduo a erupcionar.....	26
<b>Figura 7.</b> Distribuição dos médicos inqueridos sobre o início do desenvolvimento da dentição decídua.....	26
<b>Figura 8.</b> Distribuição dos médicos inqueridos sobre a administração de antibióticos (tetraciclina) durante a formação dentária.....	27
<b>Figura 9.</b> Distribuição da amostra das alterações clínicas observadas pelos médicos nas crianças durante a erupção dentária decídua e associação dos sintomas com a erupção dentária.....	27
<b>Figura 10.</b> Distribuição da amostra das alterações clínicas observadas durante a erupção dentária decídua.....	28
<b>Figura 11a)</b> Distribuição da amostra em relação terapêutica prescrita pelos médicos inqueridos.....	29
<b>Figura 11b)</b> Distribuição da amostra em relação se o clínico prescreve terapêutica ou não.....	29
<b>Figura 12.</b> Distribuição dos médicos inqueridos sobre quando surgem alterações clínicas se encaminham para o odontopediatra/dentista.....	29
<b>Figura 13.</b> Distribuição dos médicos inqueridos sobre idade recomendada para primeira visita ao dentista.....	30
<b>Figura 14.</b> Idade das crianças representada em classes que interessava ao estudo.....	30
<b>Figura 15.</b> Frequência relativa (%) do género do grupo de crianças que foram utilizadas na pesquisa.....	31
<b>Figura 16.</b> Distribuição da amostra quanto á ida ao dentista durante a gravidez.....	31

<b>Figura 17.</b> Orientação da mulher grávida em relação à dentição do bebê.....	32
<b>Figura 18.</b> Distribuição da amostra quanto à ocorrência de alterações de saúde, durante a erupção decídua.....	32
<b>Figura 19.</b> Distribuição da amostra quanto à ocorrência dos cinco principais sinais/ sintomas observados nas crianças durante a erupção dentária.....	33
<b>Figura 20.</b> Frequência relativa (%) do momento em que surgiram a sintomatologia associada a erupção dentária.....	34
<b>Figura 21.</b> Distribuição da amostra em relação aos dentes decíduos que causaram maior desconforto na criança.....	34
<b>Figura 22.</b> Distribuição da amostra em relação a terapêutica utilizada pelos pais, para alívio da sintomatologia da criança, durante a erupção dentária.....	35
<b>Figura 23.</b> Distribuição da amostra em relação a realização da higiene oral do bebê.....	36
<b>Figura 24.</b> Distribuição da amostra em relação altura ideal para a primeira visita ao odontopediatra/ dentista.....	35
<b>Figura 25.</b> Distribuição da amostra em relação ao esclarecimento de informação prestada por profissionais de saúde sobre as alterações na saúde da criança, durante a erupção dentária.....	36
<b>Figura 26.</b> Frequência relativa da existência de alterações clínicas na criança, durante a erupção dentária decídua observada por médicos e pais/ educadores das crianças em estudo.....	37
<b>Figura 27.</b> Frequência relativa dos sinais e sintomas observados com maior frequência pelos médicos e pais das crianças, durante a erupção dentária decídua.....	38
<b>Figura 28.</b> Frequência relativa da ligação directa dos sinais e sintomas com a erupção dentária decídua em relação aos Pediatras, Médicos de Família e de Medicina Geral.....	39

## Índice de tabelas

Tabela I.....	Anexo VI
Tabela II.....	Anexo VI
Tabela III.....	Anexo VI
Tabela IV.....	Anexo VI
Tabela V.....	Anexo VI
Tabela VI.....	Anexo VI

## Parte 1 – Introdução

Um dos elementos mais importantes da qualidade de vida de uma população é a sua saúde e esta não pode ser dissociada da sua componente oral. Assim sendo, a saúde oral, deve ser vista como parte integrante dos conceitos “saúde” e “bem-estar”.

Pretende-se com esta monografia compreender e avaliar, os sinais e sintomas da erupção dentária decídua, através da opinião das experiências partilhadas pelos Pais ou responsáveis de crianças dos 6 meses aos 24 meses de idade, e também saber a opinião dos Médicos de Família, Clínicos Geral e Pediatras.

O motivo que nos levou a escolher este tema foi a percepção da existência de algumas controvérsias em relação á existência de sintomatologia associada ou não á erupção dentária decídua.

*“...Controvérsia não quer dizer contradição. É mais subtil e reflectem em regra, perspectivas ou experiências diferentes em relação a determinado assunto...”* (III Jornadas do serviço de pediatria, 1995)

No que diz respeito aos objectivos específicos a investigar, pretende-se:

1. Demonstrar a importância da saúde oral na prática clínica de um Médico de Família, Clínico Geral e Pediatra.
2. Demonstrar a necessidade da detecção de problemas da cavidade oral e suas implicações sistémicas.
3. Verificar se existe alguma ligação directa, ou não de sintomatologia com a erupção dentária decídua e a sua incidência.
4. Verificar qual o conhecimento dos Pais, sobre a saúde e higiene oral do bebé.

5. Verificar se essas informações são fornecidas durante as consultas de acompanhamento da gravidez.
6. Pretende-se focar a importância de uma equipa multidisciplinar, possibilitando posteriormente, aos médicos dentistas contribuir de eventuais dúvidas, em prol da saúde oral dos pacientes.

Para a realização desta monografia utilizaram-se os seguintes métodos:

1. Pesquisa bibliográfica em motores de busca on-line da Pubmed, bem como revistas assinadas pela Faculdade de ciências de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária do Porto, bem como livros temáticos sobre odontopediatria, desde Setembro de 2008 a Janeiro de 2009.
2. Os critérios de selecção dos artigos têm por base o seu interesse para o presente trabalho, sendo que o artigo mais antigo, data de Junho 1968 e o mais recente de Setembro 2008.
3. Questionários efectuados a Médicos de Família, Clínicos Gerais e Pediatras e aos Pais ou Educadores de crianças dos 6 meses aos 24 meses de idade.

Os limites temporais estabelecidos para este estudo foram Outubro de 2008 a Fevereiro de 2009; e os limites espaciais foram: hospitais, centros de saúde, consultórios privados, na Ilha da Madeira, e respectivas salas de espera dos consultórios e centros de saúde.

Alcançamos com esta monografia uma percepção mais real da existência de lacunas no conhecimento dos Médicos sobre a saúde oral, que ao serem detectadas por Médicos Dentistas, possam vir a ser colmatadas. Daí a importância da interacção Médica e o Médico Dentista, mais precisamente o Odontopediatra.

## **Parte 2 – Desenvolvimento**

### **I. Revisão Bibliográfica**

#### **I.1. A Criança**

A criança é um ser em constante desenvolvimento: físico, psicológico e social que recebe influências inatas e adquiridas, e desenvolve-se em três sentidos básicos: cefalo-caudal, mesio-distal e do genérico para o específico. Estas direcções proporcionarão à criança as funções básicas de sobrevivência, adaptação para a execução das funções de maturação e de aprendizagem (Walter, 1997).

O exercício da odontopediatria é abrangente, o cuidado à criança não só se refere à terapêutica específica, como também ao processo de desenvolvimento na sua conduta com o ambiente social. O conhecimento de como se processa o desenvolvimento psicológico e a matriz do bebé é condição essencial para que o Odontopediatra possa oferecer a criança e à sua família conforto psicológico e emocional durante o atendimento odontológico (Klatchoian, 2002).

#### **I.2. Desenvolvimento da Dentição Temporária**

Actualmente o conhecimento da cronologia e a mineralização dos dentes decíduos, tem grande importância para o Médico Dentista no diagnóstico de possíveis anomalias que podem ser hereditárias: defeitos de esmalte, pigmentações provocadas por tetraciclinas, entre outras. Com um conhecimento mais aprofundado torna-se mais fácil ao Médico Dentista explicar aos Pais da criança a sequência da mineralização no útero e durante a infância (McDonald e Avery, 2001).

### **I.2.i) Odontogenese**

É processo embriológico simples em relação á complexidade que representa o desenvolvimento craneo-maxilo-facial, onde se formará o gérmen dentário (Boj *et al.*, 2004).

O desenvolvimento dentário decíduo inicia-se a partir da sexta semana intra-uterina, quando ocorre a proliferação do epitélio que originará o órgão dentário. Havendo alterações na dentição temporária, revela-nos que aconteceram transtornos metabólicos ou ambientais, durante um período de formação dentária, que vai desde o 2º trimestre de gravidez até depois do nascimento (Leache *et al.*, 1995).

As estruturas dentárias têm um único grau de crescimento e de estabilidade metabólica, logo será fácil encontrar anomalias de forma e estruturais dos dentes segundo o período de desenvolvimento em que se reproduziram. O conhecimento do desenvolvimento cronológico da dentição é importante para avaliar anomalias congénitas ou induzidas que possam surgir, indicando assim a natureza e o momento em que tais alterações surgiram.

### **I.2.ii) Cronologia de erupção da dentição decídua**

Segundo McDonald & Avery (*cit. in* Campos 2004), a cronologia da dentição humana consiste no seguinte:

- Idade da primeira evidência de mineralização *in utero*
- A quantidade de esmalte formado ao nascimento
- A idade da coroa dentária completa
- A idade da erupção
- A idade da raiz completa

É de grande importância o conhecimento por parte do dentista, saber a cronologia da erupção dentária, pois influenciará no diagnóstico das alterações do desenvolvimento. (Guedes-Pinto, 2003). Existem muitas tabelas cronológicas discordantes entre si, deve-se ao facto dos padrões de erupção dos dentes variarem de acordo com as diferentes regiões geográficas, ambientais, diferenças quanto ao sexo, (sendo esta irrelevante para muitos autores), devido a factores sistémicos, condições orais locais, podendo originar tanto um aceleração como um retardamento, mas os mecanismos envolvidos não são inteiramente compreendidos.

Existem algumas variações em relação à idade exacta da esfoliação dentária primária mas, segundo o método Logan & Kronfeld, 1933 (*cit. in* Leache, 2001) registou-se a seguinte sequência:

MAXILA		MANDIBULA	
10 meses	Incisivo central	8 meses	
11 meses	Incisivo lateral	13 meses	
19 meses	Canino	20 meses	
16 meses	Primeiro molar	16 meses	
29 meses	Segundo molar	27 meses	

### I.2.iii) Fases da erupção dentária decídua

A erupção pode ser descrita pelo simples aparecimento do dente na cavidade oral, contemplando todo o seu movimento fisiológico no sentido oclusal durante a formação, até atingir a sua posição funcional (Cunha, *et al.*, 2004).

De facto, e conforme Silva (2005), argumenta “O primeiro sinal da erupção aparece através de tumefacções nos rebordos gengivais segmentando-os, demonstrando que os dentes decíduos estão próximos a esfoliar na cavidade bucal...”

De acordo com Tem Cate, 1994 (*cit. in Toledo 2005*), o processo de erupção caracteriza três fases:

- 1) **Fase pré-eruptiva** – nesta fase uma parte do gérmen dentário cresce excentricamente enquanto a outra permanece estacionária.
- 2) **Fase eruptiva** – o dente movimenta-se rapidamente até alcançar o plano oclusal, mas existem também grandes alterações a nível da rizogênese, ligamento periodontal e junção dento-gengival. Esta fase começa logo após o início da formação da raiz.
- 3) **Fase pós-eruptiva** – o principal movimento continua a ser no sentido oclusal para acompanhar o crescimento em altura dos maxilares. Com o movimento do gérmen existe perda de tecido conjuntivo e os epitélios fundem-se numa única massa epitelial que degenera com o aparecimento do dente em boca, sem hemorragia e ulcerações.

#### **I.2.iv) Reabsorção radicular da dentição temporária**

Como descrevem Boj e seus colaboradores (2004), a raiz de um dente temporário completa a sua formação, um ano após a sua erupção. A reabsorção fisiológica radicular é um processo intermitente, em que ocorrem períodos de reabsorção activa e outros mais prolongados de repouso, onde os processos de reparação estabelecem a inserção periodontal da zona reabsorvida.

### **I.3. Anatomia Dentária Decídua**

#### Coroa

Crista – elevação linear sobre a superfície de um dente.

Cristas marginais ou rebordos marginais – cristas marginais que formam os bordos mesial e distal das superfícies oclusais dos dentes posteriores e nas faces linguais dos dentes anteriores.

Cúspides – proeminências sobre a superfície oclusal de um dente, termina em superfície cônica, redonda ou plana.

Mamelón – eminência redonda e cônica sobre o bordo incisal.

Tubérculo – protuberância similar às cúspides, mas de menor tamanho que podem surgir em qualquer superfície da coroa.

Sulcos- depressões lineares que separam protuberâncias da coroa.

Fossa- depressão formada na superfície de um dente pela inserção de um ou mais sulcos.

### Cavidade Pulpar

Parte mais profunda da estrutura dentária, onde se aloja a polpa.

Câmara pulpar – protecção da cavidade pulpar que se dispõe dentro da coroa.

Cornos pulpares – são extensões da câmara pulpar até às cúspides ou mamelóns da coroa.

### Zona cervical

Parte estreita do dente entre a união da coroa e raiz.

Linha cervical – linha curva formada pela união do esmalte com o cimento, entre a coroa e a raiz-coroa.

## Raiz

Parte do dente recoberta pelo cimento incluindo o processo alveolar.

Ápice – extremidade terminal ou parte da raiz.

Tronco radicular – parte comum da porção radicular compreendida entre a linha cervical e o ponto de bifurcação das raízes.

Terço médio – divisão imaginária desde a coroa até ao fim da raiz e referente ao eixo mesio-distal (Boj *et al.*, 2004).

### **I.4. Factores Sistémicos, Locais, Congénitos e Ambientais que influenciam o processo da Erupção Dentária Primária**

A evolução normal da dentição humana depende do equilíbrio fisiológico de todo o organismo (Toledo, 2005). Na revisão bibliográfica realizada, podemos observar que existem além das variações consideradas normais, outras de ordem patológica que são atribuídas aos transtornos locais ou gerais. Algumas alterações são visíveis depois da erupção dos dentes decíduos e podem estar relacionados com a formação da matriz e seu processo de maturação (McDonald e Avery, 2001). Correntes da literatura actual mostram evidências, que estas desordens têm uma componente genética fundamental (Ahmad *et al.*, 2006).

Os factores gerais que podem originar o atraso da erupção são: Deficiência hormonal, Desnutrição, Disostose cleido-craneana, Hipopituitarismo, Hipotireoidismo, nascimento prematuro do bebé, Osteogênese Imperfeita tipo III e Síndrome de Down. Os factores gerais que podem acelerar a erupção dentária podem ser: Artrite Reumatóide Juvenil, Diabetes Mellitus, Osteogênese Imperfeita tipo IV e Querubismo. Quanto aos factores locais que podem atrasar a erupção cronológica são: Anquiose Dentária, Quistos de Erupção, Quisto Odongénico Calcificado, Dentes Supranumerários, Dentes Dilacerados e Odontomas (Valentine *et al.*, 2007).

A erupção dos dentes como referido anteriormente, pode acontecer precocemente ou tardiamente, em relação ao dito período normal, a sua etiologia não está totalmente esclarecida, mas acredita-se que podem existir obstáculos no seu trajecto eruptivo, como por exemplo: dentes supranumerários, quistos ou tumores associados ao trajecto eruptivo, direcção do trajecto eruptivo alterada (que pode originar outros problemas em estruturas vizinhas, como reabsorção radicular invasiva) (Waes e Stockli, 2002).

Corrêa, (1998) afirmou que o nascimento prematuro afecta também o desenvolvimento da dentição e contribui para uma alta percentagem de defeitos de formação da dentição decídua.

