

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

JENIPHER DA SILVA PORTO DE MORAES

THALLITA SOBREIRA PEREIRA

**PREVALÊNCIA DE MÁ OCLUSÃO NA CLÍNICA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
ORTODONTIA DO UniFOA**

VOLTA REDONDA

2019

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**PREVALÊNCIA DE MÁ OCLUSÃO NA CLÍNICA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
ORTODONTIA DO UniFOA**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunos: Jenipher da Silva P. de Moraes

Thallita Sobreira Pereira

Orientador: Pedro Augusto P. Bittencourt

Coorientadora: Roberta Mansur Caetano

VOLTA REDONDA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

P436p Pereira, Thallita Sobreira.

Prevalência de má oclusão na clínica de especialização de ortodontia do UniFOA. / Thallita Sobreira Pereira; Jenipher da Silva Porto de Moraes. – Volta Redonda: UniFOA, 2019.

45 p. II

Orientador (a): Pedro Augusto P. Bittencourt

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2019.

1. Odontologia - TCC. 2. Má oclusão - prevalência. 3. Classificação de Angle. I. Bittencourt, Pedro Augusto P. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Prevalência de Má Oclusão na Clínica de Especialização de Ortodontia do UniFOA”

Elaborado por: Jenipher da Silva P. de Moraes
Thallita Sobreira Pereira

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 04 de Dezembro de 2019.

Banca Avaliadora:

.....
Prof Mestre Pedro Augusto Peixoto Bittencourt

.....
Profª Doutora Roberta Mansur Caetano

.....
Profº Mestre Paula Chagas Silva de Oliveira

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus por ter me dado saúde e capacidade de chegar até aqui, me presenteando com momentos e pessoas especiais. Aos meus pais, meus maiores e melhores orientadores na vida. Sem eles nada seria possível. Ao meu noivo, por todo companheirismo e paciência. Saiba que sua presença foi essencial para a conclusão deste trabalho. Ao meu irmão por fazer parte dessa trajetória e ser o melhor irmão que eu poderia ter. A minha sogra e segunda mãe, por todo carinho, incentivo e por ser tão presente na minha vida. Aos meus professores, Pedro Bittencout e Roberta Mansur, por serem uma constante fonte de motivação e incentivo ao longo de todo o projeto. Essa conquista é também de cada um de vocês por acreditarem em meu potencial. Muito obrigada.

Thallita Sobreira Pereira

Dedico este trabalho a Deus que com sua infinita sabedoria foi um verdadeiro guia nessa minha jornada, me concedendo a oportunidade de conhecer pessoas incríveis. A minha Família que sempre sonhou junto a mim. Ao meu esposo Diego e meus filhos Ana Laura e João Gabriel que foram pacientes em minha ausência e foram a minha força para que esse sonho se concretizasse. Aos meus Professores Pedro Bittencourt e Roberta Mansur, que não mediram esforços para nos ajudar, cuja dedicação e paciência serviram como pilares de sustentação para a conclusão deste trabalho.

Jenipher da Silva P. de Moraes

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer a Deus por, ao longo deste processo complicado e desgastante, me ter feito ver o caminho, nos momentos em que pensei em desistir, foi um caminho árduo, mas finalmente consegui chegar ao final.

Agradeço ao meu orientador Pedro Bittencourt pela paciência e pela dedicação, Gostaria de agradecer minha família, em especial, meu pai e minha mãe, que juntos enfrentaram tantas dificuldades para que eu pudesse estudar.

Agradeço ao meu marido Diego que ao longo desses anos me deu não só força, mas apoio para vencer essa etapa da vida acadêmica e aos meus filhos Ana Laura e João Gabriel que foram meu maior incentivo.

A minha coorientadora, Roberta Mansur, obrigada por todo suporte e pelas correções e incentivos.

Jenipher da Silva Porto de Moraes

Agradeço primeiramente a Deus, por ser o principal responsável de tudo isso.

Aos meus pais, José e Regina, serei eternamente grata, por todo amor incondicional e todos os esforços que nunca foram medidos para minha educação e formação pessoal e profissional, por sempre apoiarem minhas escolhas e serem meus exemplos de vida.

Sou grata também ao meu noivo, Douglas, que é essencial em minha vida, por ter feito parte de cada detalhe dessa trajetória e por estar sempre ao meu lado me apoiando e incentivando para que eu me torne cada dia mais uma pessoa melhor. Tenho orgulho em tê-lo ao meu lado.