#### **I.4.i) Factores locais que afectam a erupção da dentição decídua**

##### Causas associadas á erupção tardia:

- Anquilose – é uma anomalia eruptiva, em que o ligamento periodontal está comprometido, o dente encontra-se abaixo da linha de oclusão, e não apresenta mobilidade fisiológica (Guedes-Pinto, 2003). Segundo McDonald e Avery, (2001), a anquilose deve ser vista como uma interrupção no ritmo da erupção, normalmente surge nos molares decíduos.
- Fibrose gengival – presença de tecido conjuntivo denso que atrasa a erupção dentária (Guedes-Pinto, 2003).
- Falta de espaço na arcada.
- Dentes inclusos – não surgem por falta da força eruptiva e algumas vezes devido à ocorrência de traumatismos na zona afectada (Corrêa, 1998).
- Os dentes impactados podem ter sofrido desvios de erupção por barreiras mecânicas no seu trajecto, como por exemplo tumores (Guedes-Pinto, 2003).

#### **I.4.ii) Factores sistémicos e congénitos que afectam a erupção da dentição decídua**

Segundo McDonald e Avery (2001) a erupção tardia pode ter como causas:

- Síndrome de Down – anomalia congénita, os dentes podem atrasar até 2 anos de idade, e a dentição decídua pode não estar completa até aos 5 anos de idade. A ordem de erupção dentária nestes indivíduos está desordenada.
- Hipotireoidismo – doença congénita, estes dentes quando surgem apresentam tamanho normal, porém surge apinhamento devido ao tamanho reduzido dos maxilares.
- Hipopituitarismo – em casos mais graves, a dentição decídua não é reabsorvida e pode permanecer na boca toda a vida. Os dentes permanentes continuam a desenvolver, porém não há erupção. A extracção dos dentes decíduos não é indicada porque os permanentes podem nunca erupcionar.
- Disostose cleidocraneana e cleidofacial – atraso acentuado da esfoliação dos dentes decíduos o que dificulta ou até inibe a erupção dos permanentes (Corrêa, 1998.) Podem apresentar um palato em ogiva (Leache *et al.*, 1995).
- Existem ainda outras patologias que podem retardar a erupção dentária decídua, como: Fibromatose Gengival, Displasia Condroectodérmica, Síndrome de Gardner, Síndrome de Hunter e Hipofosfatemia Familiar (McDonald e Avery, 2001).

#### Causas associadas à erupção precoce:

- Hipofosfatase – esfoliação prematura de dentes decíduos anteriores associados com cemento deficiente, é uma doença relacionada com mineralização insuficiente do osso, causada pela deficiente actividade fosfatase alcalina.

- Querubismo – é uma doença autossômica dominante e caracteriza-se por uma displasia fibrosa dos maxilares, associada a um aumento do volume facial devido a um anormal crescimento ósseo podendo ser observado radiograficamente, também são evidentes áreas de destruição óssea. Os dentes associados a essa área normalmente são esfoliados prematuramente e como perdem suporte ósseo ou sofrem reabsorção radicular, são perdidos espontaneamente ou retirados pela própria criança.
- Raquitismo resistente vitamina D – doença hereditária relacionada com transporte tubular renal. No diagnóstico podemos observar: abscessos, fístulas e ainda radiolucências apicais em dentição decídua (McDonald e Avery, 2001).

#### **I.4.iii) Factores ambientais**

- Localização geográfica – crianças que vivem em ambiente urbano têm uma erupção mais precoce que as crianças da zona rural (Guedes-Pinto, 2003).
- Desnutrição – influência a erupção dentária decídua principalmente a carência da vitamina A, C e D (Guedes-Pinto, 2003). A nutrição é determinante no desenvolvimento dentário, sendo a base para uma saúde oral e bucal. A nutrição pode influenciar directamente o desenvolvimento dentário, principalmente nos seguintes períodos de desenvolvimento: o pré-eruptivo (durante a formação e mineralização da matriz orgânica) e o pós-eruptivo (período de maturação do esmalte) (Corrêa, 1998).

#### **I.5. Alterações associadas à Erupção Dentária Decídua**

Em condições esporádicas a criança ao nascimento pode apresentar certas manifestações orais, durante ou até mesmo antes da erupção dentária, mas que a própria natureza normalmente repara.

- **Dentes Natais ou Neonatais** – são dentes que surgem na cavidade oral no nascimento (dentes natais), ou quando surgem nas primeiras semanas de vida do bebê (dentes neonatais). Estes dentes podem causar alguns problemas à criança, nomeadamente a sua aspiração ou deglutição, lacerações na língua, amamentação dolorosa para a mãe. Quando estes dentes apresentam mobilidade dentária, a indicação clínica deverá ser extracção (Walter *et al.*, 1997).
  
- **Pérolas de Epstein** – são pequenas bolsas brancas-amareladas, são remanescentes do epitélio do palato que surgem na rafe palatina mediana, em geral costumam desaparecer nas primeiras semanas após nascimento (McDonald e Avery, 2001).
  
- **Nódulos de Bohn** – são formados ao longo dos lados vestibulares ou linguais nas cristas dentárias, também podem aparecer no palato mas afastados da rafe palatina, são remanescentes de glândulas (Walter *et al.*, 1997).
  
- **Cistos da lâmina dentária** – são encontrados nas cristas dentárias na maxila e mandíbula, têm cor esbranquiçada, são remanescentes da lâmina dentária primitiva. A tendência será desaparecer nas primeiras semanas, mas quando persiste e seu volume torna-se exagerado recomenda-se a marsupialização (Walter *et al.*, 1997).
  
- **Cisto de erupção** – aparecimento de pequena mancha roxo-azulada, normalmente apresenta-se cheia de sangue, devido ao trauma dos tecidos moles durante a função, surge poucas semanas antes da erupção do dente decíduo. Desaparece com a esfoliação do dente, quando necessário poderá ser feita exposição cirúrgica da coroa (McDonald e Avery, 2001). O hematoma de erupção pode provocar um atraso discreto da erupção do dente, devido á formação de uma camada fibrosa que dificulta a sua esfoliação (Guedes-Pinto, 2003). Segundo Corrêa (1998), raramente se justifica a exposição cirúrgica da coroa.

- **Erupção ectópica** – é toda aquela que se desenvolve fora da sua posição normal, pode ser devido ao comprimento inadequado da arcada ou tamanho exagerado do dente, pode ser grave ao ponto de interferir com a transposição dos dentes (McDonald e Avery, 2001).

## **I.6. Anomalias da Dentição Temporária: tamanho, forma, número e cor**

Existem anomalias causadas por factores genéticos, ambientais, sistémicos ou locais. Embora o desenvolvimento do dente "in útero" seja geralmente bem protegido, pode ser afectado por doença maternal – infecção intra-uterina ou por perturbações sistémicas durante a sua vida. As infecções intra-uterinas que podem afectar a estrutura do dente incluem a rubéola e cytomegalovirus (Holt *et al.*, 2000).

### **I.6.i) Anomalias de tamanho**

Macrodontia- dente com tamanho maior que o normal, pode surgir em todos os dentes denominando-se gigantismo hipofisário ou num único dente.

Microdontia- dente com tamanho menor que o normal, pode surgir em todos os dentes no nanismo hipofisário, ou num único dente (Guedes-pinto, 2003).

### **I.6.ii) Anomalia de forma**

Dens in dente ou dente invaginado- invaginação do esmalte, alterando ou não a forma da coroa, esta anomalia surge por palatino, normalmente no cingulo. Também pode ocorrer ao nível da raiz (Guedes-pinto, 2003).

Taurodontismo- a bifurcação das raízes ocorre próximo ao ápice, fazendo com que a câmara pulpar seja alongada e o seu volume aumentado (Toledo, 2005).

Pérolas de esmalte- são pequenas formações redondas que se aderem a superfície radicular, são formadas por esmalte e dentina (Leache *et al.*, 1995).

Germinação- surge quando há divisão do gérmen dentário, originado duas coroas e uma única raiz. É mais frequente na dentição decídua (Guedes-pinto, 2003).

Fusão- é a união completa ou incompleta de dois germens dentários, podendo ser dois decíduos e um permanente, ou um normal com um supranumerário. É mais frequente na dentição decídua (Toledo, 2005).

Dilaceração- ângulo pronunciado entre a coroa e a raiz (Guedes-pinto, 2003).

Congrescência- refere-se a uma fusão que ocorre no início da formação radicular, os dentes unem-se pelo cemento, sendo de extrema importância o seu diagnóstico em caso de exodontia, podendo haver risco de extrair mais do que um dente (Guedes-pinto, 2003).

### **I.6.iii) Anomalias do número**

Agenesia- quando existe uma diminuição quanto ao número de dentes.

Anodontia- ausência de todos os dentes, pode ser classificado como agenodontia- quando são os dentes temporários e ablastodontia quando são os dentes permanentes.

Oligodontia- presença de um número de peças dentárias inferior a metade das que fisiologicamente devem existir. Distingue-se em oligogenodontia, presença de um número de peças dentárias temporárias igual ou inferior a dez. Oligoblastodontia, presença de um número de peças dentárias permanentes igual ou menor a dezasseis.

Supranumerários- número de dentes superior ao normal (Leache *et al.*, 1995).

### **I.6.iv) Anomalias da cor**

Diferentes manchas extrínsecas ou intrínsecas podem afectar tanto a dentição decídua como a permanente. As manchas extrínsecas surgem através da formação de uma

camada superficial no esmalte, causada pela libertação dos ácidos das bactérias (nomeadamente as *cromogénicas*), de cor castanho-acinzentado. Também há referência de outros factores etiológicos como: certos alimentos, defeitos no esmalte, má higiene oral e determinados fármacos administrados oralmente podem também causar manchas (Loevy *et al.*, 1981).

Em relação às pigmentações intrínsecas, variam de acordo com o período em que afectam o germen dentário. Medicações utilizadas para diversas patologias podem causar anormalidades orais (Leache *et al.*, 1995).

Pigmentação por tetraciclina – trata-se de uma discromia adquirida, que afecta os tecidos duros quando se encontram na fase da mineralização, as tetraciclina incorporam-se na matriz do esmalte e dentina e juntamente com o cálcio formam um complexo cálcio-tetraciclina insolúvel, que faz com que esta coloração seja irreversível. A coloração varia desde amarelo claro ao cinza escuro. Este fármaco atravessa a barreira placentária, e o período crítico varia desde os quatro meses intra-uterinos e os nove meses depois do nascimento para dentição decídua (Snawder, 1987). Mas para dentição permanente vai até 12 anos (Fernandes *et al.*, 2009).

Fluoretos – a ingestão exagerada de fluoretos, durante a infância, podem causar opacidades no esmalte (Holt *et al.*, 2000).

Eritroblastose fetal – outra causa que provoca discromia é a incompatibilidade do Rh materno infantil, a causa mais frequente é ser mulher Rh negativa e homem Rh positivo. Os anticorpos maternos atravessam a placenta provocando destruição dos eritrócitos do feto, causando anemia hemolítica originando icterícia hemolítica neonatal intensa, devido ao depósito de bilirrubina no esmalte durante a formação, pode apresentar uma coloração de verde a azul (Snawder, 1987).

Porfíria eritropoética congénita – é uma doença autossómica recessiva, em que existe depósitos de uroporfirinógeno. Uma manifestação desta doença é a coloração dos dentes que varia entre amarelado, acastanhado ou avermelhado.

Fibrose quística – nesta patologia é frequente os dentes apresentarem cor castanho-escuro ou cinza. As causas podem ser da própria doença, do seu tratamento (altas doses de tetraciclínas) ou de ambas.

Outras causas podem ser fisiológicas, como a reabsorção de um dente decíduo, apresentando a uma cor rosada na coroa; patológicas, cáries, tratamentos endodônticos e necrose pulpar originam cor negra-cinza, alterações da estrutura dentária como displasia do esmalte ou da dentina, pode apresentar manchas de cor branco - acastanhado e castanho –azulado, desmineralizações dentárias surgem como manchas de cor branco-opaco (Leache *et al.*, 1995; Snawder, 1987).

### **1.7. Sintomatologia e Sinais associados á Erupção Dentaria Decídua**

A erupção dentária é um processo fisiológico normal, contudo alguns sintomas podem surgir nessa altura, podendo ou não estar relacionados com a erupção. Durante a erupção, os dentes decíduos podem ultrapassar a mucosa sem produzir nenhum sintoma, mas pelo menos dois terços das crianças apresentam sintomas locais na zona de ruptura da mucosa (Toledo, 2005).

É habitual que durante a erupção dentária decídua exista alguma sintomatologia, como febre, falta de apetite, erupções cutâneas, aumento de salivação, diarreia fraca, entre outros (Corrêa, 1998). Esses sintomas geralmente não são intensos e logo desaparecem, mas em casos de sintomatologia agravada, é recomendado aos pais recorrerem ao médico pediatra (Lima *et al.*, 2006).

O início da erupção dentária é por volta do 6º mês, esse momento da vida da criança traz implicações para com os que lidam directamente com ela, Pais e Médicos, Dentistas. Além dos cuidados com a higiene oral, surgem distúrbios locais ou sistémicos que ocorrem no mesmo período, o que leva os Pais a recorrerem aos consultórios em busca de informação sobre essas alterações, mas nem sempre encontram no profissional de saúde o aporte de informações, para que se possam reconhecer manifestações relacionadas a esse período ou se possível, diminuir a sua intensidade (Simeão e Galgany-Almeida., 2006).

Toledo (2005) referiu:

O factor coincidência não deverá ser desprezado, pois é sabido que na idade dos seis meses até aos trinta meses a criança apresenta dentes em fase eruptiva, e o aparecimento de distúrbios orgânicos, poderão ser precipitadamente atribuídos à erupção dentária.

Segundo Noronha, 1983 (*cit. in* Simeão e Galgany-Almeida., 2006), afirmou que a ocorrência de manifestações locais/ gerais relacionadas com o desequilíbrio do processo eruptivo depende da complexa interacção dos factores pessoais e ambientais, que obviamente variam de indivíduo para indivíduo.

Um dos sintomas gerais associado à erupção dentária, relaciona a febre a reacções inflamatórias que ocorram na cavidade oral com a participação de mastócitos e libertação de imunoglobulinas (IgE), originando alterações sistémicas como a febre (Pierce *et al.*, 1986).

Um estudo realizado em Israel, comprovou existir correlação entre os níveis elevados de citocinas no fluido crevicular gengival com os distúrbios sistémicos que ocorrem durante a erupção decídua. Encontrou-se níveis elevados de IL-1 $\beta$  e TNF $\alpha$  durante a erupção dentária, e surgiram distúrbios de sono e febre na criança três dias antes da erupção, a IL-1 $\beta$  e IL-8 estavam relacionadas com distúrbios gastrointestinais e de apetite. O trauma gengival, através da mastigação sólida sobre a gengiva, poderá despoletar o aparecimento das citocinas inflamatórias acompanhadas de sinais sistémicos (Shapira *et al.*, 2003).

### **I.7.i) Sialorreia**

É um dos sinais mais referidos durante a erupção dentária decídua, uma das justificações deve-se ao início da actividade das glândulas salivares, por volta dos dois aos quatro meses de idade. O lactante não consegue sustentar essa secreção constante das glândulas, fazendo com que a saliva escorra pela boca, aumentando assim a quantidade de saliva Harndt e Wyers, 1969 (*cit. in* Shapira *et al.*, 2003).

### **I.7.ii) Falta de apetite e transtornos gastrointestinais**

A falta de apetite, transtornos gastrointestinais e consequentemente perda de peso, normalmente é são sinais que causam grande preocupação aos Pais e podem ser considerados sinais precoces de agravamento da doença. A falta de apetite é justificada pela inapetência por parte da criança aos alimentos sólidos, pois normalmente por volta do sexto mês a criança começa com a alimentação sólida. Também a sensação dolorosa da gengiva inflamada, pode contribuir para a falta de apetite (Tasanen, 1968). A própria alteração de dieta devido ao desmame e à contaminação por sucção digital desta fase, pode provocar a diarreia (Lima, *et al.*, 2006).

Krusca, 1946 (*cit. in Cunha et al.* 2004), referiu que os distúrbios gastrointestinais e a diarreia estão associados a infecções bacterianas e a problemas de alimentação, e questiona-se sobre a relação destes distúrbios com a erupção. É de salientar que as fezes ligeiramente líquidas nesta idade são comuns, pois é o período em que a criança leva constantemente objectos á boca (Corrêa, 1998).

### **I.7.iii) Febre**

É um dos sintomas gerais também associados á erupção dentária. Em relação ao mecanismo do aparecimento da febre relacionada com a erupção dentária, existe uma extensa gama de teorias. Segundo King, (1994), a erupção primária surge na mesma altura em que se dá o período de desmame, a criança deixa de receber os anticorpos protectores maternos, ficando mais susceptível a infecções, e o próprio rompimento gengival para o dente pode ser uma porta de entrada para a infecção viral.

### **I.7.iv) Hiperémia ou Vermilhão Gengival**

Surge nos estádios iniciais da erupção dentária primária, o que parece normal devido á vascularização dessa zona, este processo começa com a emergência da cúspide na cavidade oral, dando início a uma resposta inflamatória na junção do epitélio e o sulco dento-gengival (Hulland *et al.*, 2000).

### **I.7.v) Irritabilidade**

Poderá estar relacionada directamente com o facto do bebé ter distúrbios de sono, causando: mudanças de humor, crises de choro e agitação, que surgem durante a erupção (Cunha *et al.*, 2004).

### **I.7.vi) Erupções cutâneas**

Silva *et al.*, (2008), constataram que as erupções cutâneas devem-se ao aumento da salivação, e como o bebé não controla toda essa saliva, o seu escoamento pela pele delicada e sensível provoca uma humidade na região da face, originado essas erupções.

## **I.8. Cuidados na Saúde Oral Infantil**

Brickouse *et al.*, (2008), demonstrou que a maioria dos Pediatras e Dentistas generalistas não aconselham os pacientes à primeira visita ao dentista antes de um ano de idade. Nos pediatras há necessidade de aumentar a educação relativamente á saúde oral infantil, através de conteúdos teórico-práticos sobre a avaliação oral. Os Dentistas generalistas necessitam de uma educação infantil acrescida em relação aos cuidados de saúde oral. Mas Cunha *et al.*, (2004), referem a existência de diferentes opiniões entre Odontopediatras e Pediatras, devido ás experiências clínicas adquiridas por cada um ou também ás diferenças académicas de cada área nomeadamente na dentária e na medicina.

## **I.9. Equipa Multidisciplinar**

A promoção da saúde oral, mesmo dentro dos programas de saúde de família, deve ser abordada com responsabilidade de toda uma equipa multidisciplinar (Lima *et al.*, 2006). Por vezes cada profissional de saúde, aborda somente aquilo que acha que lhe compete, fraccionando assim os actos terapêuticos, mas a verdade é que desta maneira a saúde oral fica prejudicada (Cunha *et al.*, 2004).

A orientação dos Pais através dos profissionais de saúde, que acompanham o desenvolvimento da criança rotineiramente desde o nascimento, fazem as condições ideais para transmitir aos Pais, os cuidados preventivos como uma correcta higiene oral, hábitos dietéticos e uso de flúor em casos simples, a prescrição de anti-inflamatórios ou antipiréticos, em casos mais severos, como febre, dor e inflamações gengivais (Cunha *et al.*, 2004)

Assim sendo, o odontopediatra deve sempre aconselhar os Pais a procurarem o Pediatra, para que identifiquem qualquer doença concomitante (Meyer F., 2004).

Mas é necessário ressaltar a importância da interação médica e odontopediatra, principalmente quando alguns destes sintomas mais acentuados alertam para uma associação com alguma doença sistémica que possa estar a ocorrer (Corrêa, 1998).

## **II. Trabalho de Investigação**

### **II.1. Materiais e Métodos**

#### **II.1.i) Estudo “ Sinais e Sintomas durante Erupção Dentária Decídua” – perspectiva dos Médicos**

Foi elaborado um questionário de auto-preenchimento, constituído por questões de resposta múltipla e dicotómica, (ver anexo 1), dirigido aos médicos de família, de medicina geral e pediatras, em que lhes era perguntado, a especialidade, atitudes perante a saúde oral e considerações acerca do modo como cada médico utiliza os seus conhecimentos neste âmbito, em prol da saúde oral dos seus pacientes. Os principais sinais e sintomas observados nas crianças durante a fase de erupção dentária. Finalmente foi-lhes perguntado, quando em presença de alterações na cavidade oral se encaminhavam a criança para o odontopediatra, e idade ideal para tal.

Trata-se de estudo observacional-descritivo de natureza transversal, uma vez que foca um único grupo representativo da população em estudo e visto que os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, J., 2007).

Para se obter uma amostra de 113 médicos, foram entregues cerca de 250 questionários, nos diversos Centros de saúde da Região Autónoma da Madeira e Hospital Central do Funchal, e diversos consultórios privados de Medicina Pediátrica. Os consultórios privados foram seleccionados a partir de uma base de dados de Pediatras na internet, e foram abordados pessoalmente. Quanto aos Centros de Saúde e Hospital, foi necessário o envio à comissão de ética do Hospital Central do Funchal, um resumo do projecto de investigação (ver anexo 2), com a finalidade de se obter a autorização e dar início á entrega dos inquéritos aos médicos de família, pediatras e de medicina geral.

Os questionários entregues nos Centros de Saúde, foram acompanhados por uma carta dirigida ao director clínico do Centro de Saúde (ver anexo 3) juntamente com o parecer do Hospital Central do Funchal (ver anexo 4), na qual lhes era apresentado o estudo e

lhes era solicitada também a autorização para a entrega dos questionários aos Médicos de Família, Pediatras, e Medicina Geral que aí exerciam.

### **II.1.ii) Estudo “ Sinais e Sintomas durante Erupção Dentária Decídua” – perspectiva dos Pais ou educadores das crianças.**

Foi realizado um questionário de auto-preenchimento constituído por questões de resposta múltipla e dicotómica aos Pais ou Educadores das crianças, de modo a ser preenchido com brevidade e clareza. (ver anexo 5) Foi-lhes perguntado a idade e género do bebé. Foram também inquiridos sobre o grau de esclarecimento ou satisfação sobre a saúde oral do bebé durante a gravidez e mesmo após o nascimento do bebé, prestado pelos profissionais de saúde, durante as consultas de controlo. Pretendeu-se saber se a criança apresentava sinais ou sintomas clínicos durante a erupção dentária, quais os dentes que provocaram maior desconforto, e se aplicavam alguma terapêutica para alívio desses sintomas.

Trata-se de estudo observacional-descritivo de natureza transversal, uma vez que foca um único grupo representativo da população em estudo e visto que os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, J., 2007).

A amostra foi constituída por 104 Pais ou Educadores de crianças com idades compreendidas entre os 6 e 24 meses, que acompanham as crianças nas consultas de rotina nos Centros de Saúde e consultórios pediátricos privados, na Ilha da Madeira, enquanto aguardavam na sala de espera pela respectiva consulta.

A participação dos inquiridos foi voluntária e foram informados sobre a natureza e finalidade do estudo.

### **II.2. Análise Estatística**

As respostas obtidas em ambos os inquéritos foram organizadas recorrendo ao aplicativo informático Microsoft Excel® 2003, e tratados estatisticamente por recurso ao programa SPSS© (Statistical Package for Social Sciences) versão 15.5, para o

Windows®, sendo a análise de dados efectuada por utilização de ferramentas adequadas à descrição estatística da amostra (frequências, estatísticas e testes de hipóteses).

Sempre que foram feitas comparações utilizando testes de hipóteses, considerou-se um nível de significância de 0,05, sendo rejeitadas as diferentes hipóteses nulas colocadas sempre que a probabilidade associada à estatística do teste (valor da prova, p) fosse inferior a esse valor.

A análise de dados foi maioritariamente estatística descritiva (Ribeiro, J., 2007) tendo sido usado o teste de  $\chi^2$  ou teste exacto de Fisher para testar a associação (falta de independência) entre as variáveis de estudo.

## II.3 Resultados

### II.3.i) Estudo “ Sinais e Sintomas durante Erupção Dentária Decídua”- perspectiva dos Médicos

Na (figura 1) observa-se que 16,8% dos Médicos questionados pertencem á classe dos 25 aos 29 anos, igualmente percentagem para os Médicos dos 50 aos 54 anos e a de menor número pertence, 0,9%, á classe dos 60 aos 64 anos e igualmente para a classe dos 70 aos 74 anos. A (figura 2) demonstra que 40,7% dos questionados são do género masculino, enquanto que 59,3% são do género feminino.

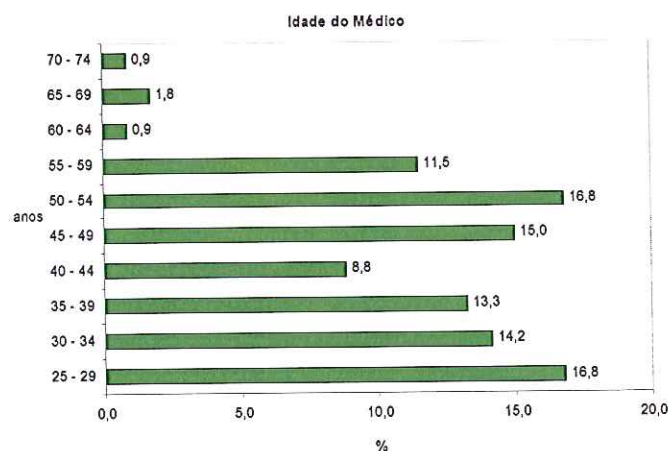


Figura 1. Idade dos Médicos representada em classes que participaram no estudo.

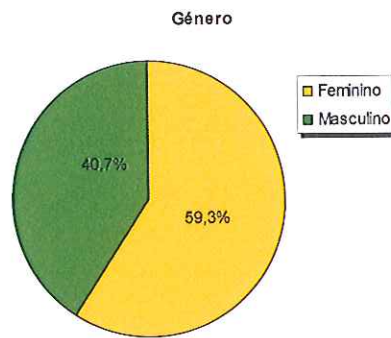


Figura 2. Frequência relativa (%) do gênero do grupo de Médicos que participaram no estudo.

Em relação á especialidade dos Médicos questionados (figura 3), a maioria foram “Médicos de Família”, cerca de 54,9%, sendo 25,7% “Pediatras” e apenas 19,5% “Médicos Gerais”.

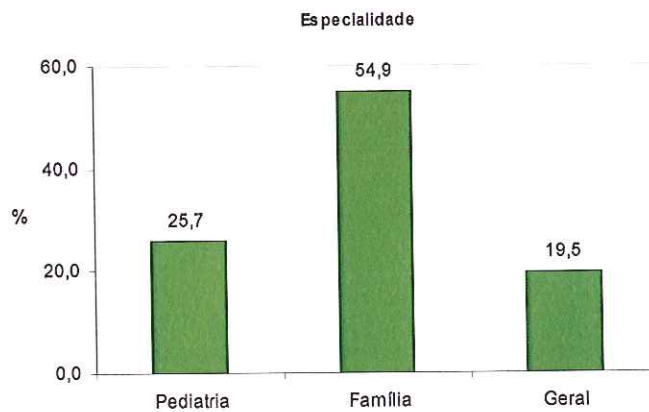
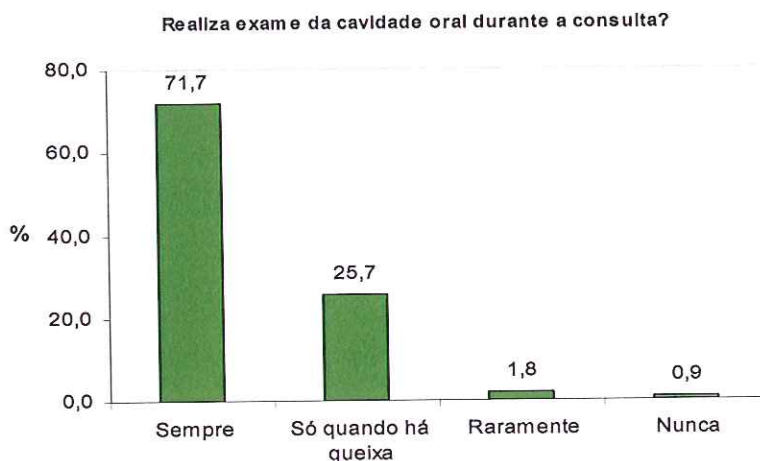


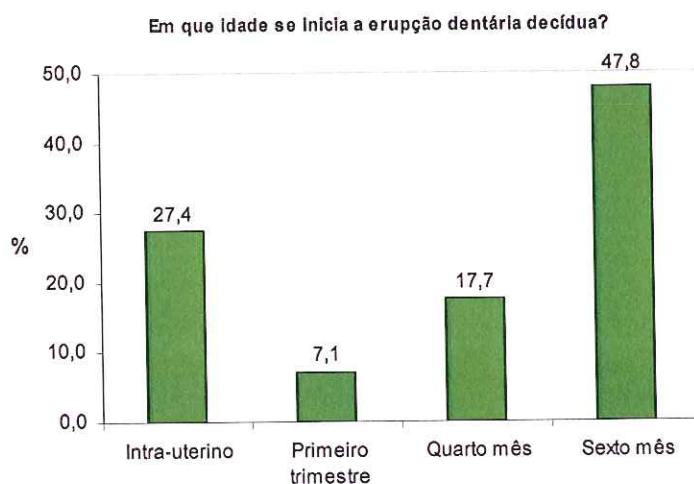
Figura 3. Distribuição da amostra quanto à Especialidade do Médico questionado.

Verifica-se na (figura 4), que 71,7% dos Médicos responderam que observam sempre a cavidade oral dos bebês durante a consulta, 25,7% apenas quando existe queixa, 1,8% afirma que raramente e 0,9% responderam nunca.



**Figura 4.** Distribuição dos Médicos inquiridos de acordo com a realização do exame da cavidade oral durante a consulta.

Sobre a questão “Início da erupção dentária decídua” (figura 5), 47,8% dos Médicos inquiridos revelaram que tem início no sexto mês de vida, 27,4% no período uterino, 17,7% no quarto mês de vida e apenas 7,1% no primeiro trimestre de vida.



**Figura 5.** Distribuição dos Médicos inquiridos sobre o início da erupção dos dentes decíduos.

Na (figura 6), 84,1% dos Médicos inquiridos referiu que incisivo central inferior decíduo é o primeiro dente a erupcionar, 8,0% refere ser o incisivo central superior, 4,4% afirma ser o incisivo lateral superior e apenas 3,5% o incisivo lateral inferior.