Agradeço ao meu orientador Pedro Bittencout, por todos os ensinamentos e paciência que teve ao longo dessa jornada, que com todo carinho soube dirigir-me aos passos e aos pensamentos corretos para que eu alcançasse meus objetivos.

A minha coorientadora, Roberta Mansur, por ter sido uma mãe do começo ao fim. Obrigada por ser essa pessoa tão maravilhosa e por ter estado junto com a gente desde o início com a sua dedicação.

Thallita Sobreira Pereira

EPÍGRAFE

“Que os vossos esforços desafiem às impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas daquilo que parecia impossível”.

Charles Chaplin

RESUMO

A má oclusão é um dos maiores problemas de saúde bucal, em função de sua elevada prevalência e por apresentar impactos negativos na vida do paciente e na sociedade. No presente trabalho, foi realizado um estudo quantitativo, com objetivo de avaliar a incidência de má oclusão em uma amostragem de 100 modelos de pacientes atendidos Clínica de Especialização de Ortodontia do UniFOA. A pesquisa continha ambos os gêneros, com percentuais de 54% gênero feminino e 46% gênero masculino, em dentição mista e permanente, com uma faixa etária variando de 7 a 54 anos. Foi elaborada uma ficha técnica para a classificação dos modelos quanto ao tipo de má oclusão. Após avaliarmos os resultados, constatamos que a Classe I foi a relação molar mais frequentemente encontrada (57%). O apinhamento anterior foi a má oclusão mais frequente, estando presente em 67% da amostra, seguida da sobremordida aumentada, com 43% e a sobressaliência, com 37%. A mordida cruzada posterior unilateral e a mordida aberta anterior obtiveram os mesmos resultados, com 16% cada. As demais más oclusões, em todas as suas formas, apresentaram pequena representatividade na amostra estudada. Portanto ressalta-se a importância da identificação precoce da má oclusão nos pacientes jovens devido à relação custo/benefício do tratamento ser melhor em tratamentos precoces, visando manter a saúde bucal bem como a qualidade de vida das crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Má Oclusão, Prevalência, Classificação de Angle

ABSTRACT

Malocclusion is one of the most serious problems regarding oral health, due to its high prevalence and how it negatively impacts the lives of patients and society in general. This paper presents a quantitative study which aims to evaluate the occurrence of malocclusion in a sample containing 100 plaster study models from patients who received care at the UniFOA Specialty Orthodontics Clinic. This group of patients consists of both genders, 54% female and 46% male, with mixed and permanent dentition, aged 7 to 54 years old. A data sheet was designed to classify the study models according to the type of malocclusion. After evaluating the results, it was found that the most common molar relationship in the samples were Class I (57%). Mandibular anterior crowding was the most common type of malocclusion (67%), followed by Deep overbite (43%) and Overjet (37%). Unilateral posterior crossbite and anterior open bite were both found in 16% of the samples. The remaining types of malocclusion, in all of its forms, were found in a small percentage of the samples. Hence the importance of malocclusion diagnosis in younger patients must be emphasized because early treatment provides a higher price-performance ratio, which allows young patients to achieve better oral health as well as quality of life.

Keywords: Malocclusion, Prevalence, Oral Health, Angle's Classification.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Gênero	26
Gráfico 2 Faixa Etária	26
Gráfico 3 Tipo de Dentição.....	27
Gráfico 4 Classificação de Angle.....	27
Gráfico 5 Relação de Canino	28
Gráfico 6 Mordida Cruzada	29
Gráfico 7 Mordida Aberta	29
Gráfico 8 Sobremordida Aumentada	30
Gráfico 9 Sobressaliência Aumentada	30
Gráfico 10 Apinhamento.....	31
Gráfico 11 Mordida Topo a Topo	31
Gráfico 12 Giroversão	32
Gráfico 13 Supranumerário	32
Gráfico 14 Ausência Dentária.....	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABOR	Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Facial
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CoEPS	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
et al.	E colaboradores
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda
%	Porcentagem

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A Questionário	43
-------------------------------	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo A Parecer Consubstanciado do CoEPs.....44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 Prevalência de má oclusão	15
2.2 A importância da amamentação no desenvolvimento facial infantil	15
2.3 A má oclusão e sua associação com hábitos bucais	16
2.4 A má oclusão e seu impacto na qualidade de vida de crianças e adolescentes	17
2.5 Prevalência de má oclusão em crianças e adolescentes	17
3 MATERIAIS E MÉTODOS	24
4 RESULTADOS.....	26
5 DISCUSSÃO	33
6 CONCLUSÃO	37
7 REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICES	43
ANEXO A.....	44

1 INTRODUÇÃO

A má oclusão consiste em alterações no crescimento e desenvolvimento craniofacial, afetando músculos faciais, ossos maxilares, estética e funções da oclusão, mastigação, fonação, deglutição e respiração, trazendo consequências no convívio social, psicossocial e na qualidade de vida da população (FERNANDES et al., 2013, MOREIRA et al., 2015, BARBOSA et al., 2017).