## Sinais e Sintomas durante a Erupção Dentária Decídua

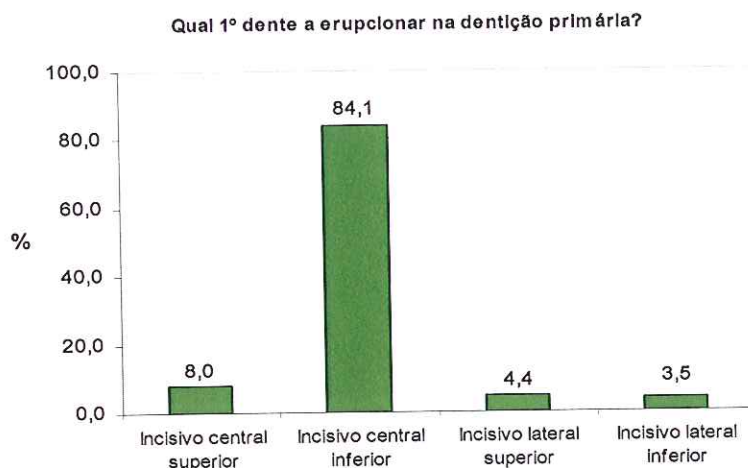


Figura 6. Distribuição dos Médicos inquiridos sobre o primeiro dente decíduo a erupcionar.

Constata-se na (figura 7), que 79,6% dos Médicos responderam que a formação dos dentes decíduos inicia-se no período intra-uterino, 9,7% responderam sexto mês e 5,3% responderam ao nascimento.

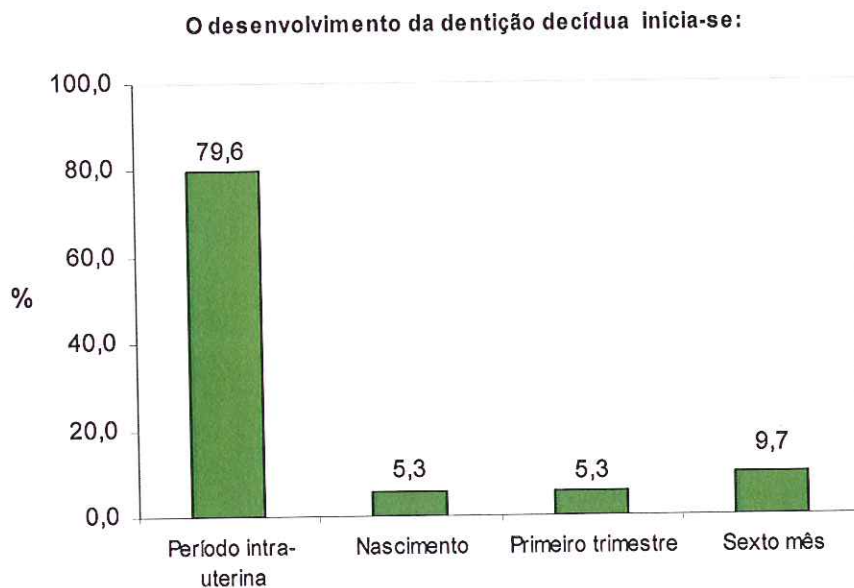


Figura 7. Distribuição dos Médicos inquiridos sobre o início do desenvolvimento da dentição decídua.

Na (figura 8) observa-se que 95,6% dos Médicos inquiridos têm conhecimento que a administração de antibióticos na fase de formação dentária pode originar alterações na dentição.

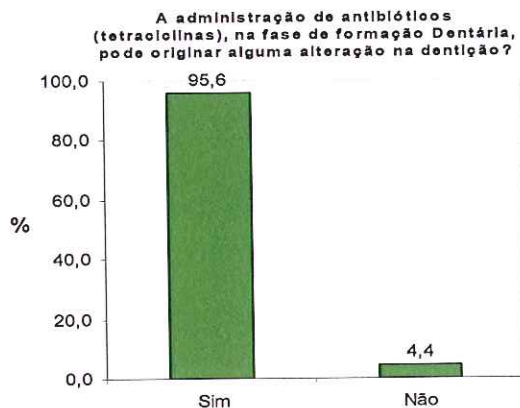


Figura 8. Distribuição dos Médicos inquiridos sobre a administração de antibióticos (tetraciclina) durante a formação dentária.

Na (figura 9), constatou-se que cerca de 74,3% Médicos inquiridos, afirmaram ter observado alguma alteração clínica durante a erupção dentária decídua na criança, e cerca de 25,7% revelaram, não ter observado nenhum sintoma nesta fase. Constata-se que cerca de 66,4% dos Médicos questionados afirmaram existir ligação desses sintomas com a fase eruptiva dentária decídua e apenas 33,6% revelaram não haver qualquer ligação.

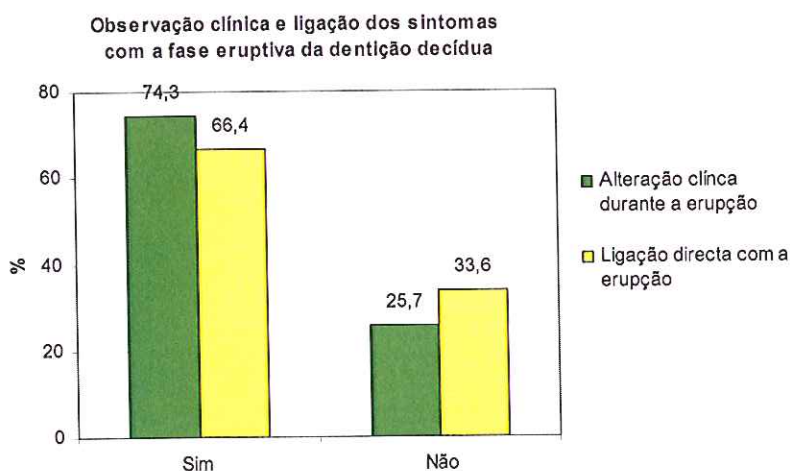
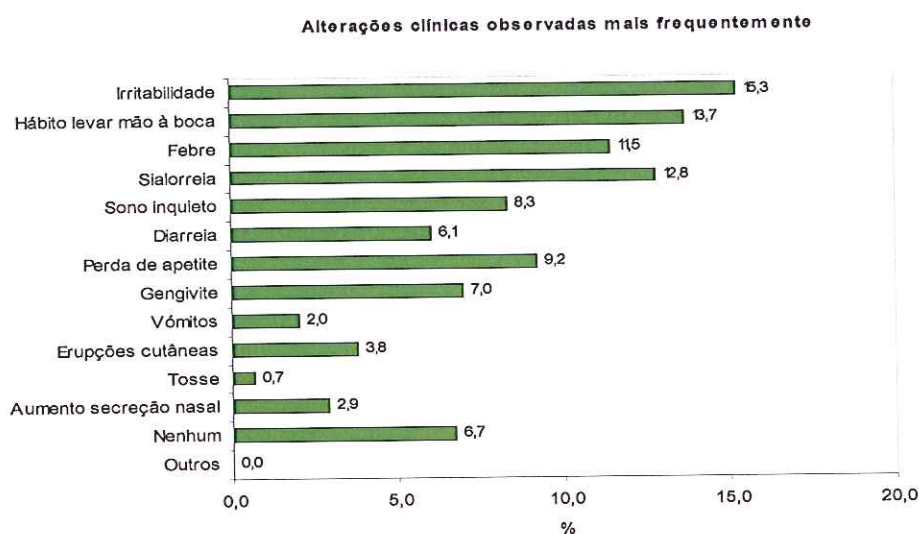


Figura 9. Distribuição da amostra das alterações clínicas observadas pelos Médicos nos bebés durante a erupção dentária decídua e associação dos sintomas com a erupção dentária.

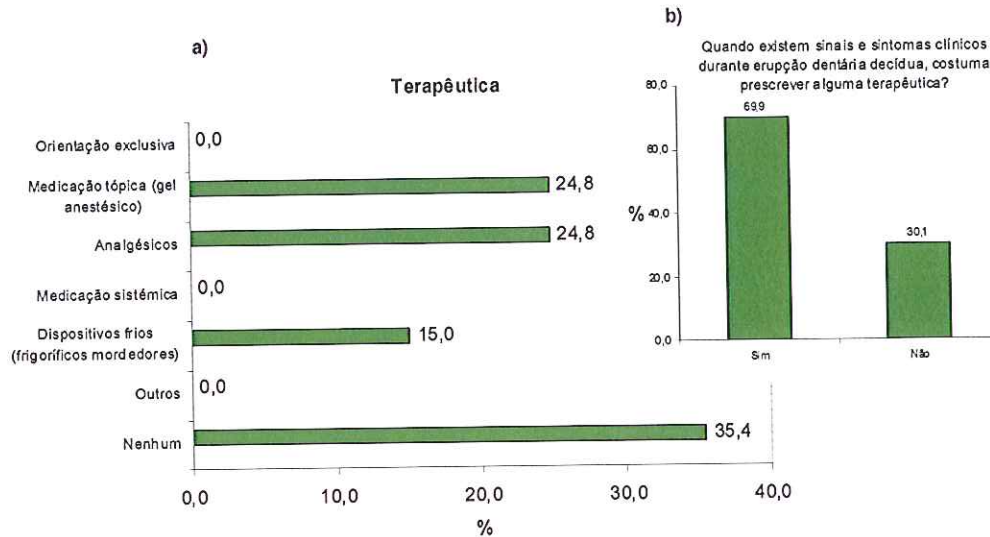
Relativamente à “sintomatologia associada á erupção dentária” (figura 10), cerca 15,3% dos Médicos inquiridos responderam ser “irritabilidade”, 13,7% “hábito de levar mão a boca”, 12,8% “sialorreia”, 11,5% “febre”, 9,2% “perda de apetite”, 8,3% “sono inquieto”, 7,0% “gengivite”, 6,1% “diarreia”, 3,8% “erupções cutâneas”, 2,9% “aumento de secreções nasais”, 0,7% “tosse” e cerca de 6,7% não observaram nenhum sintoma clínico.



**Figura 10.** Distribuição da amostra das alterações clínicas referidas pelos Médicos durante a erupção dentária decídua.

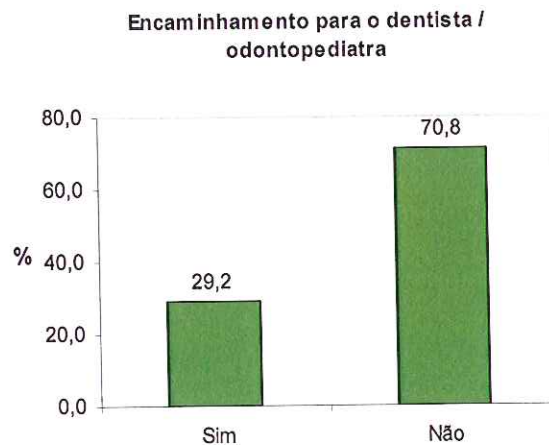
A (figura 11), alínea a) e b), apresentadas mostram a distribuição dos Médicos inquiridos sobre a prescrição terapêutica durante a erupção dentária decídua, cerca de 69,9% dos inquiridos responderam afirmativamente enquanto que 30,1% responderam negativamente. A maioria dos Médicos na prescrição opta por “nenhuma terapêutica” 35,5%, enquanto que 24,8% dos inquiridos quando prescreve preferem “medicação tópica ou analgésica”.

## Sinais e Sintomas durante a Erupção Dentária Decídua



**Figura 11.** a) Distribuição da amostra em relação terapêutica prescrita pelos Médicos inquiridos; b) Distribuição da amostra em relação se o clínico prescreve terapêutica ou não.

Observa-se na (figura 12), que 70,8% dos Médicos inquiridos não encaminham para o dentista/odontopediatra, quando observaram manifestações clínicas e apenas 29,2% refere encaminhar.



**Figura 12.** Distribuição dos Médicos inquiridos sobre quando surgem alterações clínicas se encaminham para o odontopediatra/dentista.

Na (figura 13), 68,1% dos inquiridos refere que a idade ideal para encaminhar o paciente ao odontopediatra é aos 2 anos, 18,6% afirmam que deverá ser aos 4 anos, 11,5% aos 12 meses e apenas 1,8% dos médicos refere aos 6 meses.

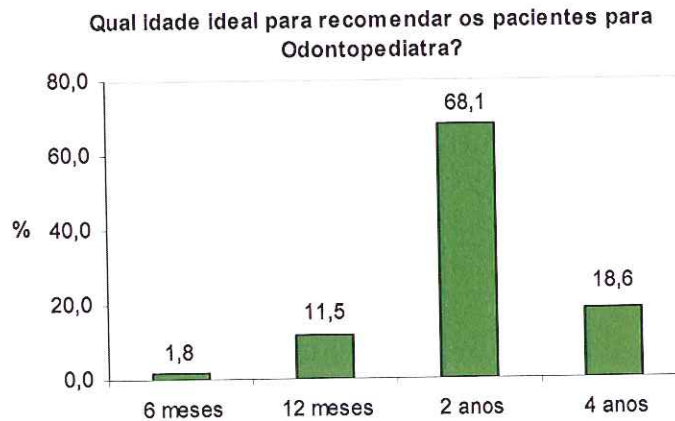


Figura 13. Distribuição dos médicos inquiridos sobre idade recomendada para primeira visita ao dentista.

### II.3.ii) Estudo “ Sinais e Sintomas durante Erupção Dentária Decídua”- perspectivas dos Pais ou educadores das crianças.

Quanto à variável Idade (figura 14), foram organizados cinco grupos etários: o grupo dos 6 aos 9 meses representando 20,2% da amostra; o grupo dos 10 aos 13 meses representando 17,3% da amostra; o grupo dos 14 aos 17 meses representando 17,3% da amostra; o grupo dos 18 aos 21 meses representando 15,4% da amostra e o grupo dos 22 aos 24 meses que contém os restantes 29,8%.

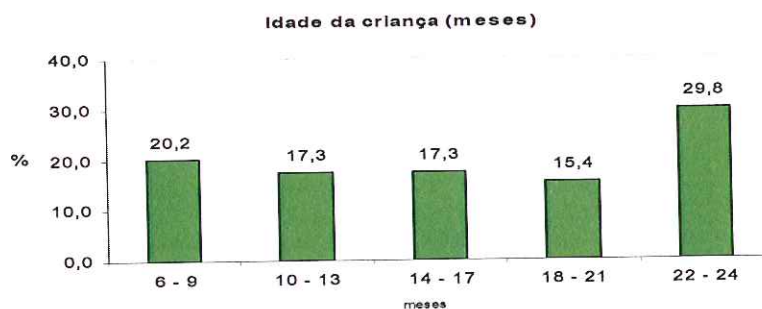


Figura 14. Idade das crianças representada em classes que interessava ao estudo.

Na amostra obtida pode verificar-se (figura 15) que 42,3% são indivíduos do género masculino e 57,7% são do género feminino.

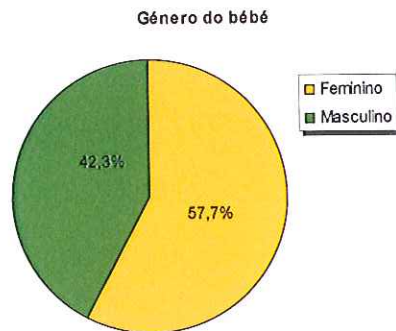


Figura 15. Frequência relativa (%) do género do grupo de crianças que foram utilizadas na pesquisa

Na variável que refere “ durante a gravidez foi ao dentista”, 49,0% dos questionados responderam afirmativamente, enquanto 51,1% responderam negativamente.