Segunda a Organização Mundial de Saúde, é a terceira patologia bucal mais prevalente na população mundial superada apenas pela cárie dentária e doença periodontal, e apresentam uma elevada prevalência em todas as dentições. (MARCENES et al., 2013). Caracteriza-se pelo relacionamento anormal dos arcos dentários decíduos, mistos ou permanentes em qualquer um dos planos anatômicos (MANSUR, 2015).

Devido à sua elevada prevalência e por apresentar impacto negativo na vida do indivíduo e na sociedade, merecendo um olhar especial, a má oclusão é considerada um problema de saúde pública e, por isso, foi viabilizado a inclusão da ortodontia no serviço público, visto que são problemas de saúde de interesse na Saúde Coletiva (ALVES et al., 2009, BRASIL, 2011, VILAIN et al., 2016).

Vários estudos foram realizados para avaliar e analisar a prevalência da má oclusão nas dentições decídua, mista e permanente, para que medidas cabíveis sejam tomadas pelos serviços públicos o mais cedo possível, como medida de prevenção, e para impedir que a má oclusão se instale precocemente, evitando que a ortodontia corretiva seja necessária e assim custos do estado seja diminuído, alcançando assim, maior parte da população (FERNANDES et al, 2013, SOUZA et al., 2016).

Sendo assim, o objetivo principal do presente estudo foi avaliar a prevalência dos vários tipos de má oclusão presentes nos pacientes da Clínica de Especialização de Ortodontia do UniFOA, bem como enfatizar a importância do tratamento precoce.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Prevalência de má oclusão

A má oclusão afeta grande parte da população mundial, sendo um sério problema de saúde pública devido à alta prevalência. Estudo brasileiro de base populacional realizado em 2010 demonstrou que 38,8% dos adolescentes de 12 anos de idade apresentavam má oclusão (BRASIL, 2011). Apinhamento, espaçamentos dentários, assim como sobressaliência acentuada, são os tipos de má oclusão que mais acometem indivíduos na faixa etária de 9 a 14 anos de idade (BRITO et al., 2009).

Indivíduos com baixa condição socioeconômica possuem níveis mais elevados de alterações bucais, apresentando maior prevalência de má oclusão. Estudos demonstraram que os adolescentes que possuem fatores individuais e contextuais de má oclusão, são indivíduos pertencentes a distritos sanitários com piores condições de saneamento básico, possuindo baixa renda familiar, pouca ou nenhuma escolaridade, desigualdade social e taxa de desemprego (BENDO et al., 2012.; BRIZON et al., 2013.; JORDÃO et al., 2015; MARTINS et al., 2019).

A vulnerabilidade social incapacita os pais a oferecerem tratamento adequado aos seus filhos, visto que 70% da população não possui condições para buscar tratamentos em serviços particulares, devido aos custos de um tratamento ortodôntico. Esses indivíduos devem ser avaliados para possível oportunidade de tratamento nos sistemas públicos de saúde, uma vez que o acesso ao tratamento ortodôntico pode ser negado ou dependendo da localização de moradia, não existir (BARBOSA; GALLO, 2018; MARTINS et al., 2019).

2.2 A importância da amamentação no desenvolvimento facial infantil

A amamentação contribui para a proteção da má oclusão, pelo fato de ser nutritivo e por estimular corretamente o desenvolvimento e crescimento das estruturas faciais, assim fazendo com que movimente músculos faciais e bucais a fim de desenvolver as funções do sistema estomatognático (BUENO et al., 2013).

O seio materno funciona como um aparelho ortodôntico natural, pois durante o ato de sucção, o bebê posiciona corretamente a língua e as bochechas dentro da boca, desenvolvendo toda função neuromuscular da cavidade oral, favorecendo assim, o crescimento harmonioso da face do bebê (KNOLL, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os hábitos bucais inadequados podem interferir e causar um desequilíbrio muscular, como é o caso da sucção de dedo e chupeta, interposição lingual e respiração bucal, quando prolongados. A mordida aberta anterior, a mordida cruzada posterior e a sobressaliência aumentada são as más oclusões mais comuns desenvolvidas pela presença desses hábitos bucais (PASSOS; BULHOSA, 2010; ALMEIDA et al., 2013).