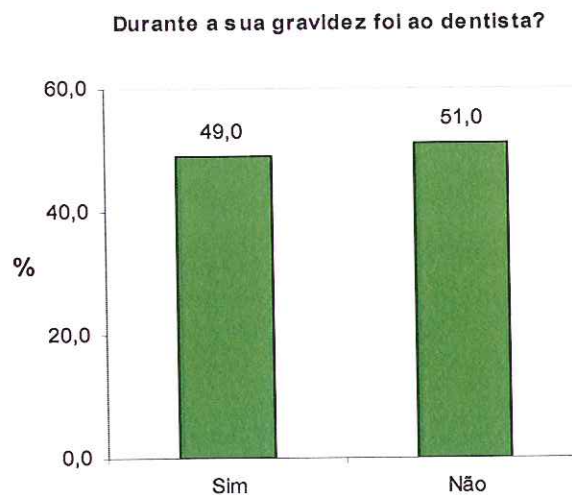


Figura 16. Distribuição da amostra quanto á ida ao dentista durante a gravidez.

Na (figura 17) somente 49.0% dos Pais refere, que foram alertados pelos Médicos para os comportamentos/ hábitos durante a gravidez, que poderiam afectar a futura dentição da criança, enquanto que 51,0% não referenciaram nenhuma informação dada pelo médico.

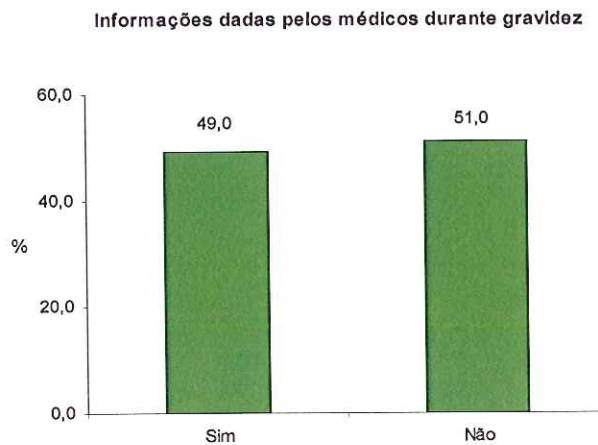


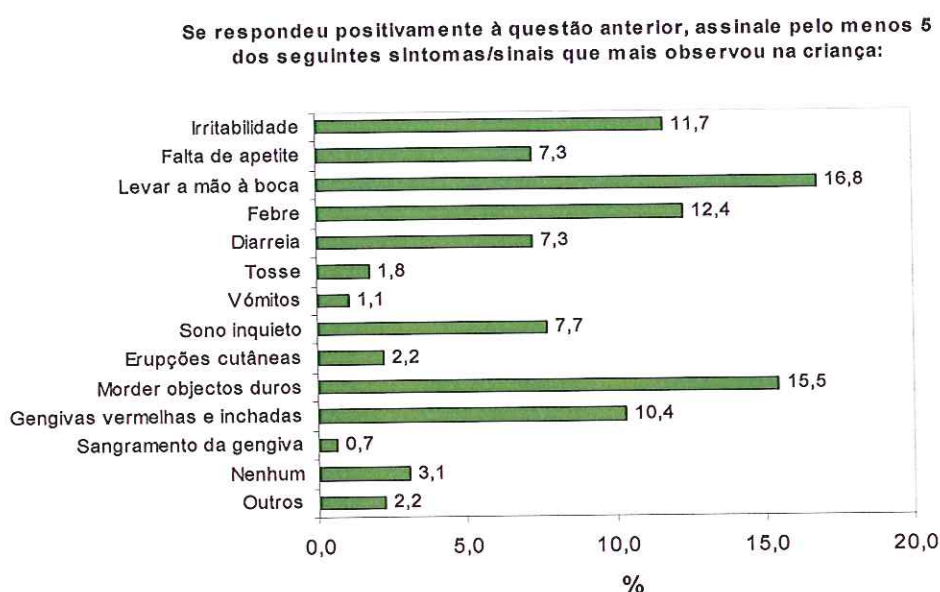
Figura 17. Orientação da mulher grávida em relação à dentição do bebé.

Quando questionados sobre alterações durante a erupção dentária, as respostas mais dadas pelos pais (figura 18), foram positivas.



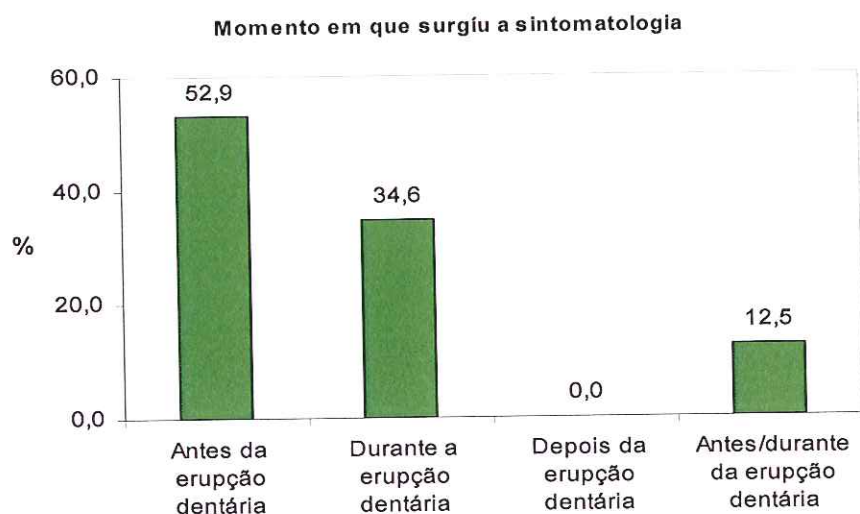
Figura 18. Distribuição da amostra quanto à ocorrência de alterações de saúde, durante a erupção decídua.

Na variável “sinais e sintomas que mais observou na criança, durante a erupção dentária” (figura 19), 16,8% referem que a criança “leva a mão à boca”, 15,5% tem tendência a “morder objectos duros”, 12,4% apresentaram “febre”, 11,7% ficaram com “irritabilidade”, 10,4% tinham “gengivas vermelhas ou inchadas”, 7,7% apresentavam “sono inquieto”, 7,3% referiram “falta de apetite”, 7,3% referiram “diarreia”. Com menor percentagem 2,2% relataram a existência de “erupções cutâneas”, 0,7% “sangramento gengival”, 1,1% referiram “vômitos”, 2,2% referiram existir “outros” sinais/ sintomas.



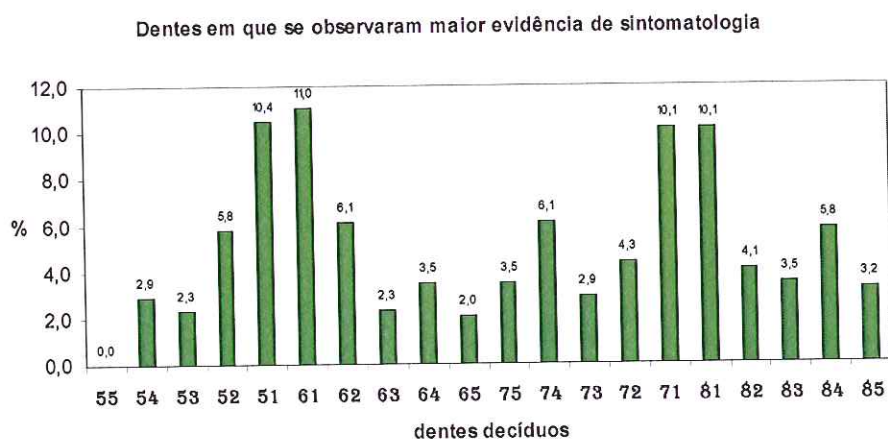
**Figura 19.** Distribuição da amostra quanto à ocorrência dos cinco principais sinais/ sintomas observados nas crianças durante a erupção dentária referidos pelos Pais.

De acordo com 52,9% dos Pais inquiridos (figura 20), revelaram que os sintomas surgiram “antes da erupção”, 34,6% “durante a erupção” e 12,5% “antes e durante a erupção”.



**Figura 20.** Frequência relativa (%) do momento em que surgiram a sintomatologia associada a erupção dentária.

Observa-se na (figura 21), que os Pais referem que a maioria dos sintomas surgem nos incisivos centrais superiores e inferiores, o dente “6.1” com cerca de 11,0%, dente “5.1” com 10,4%, o dente “7.1” com 10,1% e o dente “8.1” com 10,1%. Os primeiros molares decíduos inferiores também foram referidos com alguma frequência, cerca de 6,1% em relação ao dente “7.4” e 5,8% em relação ao dente “8.4”.



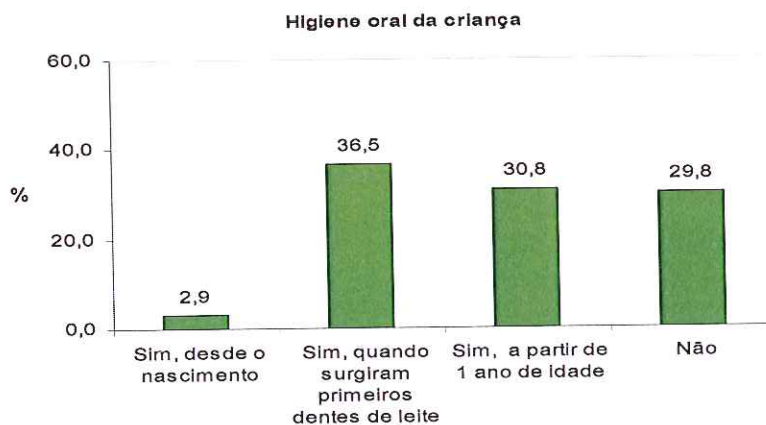
**Figura 21.** Distribuição da amostra em relação aos dentes decíduos que causaram maior desconforto na criança.

Em relação a terapêutica mais utilizada pelos Pais, para alívio da sintomatologia da criança durante a erupção dentária (figura 22), observou-se que cerca de 38,8% refere o “gel dentário”, 38,2% “dispositivos frios”, 3,3% “gotinhas”, 4,6% refere utilizar “outros”, e cerca de 15,1% “nenhum”.



**Figura 22.** Distribuição da amostra em relação a terapêutica utilizada pelos Pais, para alívio da sintomatologia da criança, durante a erupção dentária.

Quando questionados sobre a realização da higiene oral do bebé (figura 23), cerca de 36,5% admitem realizar a higiene oral ao bebé quando surge a dentição primária, 30,8% apenas quando a criança tem um ano de idade, 29,8% refere não realizar higiene oral à criança e apenas 2,9% realizam higiene oral desde o nascimento.



**Figura 23.** Distribuição da amostra em relação a realização da higiene oral do bebé.

Em relação á questão da altura ideal ou idade dos bebés para a primeira visita ao dentista (figura 24), verifica-se que 39,4% dos Pais questionados responderam “1 ano de idade”, 37,5% “quando tiver os dentes definitivos”, 21,2% “quando erupcionarem os primeiros dentes de leite” e apenas 1,9 % “antes da erupção dentária”.

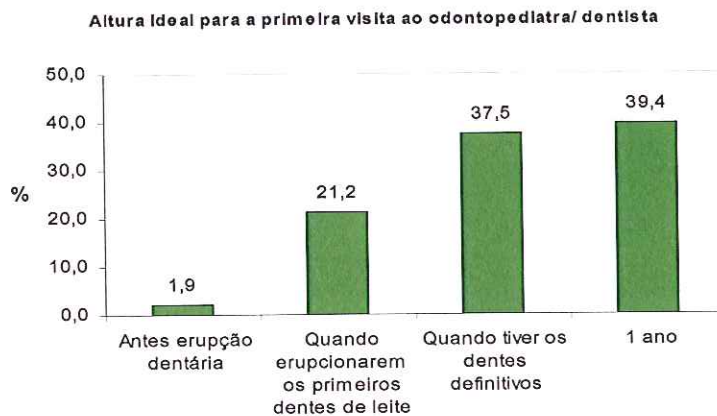


Figura 24. Distribuição da amostra em relação altura ideal para a primeira visita ao Odontopediatra/ Dentista.

No que diz respeito ao grau de esclarecimento das informações recebidos por profissionais de saúde em relação ás alterações na saúde da criança, durante a erupção dentária (figura 25), a maioria refere não ter ficado esclarecida 78,8%, e apenas 2,12% admite que ficou esclarecido.

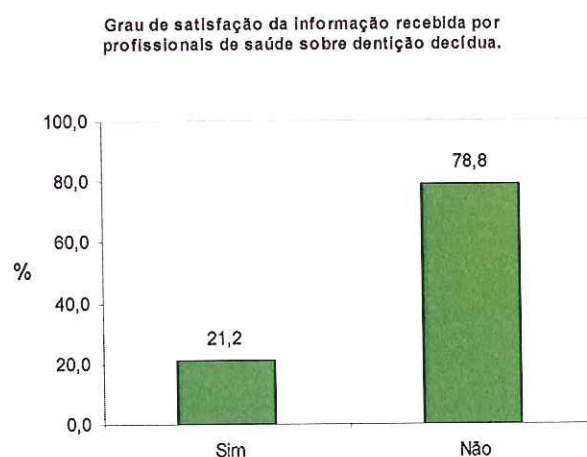


Figura 25. Distribuição da amostra em relação ao esclarecimento de informação prestada por profissionais de saúde sobre as alterações na saúde da criança, durante a erupção dentária.

### II.3.iii) Comparação entre resultados dos estudos “ Sinais e Sintomas durante Erupção Dentária Decídua” – perspectivas dos Pais ou educadores das crianças e dos Médicos.

Fazendo uma comparação entre os dois estudos através de parâmetros determinados em cada um dos questionários como sendo chave para o nosso estudo, verifica-se pela análise do (gráfico 26) em relação a questão “ observação de alterações clínicas durante a erupção dentária decídua”, que tanto as respostas dadas por médicos como por Pais foram maioritariamente positivas, cerca de 74,3% dos Médicos e 86,5% dos Pais. Pelo contrário uma minoria no caso dos Pais “não observou nenhuma alteração clínica na criança durante a erupção” 13,5%, e no caso dos Médicos cerca de 25,7 % também refere não ter havido alterações clínicas observáveis.

Esta associação foi comprovada através dos testes estatísticos (ver tabela II, anexo 6), podendo afirmar-se que existe uma associação entre as variáveis em estudo, rejeitando a hipótese nula (teste de Fisher,  $p=0,18 < 0,05$ ).

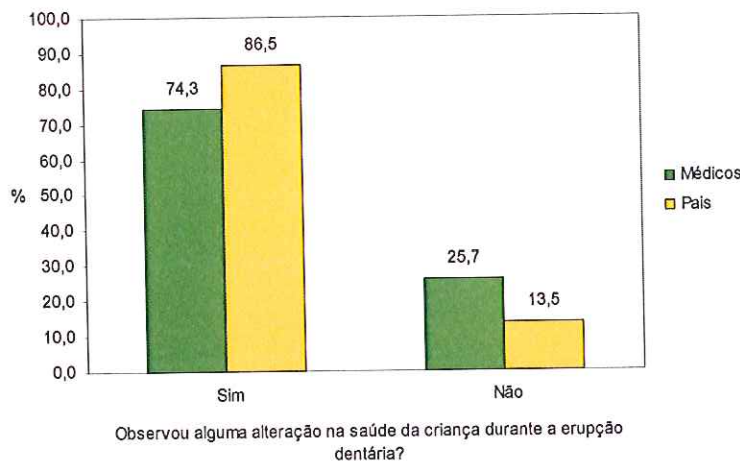


Figura 26. Frequência relativa da existência de alterações clínicas na criança, durante a erupção dentária decídua observada por Médicos e Pais/ Educadores das crianças em estudo.

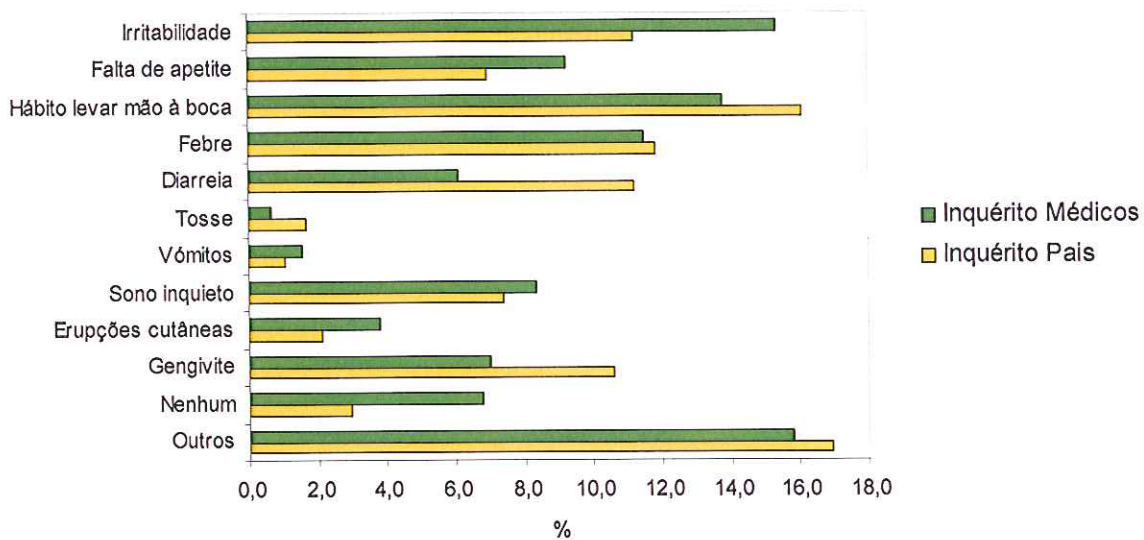
O gráfico da (figura 27), apresenta cruzamentos com variáveis como: sinais e sintomas observados durante a erupção dentária decídua, pelos Pais e Médicos, e constatou-se que os sinais mais referenciados pelos dois grupos, foram: “Hábito de levar mão à boca” com 137, seguido da “Irritabilidade” com 121.

Os sinais com maior divergência entre pais e médicos foram “Diarreia” com 53 pais afirmando ser um sinal observado durante a erupção em relação aos médicos que foram apenas 27; a “Gengivite” também foi observada maioritariamente pelos pais cerca de 50 em relação aos médicos, cerca de 31. (ver tabela III, anexo 6).

É de salientar que os sinais “Erupções cutâneas” foram referenciados por mais médicos 17, do que os pais 10; igualmente para “Falta de apetite” em que cerca de 41 médicos afirma que sim e apenas 33 pais referem o mesmo.

Os sinais menos observados por ambos os grupos foram “Tosse” com o total de 11 e os “Vómitos” com o total de 12.

Esta associação foi comprovada através dos testes estatísticos (ver tabela IV, anexo 6), podendo afirmar-se que existe uma certa relação entre as variáveis em estudo, rejeitamos a hipótese nula (teste de Qui-Quadrado,  $p=0,004 < 0,05$ ).



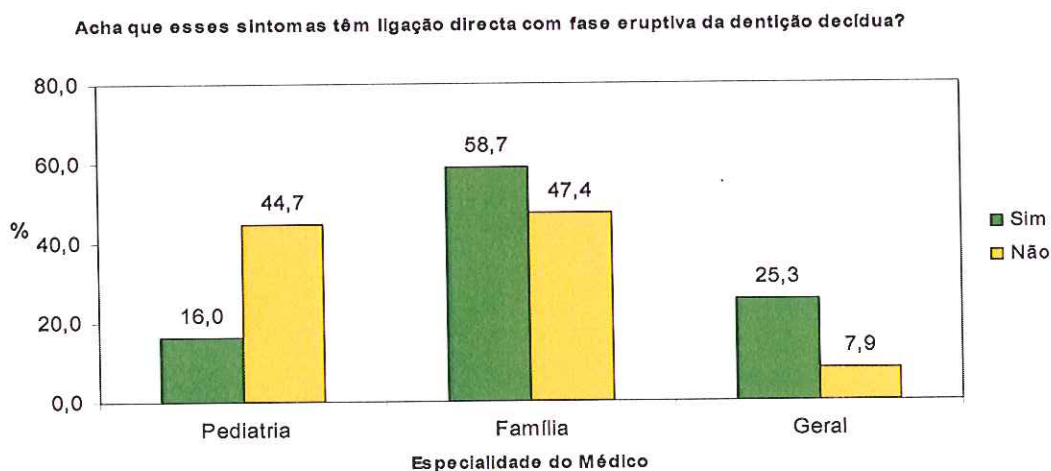
**Figura 27.** Frequência relativa dos sinais e sintomas observados com maior frequência pelos Médicos e Pais das crianças, durante a erupção dentária decídua.

O (gráfico 28), revela a perspectiva das diferentes especialidades médicas, nomeadamente Pediatria, Medicina Familiar e Medicina Geral em relação existência de sintomas relacionados com a erupção dentária decídua.

É de salientar que apenas os Pediatras referem na sua maioria, com cerca de 44,7% que não existe ligação directa dos sintomas com a fase eruptiva dentária e apenas 16,0% refere existir ligação da sintomatologia com a erupção. Em relação aos médicos de Família, 58,7% refere existir ligação directa de sinais e sintomas com a erupção dentária decídua e 47,4% revelam não existir qualquer relação.

A maioria dos médicos de medicina Geral, 25,3% afirmam haver ligação directa da sintomatologia com a erupção dentária decídua enquanto 7,9% não encontra qualquer ligação dos sinais ou sintomas com a erupção. O gráfico demonstra que os Médicos com a especialidade Familiar são aqueles que respondem mais vezes positivamente à questão da “Ligação directa dos sintomas com a erupção dentária decídua”. Observa-se também que na especialidade de Pediatria existe um maior número de respostas negativas à mesma questão.

Esta associação foi comprovada através dos testes estatísticos (ver tabela V, anexo 6), podemos verificar que as variáveis são dependentes, o seja, a resposta dada pelo médico é influenciada pela respectiva especialidade. (teste do Qui-Quadrado,  $p=0,002 < 0,05$ )



**Figura 28.** Frequência relativa da ligação directa dos sinais e sintomas com a erupção dentária decídua em relação aos Pediatras, Médicos de Família e de Medicina Geral.

## II.4. Discussão

### II.4.i) A criança

É comum acreditar-se que a erupção dentária em crianças causa inúmeros sinais e sintomas, existe uma polémica sobre o processo de erupção, se fisiológico ou patológico.

### II.4.ii) Cronologia da erupção e da sintomatologia na dentição decídua

No que diz respeito à variável Idade, verifica-se que a maioria das crianças têm entre 22 e 24 meses, facto irrelevante porque os inquiridos foram escolhidos aleatoriamente enquanto aguardavam consulta na sala de espera do consultório. Mas a nossa amostra foi focada apenas a crianças com idades compreendidas dos 6 aos 24 meses, segundo Hullah *et al*, (2000) as crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 3 anos estão num período activo de erupção, Logan & Kronfeld, 1933 (*cit. in* McDonald *et al.*, 2001), realizaram uma tabela de erupção e mineralização dentária decídua sendo utilizada durante muitos anos por muitos autores como padrão, em que erupção tinha início por volta 6 meses terminando por volta dos 24 meses. Segundo Tanguary *et al.*, (1984), e seus colaboradores, a erupção dentária decídua é mais precoce nos rapazes do que nas raparigas cerca de um mês, a única excepção acontece nos primeiros molares em que surge antes nas raparigas, as causas mais referenciadas pelos autores são as variações étnicas e o dimorfismo sexual existente entre os diferentes sexos.

Os incisivos centrais superiores e inferiores foram referidos pelos pais, como sendo, os que mais transtorno causaram à criança, provavelmente por serem os primeiros dentes a erupcionarem e as atenções dos pais estarem voltadas para qualquer sinal que os filhos possam transmitir nessa fase ainda precoce, onde qualquer choro lhes desperta a atenção. O mesmo concluiu Peterz *et al*, (2003), as manifestações mais frequentes surgem durante a erupção dos incisivos primários.

Relativamente à questão “Idade em que se inicia a erupção decídua”, 47,8% dos Médicos inquiridos referiram “sexto mês”, mas 27,4% refere “Período uterino”, esta

questão mostra a falta de conhecimento sobre a saúde oral, existente em alguns médicos. Mas em relação à questão “ Quando se inicia o desenvolvimento da dentição decídua”, a maioria refere “período intra-uterino”. Segundo um estudo de Meyer (2004) a data do início do desenvolvimento dentário, fundamental para o diagnóstico de determinadas patologias, não foi correctamente assinalada por quase metade dos participantes desse estudo, dado que parece ser adquirido com o tempo e experiência dos clínicos.

A maior parte dos pais inqueridos, cerca de 52,9% considera que o momento “ Antes da erupção dentária” como sendo o período com maior frequência de sintomas observado na criança, e 34,6% refere “Durante a erupção”, no entanto Macknin *et al.*, (2000), referem que os sintomas mais frequentes surgem quatro dias antes da emergência dentária, no próprio dia e também três dias após erupção, mas de acordo com Hockenberry *et al.*, (1998), muitos pais referem que a existência de febre baixa num período que varia de quatro a dezanove dias antes da erupção e no dia da erupção.

#### **II.4.iii) Sintomatologia associada à erupção dentária decídua**

É de salientar que neste estudo, tanto os Médicos como os Pais das crianças questionados, referem a existência de alterações na fase eruptiva dentária decídua.

Verificou-se que os sinais mais frequentemente associados à erupção dentária decídua, referidos pelos Pais e Médicos foram “Hábito de levar a mão à boca”, seguido da “Irritabilidade”. Macknin *et al.*, (2000), relatam como sintomas mais frequentemente associados à erupção dentária “morder objectos duros”, “sialorreia”, “gengivas avermelhadas”, “irritabilidade”, “hábito de sucção”.

Dos sinais relatados pelos Pais e Médicos, aqueles que maior divergência observou-se foram a “Diarreia” e a “gengivite” referida pelos pais, enquanto nos médicos foram “Erupções cutâneas” e a “Falta de apetite”.

No nosso estudo constatou-se que os Pediatras, são os que menos relacionam os sintomas com a erupção dentária decídua, ao contrário dos Médicos de Família e de

Medicina. As diferenças de opinião podem ser resultado das próprias experiências clínicas de cada Médico ou devido às diferentes abordagens curriculares de cada especialidade (Macknin *et al.*, 2000).

Segundo Wake *et al.*, (2000), na fase da erupção dentária primária em que surgem temporariamente alterações comportamentais nas crianças, os pais preferem atribuí-las à erupção dentária decídua, porque é uma causa compreensível em que eles podem agir de um modo simples e legítimo, com o apoio de amigos, familiares e profissionais de saúde. Macknin e seus colaboradores, (2000), alertam que antes de atribuírem quaisquer sinais ou sintomas potencialmente graves à erupção dentária decídua, médicos e pais devem excluir outras causas possíveis. A sintomatologia pode surgir temporariamente ou não, sendo combinada com outras patologias concomitantemente na criança, logo é importantíssima a orientação dos pais para que em casos de sintomatologia mais severa procurem o Pediatra (Cunha *et al.*, 2004).

#### • Sialoreia

Muitos autores, como Silva *et al.*, (2008), Cunha *et al.*, (2004), Corrêa (1998) e Guedes-Pinto (2003), referem que a salivação excessiva pode estar relacionada com a dor e desconforto que a criança apresenta nessa fase, também surgem mudanças na qualidade da saliva, acompanhadas pela maturação recente das glândulas salivares, aumentando assim a sua viscosidade e dificultando a deglutição. Tanasen (1968) associa o aumento da salivação como consequência do estímulo da sucção digital com a fricção gengival, acto que também está aumentado durante a erupção dentária.

#### • Falta de apetite e transtornos intestinais

Os transtornos intestinais têm sido atribuídos à mudança de dieta da criança que ocorre concomitantemente com a fase de erupção dentária, a sucção digital pode provocar contaminação podendo evoluir para uma infecção, o próprio desmame pode causar perda de apetite, pois é uma nova fase para a criança (Lima *et al.*, 2008).

- **Febre**

Os sintomas sistêmicos como: febre, transtornos intestinais, irritabilidade, transtornos do sono e da alimentação, podem ser explicados segundo um estudo realizado por Shapira e seus colaboradores, (2003), em que observaram um aumento dos níveis de citocinas inflamatórias IL-1 $\beta$ , IL-8 e TNF $\alpha$  no fluido crevicular durante a erupção dentária decídua. Bennet *et al.*, (1986), acreditavam que a causa seria o “vírus humano de erupção”, que se encontrava latente na cripta, desde o início de vida, até ser estimulado com os movimentos eruptivos provando febre, inflamação gengival, hemorragia e dor.

- **Hiperémia**

Hulland *et al.*, (2000) refere que a hiperémia surge nos primeiros estádios da erupção dentária, mas o edema não é muito comum surgir.

- **Irritabilidade**

Estudos revelam que a irritabilidade é o sintoma mais frequente durante a erupção dentária primária, acredita-se que a erupção seja uma das razões de crises de ansiedade e mudanças de humor nos bebês. Também relacionam a irritabilidade com os distúrbios de sono, provocados pelo desconforto da erupção (Cunha *et al.*, (2004).

- **Erupções cutâneas**

Este sinal surge na sequência do aumento da salivação, em que o bebê não consegue fazer a completa deglutição, ocorrendo assim escoamento da saliva pela face do bebê, como a pele do bebê é sensível e delicada, a humidade constante favorece o aparecimento de alterações cutâneas (Silva *et al.*, 2008).

#### **II.4.iv) Terapêutica utilizada para alívio sintomático durante a fase eruptiva**

Em relação à terapêutica mais utilizada pelos Pais no nosso estudo, observou-se 38,8% utilizam o “gel dentário” e 38,2 % os “mordedores de borracha”. Verificou-se no estudo do Simeão e Almeida, (2006), em que 40,5% dos educadores das crianças utilizavam os mordedores como método terapêutico e 25,7% utilizavam pomadas.

Das respostas obtidas pelos Médicos inquiridos, a maioria opta por “nenhuma terapêutica”, cerca de 35,4%, mas quando prescrevem optam por “Medicação tópica” ou “Analgésicos”, ambas com 24,8%, sendo os “Mordedores de Borracha” pouco referidos, com 15%. Silva *et al.*, (2008), referem que esta sintomatologia é transitória e quando aplicado o tratamento correcto o alívio é imediato, pais e pediatras optam por alimentos gelados, mordedores de borracha, massagens gengivais em casos de dores suaves, medicamentos analgésicos e anestésicos tópicos quando as dores são mais acentuadas.

#### **II.4.v) Cuidados na saúde oral**

Neste estudo 51,0% das mulheres enquanto grávidas, revelaram não terem sido alertadas pelos Médicos para os comportamentos/ hábitos que poderiam afectar a futura dentição do bebé. Verificou-se falta de informação nas consultas médicas dos bebés, onde cerca de 78,8% refere, “Não ter ficado esclarecido sobre as informações prestadas pelos profissionais de saúde sobre as alterações na saúde da criança, durante a erupção dentária decídua” e apenas 21,2 % respondeu “Sim”.

Possivelmente, porque a maioria dos inquiridos foram realizados em centros de saúde, onde a maioria dos Médicos são de Medicina Familiar, e as suas abordagens são realizadas de forma geral. No entanto, de acordo com Diniz *et al.*, (2008) a maioria das mães 82% demonstrou estar orientada desde a gravidez, para a prevenção da saúde geral dos seus filhos, apenas 14% recebeu orientação para encaminhar seus filhos ao odontopediatra.