2.3 A má oclusão e sua associação com hábitos bucais

Campos et al. (2013) realizaram um levantamento epidemiológico de saúde bucal em nove Unidades de Saúde da Família. Participaram do estudo 441 crianças com idade de 5 anos. Foram realizados exames bucais e aplicado questionário estruturado aos pais com questões sobre características demográficas, socioeconômicas relativas à família e ao domicílio, e questões relativas aos hábitos, cuidados e internações hospitalares da criança. Constataram que, crianças que utilizaram chupeta por mais de dois anos, apresentaram 67,2% mais chance de ter má oclusão do que aquelas que não usaram. As que dormiam de boca aberta tiveram 50% mais chance de apresentarem má oclusão, e as que foram internadas por motivos de alergia ou bronquite, tiveram 65,5% mais chance de apresentarem má oclusão do que aqueles que foram internados por qualquer outro motivo.

São considerados hábitos deletérios não funcionais: sucção de polegar e outros dedos; projeção da língua; sucção e mordida do lábio, deglutição atípica, má postura no sono, onicofagia, sucção habitual de lápis, chupetas e outros objetos, bruxismo diurno e noturno e respiração bucal. Todos esses fatores podem ocasionar alteração no desenvolvimento ósseo, nas posições dentárias, do processo respiratório e da fala. Quando esses hábitos são eliminados até os três anos de idade, a incidência de má oclusão é menor, podendo este voltar ao seu equilíbrio normal. Porém, quando ultrapassado esse tempo de três anos, poderá levar a

deformações significantes na oclusão e obtendo uma maior probabilidade de tratamento ortodôntico no futuro (NOGUEIRA, 2014; VILAIN et al. 2016).

O status socioeconômico, o ambiente doméstico e as influências familiares desempenham papéis-chave na determinação da saúde bucal de um indivíduo. Assim, além das dimensões funcionais, as dimensões psicossociais da saúde bucal devem ser consideradas quando se busca implementar e avaliar intervenções em saúde bucal (PAULA et al., 2012).

2.4 A má oclusão e seu impacto na qualidade de vida de crianças e adolescentes

O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal é um fator de relevância que pode ter impacto sobre a vida de crianças, adolescentes e seus familiares. A má oclusão pode ser uma experiência angustiante, afetando o emocional e o psicológico do indivíduo, além de interferir na interação social, por sofrer julgamentos negativos perante a sociedade (PIASSI et al., 2012; MOREIRA et al., 2015).

A má oclusão pode acarretar alterações estéticas que, por sua vez, podem associar-se a episódios de bullying, que pode afetar a autoestima infantil. Todavia com estudo realizado no Reino Unido com indivíduos de 10 a 14 anos, há associação significativa entre alterações oclusais, qualidade de vida e bullying, ressaltando-se a importância da condição bucal no bem estar das crianças (SEEHRA et al., 2012).

2.5 Prevalências de má oclusão em crianças e adolescentes

Bittencourt e Machado (2010) avaliaram 4776 crianças brasileiras com idade de 6 a 10 anos de ambos os gêneros, que não haviam realizado nenhum tipo de tratamento ortodôntico anterior, conduzida em 18 estados brasileiros e no Distrito Federal, com a participação de ortodontistas filiados à Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Facial (ABOR) com a campanha "Prevenir é melhor que Tratar". Os que apresentaram dentição mista estabeleceram-se um padrão de normalidade, 50% coroa clínica dos incisivos inferiores, e o recobrimento maior que

50% foram determinados como sobremordida profunda. A ausência do trespasse vertical foi determinada como mordida aberta. Avaliaram a necessidade de intervenções ortodônticas tanto em prevenção quanto em interceptação. Em relação aos gêneros 2270 (47,53%) eram masculino e 2506 (52,47%) feminino, apenas 708 (14,83%) apresentaram oclusão normal, logo 4068 (85,17%) apresentaram algum tipo de má oclusão. Segundo a Classificação de Angle foram obtidos os seguintes resultados: Classe I: 1939 (40,6%), Classe: II 879 (18,40%), Classe II-D2: 153 (3,20%), Classe III: 296 (6,20%). Sobremordida Normal: 1646 (34,46%), mordida profunda: 864 (18,09%), e mordida aberta: 757 (15,85%). Concluíram que 85,17 % possuíam alta prevalência de má oclusão e verificou-se a possibilidade de intervenção ortodôntica preventiva e interceptora. A presença nos postos públicos de saúde, de um especialista em Ortodontia com qualificação que atenda aos padrões estabelecidos pela ABOR pode beneficiar crianças carentes brasileiras .