Relativamente à questão do “ início da higiene oral”, a maioria dos pais, refere “Quando surgirem os primeiros dentes de leite”, esta questão reflecte a falta de conhecimento por

parte dos pais e possivelmente por falta de informação prestada pelos profissionais de saúde. No entanto, segundo Melo *et al.*, (2007), a maioria das grávidas não sabe quando iniciar a higiene oral do bebê. De acordo com as normas da ADA (cit in Walter *et al.*, 1997), a limpeza deverá ter início desde o nascimento, proporcionando assim um campo mais limpo e incentivar a criança a este hábito.

No presente estudo, a questão da “Primeira visita ao Dentista/Odontopediatra” a maioria dos pais, refere “primeiro ano de idade” ou “Quando tiver os dentes definitivos”, e nos inquéritos feitos aos Médicos, mostra que a grande maioria opta pelos “dois anos de idade” para encaminhar ao odontopediatra. Segundo os autores Corrêa, (1998) e Walter *et al.*, (1997), a primeira visita ao dentista deve ser desde o nascimento até aos 6 meses de idade, em que é importante a observação: da integridade dos tecidos orais, da inserção do freio labial, das bridas e pregas, anomalias frequentes ao recém-nascido como pérolas de Epstein, nódulos de Bohn, quistos de inclusão, dentes natais e neonatais. Diniz *et al.*, (2008), referem que o Dentista pode auxiliar no diagnóstico de algumas manifestações sistêmicas que apresentam suas manifestações mais precoces na cavidade oral, orientando e encaminhando o paciente atempadamente ao profissional de saúde.

#### **II.4.vi) Equipa multidisciplinar**

Segundo Moreira (2004), a validade do pré-natal é inquestionável para a saúde da grávida e do bebê, devendo ser incluídas as orientações sobre a saúde oral. Isto demonstra como ainda é escassa a participação do Dentista nos programas de planeamento e acompanhamento à grávida, torna-se necessário que esta equipa seja capacitada para motivar as futuras mães a mudanças de atitudes, em prol da saúde dos seus filhos.

É importante a interação entre Odontopediatras e Pediatras para permitir um melhor acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, proporcionando um diagnóstico precoce e abordagem integral da criança, com vista à promoção da saúde (Diniz *et al.*, 2008).

A educação oral deve começar pela educação dos Pais, e deve iniciar-se pelas grávidas, conforme relatam os autores Elvey e Hewie, 1982 (*cit. in* Walter *et al.*, 1997), a grávida deve ser o vector de transmissão de educação oral, por ser aquela que mais contacto tem com a criança. Se esta for consciente transmitirá aos seus filhos, e assim, após uma geração o ciclo da educação estará completo.

### Parte 3 – Conclusão

Considera-se que os objectivos propostos para o presente estudo foram atingidos, demonstrou-se a importância da saúde oral, na detecção precoce de problemas na cavidade oral e as suas implicações sistémicas e/ou locais, foi conhecida a perspectiva dos Médicos Pediatras, Clínicos Gerais e Familiares, bem como os Pais ou Educadores das crianças na fase de erupção dentária primária sobre saúde oral e relação dos sinais e sintomas com a fase eruptiva dentária decídua.

Pela análise dos nossos resultados, podemos concluir que neste grupo de Pais em estudo, mais de 50% das Mães, não consultou o Dentista durante a gravidez, e não receberam informações sobre a saúde oral do bebé em relação a cuidados de higiene, alimentação, e sinais ou sintomas relacionados com a erupção dentária.

Relativamente aos Médicos Pediatras, Clínicos Gerais e Familiares, constatou-se que ainda não está esclarecido que os sinais e sintomas durante o processo eruptivo dentário primário sejam restritos somente à cavidade oral ou possam comprometer a saúde geral da criança.

Os Médicos deveriam ter conhecimentos gerais acerca do desenvolvimento da dentição, da orientação quanto à higiene oral, da dieta e quanto ao período ideal da primeira visita ao Médico Dentista.

É importante referir a importância de uma equipa multidisciplinar, tanto no acompanhamento da grávida, bem como depois do nascimento da criança, para isso é importante a elaboração de programas de actualização e formação contínua, ainda a realização de conferências para os clínicos e assistência na promoção e prevenção da saúde oral através de actividades de comunicação e interacção com os pais/ educadores das crianças e os profissionais de saúde.

Tudo isto reforça a necessidade da criação de melhores estratégias de interacção Médica e o Médico Dentista, mais precisamente o Odontopediatra, no que diz respeito às consultas de saúde infantil e odontopediatria. Este tipo de iniciativa contribuiria assim,

para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e conseqüentemente proporcionar à criança um crescimento e desenvolvimento saudável.

## **BIBLIOGRAFIA**

Ahmad, S., Cobourne, M.T. e Bister, D. (2006). The clinical features and aetiological basics of primary eruption failure. *European journal of orthodontics*, 28(10), pp. 535-540.

Boj, J.R. *et alii*. (2004). *Odontopediatria*. Barcelona, editora Masson, pp. 28-29, 54-56, 89.

Brickhouse, T. H. *et alii*. (2008). Infant oral health care: a survey of general dentists, pediatric dentists, and pediatricians in Virginia, *Pediatric dentistry*, 30(2), pp.147-152.

Bennet, H.J. e Spencer B. (1986). The teething virus. *Pediatric Infection Diseases*, 5, pp. 399-401.

Barlow, B.S., Kanellis, M.J., Slayton, R.L., (2002). Tooth eruption symptoms: A survey of parents and health professionals. *Journal of Dentistry for children*, 96(2), pp. 148-150.

Corrêa, M.S.N.P. (1998). *Odontopediatria na Primeira Infância*. São Paulo, editora Santos, pp. 120-127.

Campos, V., Cruz, R.A., Mello, H.S.A. (2004). *Diagnóstico e Tratamento das Anomalias da Odontogênese*. São Paulo. Livraria Santos.

Cunha, R. F. *et alii*. (2004). Systemic and Local teething Disturbances: Prevalence in a Clinic for Infants. *Journal of dentistry for children*-71(1), pp. 24-26.

Diniz, M.B., *et alii*. (2008). A importância da interação entre odontopediatras e pediatras no manejo de dentes natais e neonatais. *Paul Pediatric*, 26(1), pp. 64-69.

Fernandes, M.H. R., *et alii*. (2009). *Simposium terapêutico- Medicina Dentária*. Lisboa, Editora CMPMedica, pp. 162-163.

Guedes-Pinto, A.C. (2003). *Odontopediaria*. São Paulo, Santos Livraria, pp. 21, 33, 34, 251.

Hulland, S.A. *et alii*. (2000). Eruption of the primary dentition in human infants: prospective descriptive stud *Pediatic dentistry*, 22(5), pp.415. 421.

Holt, R., Scully, C. e Roberts, G. (2000). Oral health and disease. *British Medical Journal*, 17(320), pp.1652-1655.

Hockenberry, J.M., Wilson e Winkelstein. (1998). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro, Elsevier Editora.

klatchoian, D.A. (2002). *Psicologia Odontopediátrica*. São Paulo, Santos livraria editora.

King, D.L. (1994). Teething revisited. *Pediatric Dentistry*, (3), pp. 16170-181.

Leache, E.B. *et alli*. (1995). *Odontopediatria*. Barcelona. Editora Masson, pp. 53, 60-61, 85-113; 119.

Lima, C.M.G., Watanabe, M.G.C., Palha, P.F. (2006). Atenção precoce á saúde bucal: tarefa da equipa de saúde da família. *Revisões e ensaios de Pediatria*. São Paulo, 28(3) pp.191-198.

Loevy, H.T. *et alii*. (1981). *Dental management of the child patient*. Chicago, Quintessense books.

Mcdonald, R.E. e Avery, D.R. (2001). *Odontopediatria*. Rio de Janeiro, editora Guanabara-Koogan, pp. 83-123., 37

Meyer, F. (2004). Saúde bucal – Mitos e dúvidas entre pediatras. *Jornal Paranaense de Pediatria*, (1), pp. 4-10.

Moreira, P. *et alli.* (2004). Na Multidisciplinary performance in relation to maternal and childhood oral health promotion; *Pesq Bras Odontopediatria Clinica integrada*, 4 (3), pp. 259-264.

Melo, J.M., *et alli.* (2007). Conhecendo a captação de informações de mães sobre os cuidados com o bebê na estratégia Saúde da Família. *Biblioteca Virtual em Saúde*, 16(2), pp. 280-286.

Macknin, L.M., *et alli.* (2000). Symptoms Associated with Infant Teething: A Prospective Study. *Pediatrics*, 105(4), pp. 747-752.

Pierce, A.M., Lindskog, S. e Hammarstrong, L. (1986) IgE in postsectoral ameloblast suggesting a hypersensitivity reaction at tooth eruption. *Journal Dent Child*, 53(1), pp. 23-26.

Peterz, B. *et alli.* (2003). Systemic manifestations during eruption of primary teeth in infants. *Journal Dental Child*, 70(2), pp. 170-173.

Ribeiro, J. (2007). Metodologia de investigação em psicologia e saúde. Porto, Legis Editora.

Shapira, J. *et alli.* (2003). Cytokine Levels in Gengival Crevicular Fluid of Eruption Primary Teeth Correlated With Systemic Disturbances Accompanying Teething. *Pediatric Dentistry*, 25(5), pp.441-446.

Simeão, M.C Q.M. e Almeida, A.G. (2006). Erupção dentária: Estudo de suas manifestações clínicas na primeira infância segundo cuidadores e médicos pediatras. *Pesq. Bras. Odontop. Clin., João Pessoa*. 6(2), pp. 173-180.

Silva, F.W.G. *et alli.* (2008). Erupção dental: sintomatologia e tratamento. *Biblioteca virtual em saúde. Pediatría*, (São Paulo). 30(4), pp. 243-248.

- Snawder, k.D. (1987). *Manual de odontopediatria clínica*. Barcelona, editora Labor.
- Santos, C.L., Douglas, J.M. (2008). Practices and Opinions of Pediatric and General Dentists in Connecticut Regarding the Age 1 Dental Care for Children Younger than 3 Years Old. *Pediatric Dentistry*, 30(4), pp. 348-341.
- Toledo, O.A. (2005). *Fundamentos para a prática clínica*. São Paulo-Brasil, Editorial premier, pp. 13 – 17.
- Tanguery, R., Demirjian, A. e Thibault H.W. (1984). Sexual dimorphism in the emergence of deciduous teeth. *Journal of Dental Research*, 63(1), pp. 63-65.
- Tasanen, A.(1968). General and local effects of the eruption of deciduous teeth. *Ann Paedetr Fenn*, 29, pp.4-8.
- Valentine, FF., Candelária, LFA. e Carvalho, PL. (2007). Estudo dos factores que alteram a cronologia da erupção dentária. *Revista Virtual de Odontologia*, 3, pp.18-23.
- Waes, H.J.M. e Stockli, P.W. (2001). *Odontopediatria*, colecção Artmed de atlas coloridos de odontologia. Brasil, colecção Artmed, pp. 91-92.
- Walter, L.R.F., Ferelle, A., Issao, M., (1997). *Odontologia para o Bebê*. São Paulo-Brasil, Editora Artes Médicas.
- Wake, M., *et alli*. (2000). Teething and Eruption in Infants: A Cohort Study. *Pediatrics*, 106(6), pp. 1374-137.
- Wake M., Hesketh k. (2002). Teething symptoms: cross sectional survey of five groups of child health professionals. *Journal of dentistry for children*, (12), pp. 48-50.
- III Jornadas do serviço de Pediatria – Hospital de Santa Maria. (1995). *Controvérsias em Pediatria*. Universidade de Lisboa, pp. 26-8.

## **ANEXOS**

## ÍNDICE DE ANEXOS

**ANEXO I** – Inquérito “Sinais e Sintomas durante a Erupção Dentaria Decídua” – dirigido aos Médicos.

**ANEXO II** – Pedido de autorização ao Director do Centro Hospitalar do Funchal e Resumo do projecto da monografia, “Sinais e sintomas durante a erupção decídua”.

**ANEXO III** – Pedido de autorização aos Directores dos Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira.

**ANEXO IV** – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Central do Funchal.

**ANEXO V** – Inquérito “Sinais e Sintomas durante a Erupção Dentaria Decídua” – dirigido aos Pais ou educadores das crianças em estudo.

**ANEXO VI** – Tabelas dos cruzamentos utilizados no estudo “Sinais e Sintomas durante a Erupção Dentaria Decídua”

**Tabela I.** Comparação das respostas dadas pelos médicos e os pais/ educadores das crianças à questão “Observou alguma alteração clínica ou de saúde na criança durante a erupção dentária?”

**Tabela II.** Tabela representativa do teste de Fisher efectuado para demonstrar que há uma associação significativa entre as respostas dos Médicos e dos Pais/ educadores, sobre a existência de alterações de saúde na criança, durante a fase eruptiva

**Tabela III.** Distribuição das respostas dadas pelos Médicos e Pais/ educadores das crianças à questão “ Sinais ou sintomas mais frequentes na criança, durante a erupção dentária decídua”.

**Tabela IV.** Tabela representativa do teste do  $\chi^2$  efectuado para demonstrar que há uma associação entre as respostas dadas pelos Médicos e Pais/ educadores das crianças em estudo, quanto aos sinais e sintomas mais referidos por ambos os grupos de estudo.

**Tabela V.** Tabela representativa do teste do  $\chi^2$  efectuado para demonstrar que há uma associação entre as respostas dadas pelos Médicos e Pais/ educadores das crianças em estudo, quanto aos sinais e sintomas mais referidos por ambos os grupos de estudo.

**Tabela VI.** Comparação das respostas dadas pelos médicos à questão “ Acha que os sintomas têm ligação directa com a fase eruptiva da dentição decídua”, relativamente às diferentes especialidades, Pediatria, Clínico Geral e Clínico Familiar.

## **ANEXO I**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**Faculdade Ciências da Saúde**

**Licenciatura em Medicina Dentária**

**Porto, 2008/2009**



**Local de recolha de dados:** Hospitais, Centros de Saúde, e consultórios privados na Região Autónoma da Madeira.

**Pesquisador:** Márcia Sofia Teixeira Gonçalves nº12790, 6ºAno Medicina Dentária.

**Propósito:** O objectivo principal deste trabalho é avaliar a incidência de Sinais e Sintomas durante Erupção Dentária Decídua, observada por um grupo de pais ou responsáveis de crianças e por Médicos de Família, Clínicos Gerais ou Pediatras durante esse período.

**Informações:** Os inquiridos têm garantia de esclarecimento acerca de qualquer pergunta do questionário.

**Garantia de sigilo:** Os dados da pesquisa têm finalidade exclusivamente científica, sendo assegurado total sigilo.

# Questionário

## Dados Individuais

I. Idade: \_\_\_ anos    II. Género M  / F

III. Especialidade \_\_\_\_\_

## IV. Realiza exame da cavidade oral durante a consulta?

- Sempre
- Só quando há queixa
- Raramente
- Nunca

## V. Em que idade se inicia a erupção dentária decídua?

- Intra-uterino
- Primeiro trimestre
- Quarto mês
- Sexto mês

## VI. Qual 1º dente a erupcionar na dentição primária?

- Incisivo central superior
- Incisivo central inferior
- Incisivo lateral superior
- Incisivo lateral inferior

**VII. O desenvolvimento da denteição decídua inicia-se:**

- Período intra-uterina
- Nascimento
- Primeiro trimestre
- Sexto mês

**VIII. A administração de antibióticos (tetraciclina), na fase de formação Dentária, pode originar alguma alteração na denteição?**

- Sim
- Não

**IX. Costuma observar alguma alteração clínica nos seus pacientes durante erupção dentária?**

- Sim
- Não

**X. Acha que esses sintomas têm ligação directa com fase eruptiva da denteição decídua?**

- Sim
- Não, apenas coincidência com outras situações sistémicas ou locais que a criança tenha na altura em questão.

**XI. Que alterações clínicas costumam ser mais frequentes. (assinale pelo menos 5):**

- Irritabilidade
- Hábito levar mão à boca
- Febre
- Sialorreia
- Sono inquieto
- Diarreia
- Perda appetite
- Gengivite
- Vômitos
- Erupções cutâneas
- Tosse
- Aumento secreção nasal
- Salivação excessiva
- Nenhum
- Outros: \_\_\_\_\_

**XII. Quando existem sinais e sintomas clínicos durante erupção dentária decídua, costuma prescrever alguma terapêutica?**

- Sim
- Não

**XIII. Se respondeu positivamente na questão anterior, diga que tipo de terapêutica?**

- Orientação exclusiva**
- Medicação tópica (gel anestésico)**
- Analgésicos**
- Medicação sistêmica**
- Dispositivos frios (refrigeradores mordedores)**
- Outros: \_\_\_\_\_**
- Nenhum**

**XIV. Costuma encaminhar para o Dentista/ Odontopediatra quando observa manifestações clínicas durante a erupção dentária decídua?**

- Sim**
- Não**

**XV. Qual idade ideal para recomendar os pacientes para Odontopediatra?**

- 6 meses**
- 12 meses**
- 2 anos**
- 4 anos**

## **ANEXO II**

Funchal, 1 de Setembro de 2008

Exmo. Sr. Director do Hospital Central do Funchal:

Dr. Almada Cardoso,

No âmbito da realização da monografia, do curso de medicina dentária da Universidade Fernando Pessoa, a aluna Márcia Sofia Teixeira Gonçalves solicita a vossa autorização para a entrega de questionários aos Médicos de Família, Pediatras e Clínicos Gerais, dos respectivos Centros de Saúde da região Autónoma da Madeira.

O tema do trabalho é “Sinais e sintoma durante a erupção dentária Decídua”, a realização deste trabalho não tem como objectivo proceder a qualquer tipo de avaliação, mas sim, poder identificar as maiores dificuldades dos Médicos de Família, Pediatras ou Clínicos Gerais acerca da temática, possibilitando posteriormente, aos Médicos Dentistas contribuir com os seus conhecimentos no esclarecimento de eventuais dúvidas, em prol da saúde oral dos pacientes.

Em anexo, envio um resumo do projecto do trabalho em questão.

Agradeço desde já, a vossa disponibilidade e o auxílio prestado á realização do meu trabalho.

Os meus sinceros e cordiais cumprimentos!

Márcia Gonçalves

**Anexo: Resumo do projecto da monografia, “Sinais e sintomas durante a erupção decídua”**

Autora: Márcia Sofia Teixeira Gonçalves

Orientador: Prof. Dr. Luís Pedro Ferreira

Instituição: Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa

**Tema:** Sinais e Sintomas durante a erupção dentária decídua.

**Objectivo:** avaliar a incidência de sinais e sintomas durante a erupção Dentária Decídua

**Finalidade/Contributo:** identificar as maiores dificuldades dos Médicos de Família, Pediatras e Clínicos Gerais acerca da temática, possibilitando posteriormente, aos Médicos Dentistas contribuir com os seus conhecimentos no esclarecimento de eventuais dúvidas, em prol da saúde oral dos pacientes.

**Participantes no estudo:** médicos de família, Pediatras a desenvolverem a sua actividade no Hospital e centros de saúde de região autónoma da Madeira e os pais ou educadores que acompanham as crianças às consultas.

**Crítérios de selecção:** Médicos pediatras, clínicos gerais e familiar a exercerem actividade nos centros de saúde da Região Autónoma da Madeira, que consultam crianças entre os 6 meses e os 24 meses de idade. Todos os pais ou educadores que se encontrem nas respectivas salas de espera dos centros de saúde e hospital.

**Metodologia da colheita de dados:** Os questionários serão entregues no Centro de Saúde à Directora do centro de Saúde. Posteriormente serão recolhidos. Os questionários dos pais ou educadores das crianças serão entregues pessoalmente nas salas de espera das consultas.

## Aspectos éticos

- O preenchimento deverá ser realizado em espaço determinado pelos próprios médicos de família.
- Os questionários deverão ser inseridos após o preenchimento no envelope que acompanha o mesmo, sendo este encerrado e entregue ao investigador que o colocará numa caixa tipo urna que o acompanhará e que funcionará apenas para esse fim.
- A recolha de dados está prevista nos 15 dias após a distribuição.
- Teremos em atenção todos os aspectos éticos na realização deste estudo de investigação como o direito a um tratamento justo e equitativo antes, durante e após a participação no estudo.
- A participação no estudo é voluntária.
- Todos os questionários são anónimos e ser-nos-ão devolvidos num envelope fechado garantindo assim o anonimato, a privacidade e confidencialidade dos dados.
- O nome do Centro de Saúde não será divulgado no nosso estudo de forma a assegurar os princípios éticos supracitados.
- Também nos comprometemos a destruir os questionários no fim do estudo.
- Estamos disponíveis para o informar sobre os resultados obtidos, caso seja do seu interesse.
- Este estudo despertou a minha curiosidade, porque existem controvérsias na literatura no que se refere à presença ou não de sintomatologia durante a erupção.
- Por vezes é necessário dar especial importância a alguns sintomas mais acentuados durante esse período, que podem alertar para alguma doença sistémica que possa ocorrer concomitantemente, daí a importância entre a interacção médica e o médico dentista mais precisamente o odontopediatra.

No caso de surgir alguma dúvida ou a necessidade de qualquer esclarecimento, deixo o meu contacto:

Márcia Sofia Teixeira Gonçalves (marciatgoncalves@gmail.com)

Telefone: 966356968

Obrigada pela sua disponibilidade!

**ANEXO III**



Universidade Fernando Pessoa

Exmo. Senhor/ a Director/a do Centro de Saúde : \_\_\_\_\_,

Dr./a: \_\_\_\_\_:

No âmbito da realização da monografia, do curso de medicina dentária da Universidade Fernando Pessoa, a aluna Márcia Sofia Teixeira Gonçalves solicita a colaboração dos Médicos de Família do Centro de Saúde do qual vossa Exa. é director/a.

O tema do trabalho é “Sinais e sintoma durante a erupção dentária Decídua” e a sua parte prática consiste na recolha de dados, sob a forma de questionário que segue em anexo.

Serão entregues ao Director/a do respectivo centro de saúde, e posteriormente a todos os médicos do respectivo Centro de Saúde.

A realização deste trabalho não tem como objectivo proceder a qualquer tipo de avaliação, mas sim, poder identificar as maiores dificuldades dos Médicos de Família, Pediatras ou Clínicos Gerais acerca da temática.

Possibilitando posteriormente, aos Médicos Dentistas contribuir com os seus conhecimentos no esclarecimento de eventuais dúvidas, em prol da saúde oral dos pacientes.

Agradeço desde já, a vossa disponibilidade e o auxílio prestado á realização do meu trabalho.

Os meus sinceros e cordiais cumprimentos!

Márcia Gonçalves

## **ANEXO IV**



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

Comissão de Ética para a Saúde  
do  
Hospital Central do Funchal

Parecer nº 65/08

**O Pedido:**

Recebido do Conselho de Administração para parecer, pedido de autorização de Márcia Sofia Teixeira Gonçalves, aluna do 6º ano do Curso de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, para aplicar um Inquérito aos médicos de família, pediatras e clínicos gerais do Hospital e Centros de Saúde da RAM, para a consecução da sua Monografia final de Curso intitulada "Sinais e Sintomas durante a Erupção Dentária Decidua".

**Parecer:**

A CES/SRS,EPE, organizada e a funcionar de acordo com os requisitos das Normas da Boa Prática Clínica (ICHGCP *Guidelines*) e da legislação nacional em vigor (Dec. Lei nº 97/95, de 10 de Maio), composta por Dr. Edward Richard Maul, Médico e Presidente, Dr. Sílvio Sousa, Juiz Desembargador, Dr. Miguel Pestana, Médico, Dr. José Manuel Freitas, Teólogo, Drª Inês Ribeiro, Farmacêutica e Enfermeira Isabel Santos, na sua reunião de 20 de Outubro de 2008, decidiu por unanimidade dar parecer favorável ao pedido de aplicação de Inquérito por não levantar quaisquer problemas de ordem ética.

Funchal, 30 de Outubro de 2008

O Presidente da CES

  
(Edward Richard Maul)  
COMISSÃO  
ÉTICA  
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE

## **ANEXO V**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**Faculdade Ciências da Saúde**

**Licenciatura em Medicina Dentária**

**Porto, 2008/2009**



**Local de recolha de dados:** Hospitais, Centros de Saúde e consultórios privados na Região Autónoma da Madeira.

**Pesquisador:** Márcia Sofia Teixeira Gonçalves nº12790, 6ºAno Medicina Dentária.

**Propósito:** O objectivo principal deste trabalho é avaliar a incidência de Sinais e Sintomas durante Erupção Dentária Decídua, observada por um grupo de pais ou responsáveis de crianças e por Médicos de Família, Clínicos Gerais ou Pediatras durante esse período.

**Informações:** Os inquiridos têm garantia de esclarecimento acerca de qualquer pergunta do questionário.

**Garantia de sigilo:** Os dados da pesquisa têm finalidade exclusivamente científica, sendo assegurado total sigilo.

# Questionário

## Dados Individuais

I. Idade: \_\_\_ meses    II. Género M  / F

## III. Durante a sua gravidez foi ao Dentista?

- Sim
- Não

## IV. O seu Médico Dentista ou o Médico que a acompanhou durante a gravidez, referiu-lhe que os seus comportamentos/ hábitos poderiam afectar a dentição da criança?

- Sim
- Não

## V. Observou alguma alteração na saúde da criança durante a erupção dentária?

- Sim
- Não

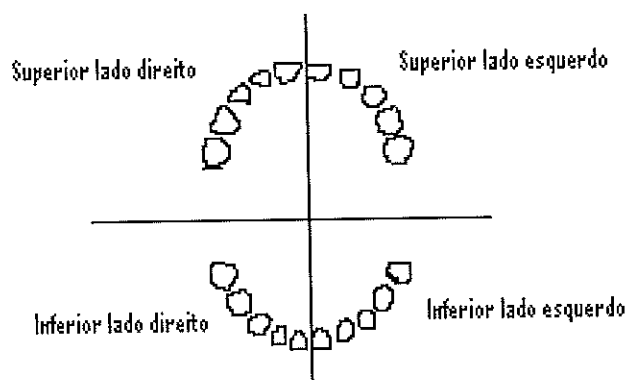
**VI. Assinale pelo menos 5 dos seguintes sintomas /sinais que mais observou na criança:**

- Irritabilidade
- Falta de apetite
- Levar a mão boca
- Febre
- Diarreia
- Tosse
- Vômitos
- Sono inquieto
- Erupções cutâneas
- Morder objectos duros
- Gengivas vermelhas e inchadas
- Sangramento da gengiva
- Nenhum
- Outros: \_\_\_\_\_

**VII. Quando é que surgiram esses sintomas?**

- Antes da erupção dentária
- Durante a erupção dentária
- Depois da erupção dentária
- Antes e durante a erupção

**VIII. Se acha que esses sintomas foram mais evidentes em alguns dentes, indique na figura abaixo. (pintando no/s dentes que mais manifestações apresentaram):**



**IX. Utiliza alguma terapêutica para melhorar os sintomas da criança?**

- Dispositivos frios- frigorífico (Mordedores de borracha)
- Gel dentário
- Gotinhas
- Medicamentos caseiros
- Nenhum
- Outros: \_\_\_\_\_

**X. Costuma realizar higiene oral ao bebé?**

- Sim, desde o nascimento
- Sim, quando surgiram primeiros dentes de leite
- Sim, a partir 1 ano de idade
- Não

**XI. Com que idade pensa levar a criança ao Médico Dentista/ Odontopediatra?**

- Antes erupção dentária
- Quando erupcionarem os primeiros dentes de leite
- Quando tiver os dentes definitivos
- 1 ano

**XII. Ficou esclarecida sobre as informações recebidas pelos profissionais de saúde, em relação às alterações na saúde da criança durante erupção dentária?**

- Sim
- Não

Obrigada pela atenção e tempo dispendido

## **ANEXO VI**

Inquérito		Observou alguma alteração na saúde da criança durante a erupção dentária?		Total
		Sim	Não	
Médicos	n	84	29	113
	%	74,3%	25,7%	100,0%
Pais	n	90	14	104
	%	86,5%	13,5%	100,0%
Total	n	174	43	217
	%	80,2%	19,8%	100,0%

**Tabela I.** Comparação das respostas dadas pelos médicos e os pais/ educadores das crianças à questão “Observou alguma alteração clínica ou de saúde na criança durante a erupção dentária?”

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,075 <sup>a</sup>	1	,024		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4,336	1	,037		
Likelihood Ratio	5,178	1	,023		
Fisher's Exact Test				,027	,018
N of Valid Cases	217				

**Tabela II.** Tabela representativa do teste de Fisher efectuado para demonstrar que há uma associação significativa entre as respostas dos Médicos e dos Pais/ educadores, sobre a existência de alterações de saúde na criança, durante a fase eruptiva.

Sintomas	Inquérito		Total
	Médicos	Pais	
Irritabilidade	68	53	121
Falta de apetite	41	33	74
Hábito levar mão à boca	61	76	137
Febre	51	56	107
Diarreia	27	53	80
Tosse	3	8	11
Vómitos	7	5	12
Sono inquieto	37	35	72
Erupções cutâneas	17	10	27
Gengivite	31	50	81
Nenhum	30	14	44
Outros	70	80	150
Total	443	473	916

**Tabela III.** Distribuição das respostas dadas pelos Médicos e Pais/ educadores das crianças à questão “Sinais ou sintomas mais frequentes na criança, durante a erupção dentária decidua”.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,515 <sup>a</sup>	11	,004
Likelihood Ratio	27,937	11	,003
N of Valid Cases	916		

**Tabela IV.** Tabela representativa do teste do  $\chi^2$  efectuado para demonstrar que há uma associação entre as respostas dadas pelos Médicos e Pais/ educadores das crianças em estudo, quanto aos sinais e sintomas mais referidos por ambos os grupos de estudo.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,642 <sup>a</sup>	2	,002
Likelihood Ratio	12,746	2	,002
Linear-by-Linear Association	11,911	1	,001
N of Valid Cases	113		

**Tabela V.** Tabela representativa do teste do  $\chi^2$  efectuado para demonstrar que há uma associação entre as respostas dadas pelos Médicos e Pais/ educadores das crianças em estudo, quanto aos sinais e sintomas mais referidos por ambos os grupos de estudo.

Especialidade		Acha que esses sintomas têm ligação directa com fase eruptiva da dentição decídua?		Total
		Sim	Não	
Pediatria	n	12	17	29
	%	16,0%	44,7%	25,7%
Família	n	44	18	62
	%	58,7%	47,4%	54,9%
Geral	n	19	3	22
	%	25,3%	7,9%	19,5%
Total	n	75	38	113
	%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabela VI.** Comparação das respostas dadas pelos médicos à questão “Acha que os sintomas têm ligação directa com a fase eruptiva da dentição decídua”, relativamente às diferentes especialidades, Pediatria, Clínico Geral e Clínico Familiar.