Castro, Valladares-Neto e Estrela (2010) examinaram a prevalência de má oclusão em pacientes em que os pais solicitaram tratamento em um projeto de ortodontia na Rede Pública de Saúde, do município de Senador Canedo – GO. O estudo foi realizado em 1076 estudantes na faixa etária de 6 a 16 anos de idade da rede pública de educação, sendo 581 meninos (54%) e 495 meninas (46%). Todos necessitavam de tratamento ortodôntico. Da amostra avaliada, 0,84% pertenciam aos pacientes que tinham dentição decídua, 63,01% na dentição mista e 36,15% na dentição permanente. Os resultados obtidos foram de 54,37% dos pacientes apresentavam Classe I, 31,04% Classe II e 14,59% Classe III. O apinhamento ocorreu em maior prevalência na região anterior em 40,52% dos pacientes, na região posterior com 0,56% e nas duas arcadas simultaneamente com 16,26% dos indivíduos. Mordida aberta anterior foi observada em 24,44% dos indivíduos e 19,70% mordida profunda. 30,86% dos estudantes apresentavam mordida cruzada, 11,99% mordida cruzada posterior unilateral, 8,36% bilateral e 9,57% mordida cruzada anterior e apenas 0,93% apresentava mordida cruzada anterior e posterior. Concluíram que foi de grande importância identificar os principais aspectos de má oclusão a fim de planejar recursos financeiros e serviços odontológicos necessários para suprir a demanda.

Marcomini, Santos e Tubel (2010) desenvolveram um trabalho com intuito de avaliar a prevalência de má oclusão e sua alteração na respiração e na deglutição

na cidade de Casa Branca – SP. Foram selecionadas 642 crianças com idade variando entre 7 e 14 anos, sendo 290 meninos (44,5%) e 362 meninas (55,5%). O resultado mostrou que a má oclusão estava presente em 70,1% da amostra. Das 652 crianças examinadas, 335 (51,4%) apresentavam má oclusão Classe I, 194 (29,7%) Classe II e 123 (18,9%) Classe III. A mordida aberta esteve presente em 51,6% e 32,3% com mordida cruzada. Concluíram que a prevalência de má oclusão foi de 70,1% e que houve correlação entre os hábitos deletérios de deglutição e respiração.

Drumond et al., (2011) analisaram 116 modelos de estudo de crianças com idade variando entre 4 e 12 anos, de ambos os gêneros, os quais eram atendidos na Clínica de Especialização da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, no período entre janeiro de 2007 e julho de 2010. Incluíram na pesquisa 116 pacientes cujos modelos de estudo apresentavam-se completos e excluídos três, pois apresentavam fraturas ou estavam incompletos. Os resultados da relação de molares mostraram maior frequência da relação de Classe I com 38,79%, em seguida, de Classe II com 25% e, por fim, a Classe III com 3,45%. Foi considerado oclusão normal em 6 meninas e 7 meninos representando em 11,2% da amostra, logo 88,8% apresentavam má oclusão, com frequência maior no gênero feminino. Quanto ao trespasse horizontal a condição normal foi maior, e as de anormalidade, o trespasse aumentado teve maior predominância. O trespasse vertical em sua condição de normalidade teve maior prevalência, seguida de mordida aberta anterior, e na relação transversal posterior a maior prevalência foi da mordida cruzada. Concluíram que o estudo mostrou resultados importantes, porém a elaboração de medidas sociais de prevenção e tratamento mais amplo em instituição de saúde pública contribuiria para um desenvolvimento melhor.

Boeck et al. (2013) realizaram um levantamento epidemiológico que possibilitasse caracterizar as más oclusões em escolares de 5 a 12 anos de idade, na rede municipal de ensino de Araraquara – SP. Participaram da amostra 1446 crianças, sendo 777 do gênero feminino e 669 do gênero masculino. Com relação a Classificação de Angle, 63,28% apresentavam Classe I, 25,66% Classe II e 1,59% Classe III. As demais más oclusões foram encontradas com as seguintes porcentagens: sobressaliência em 20,54% dos estudantes, 26,63% com mordida profunda, 26,14% com mordida aberta anterior, 0,21% com mordida aberta posterior

e 0,41% com mordida aberta anterior e posterior. Mordida cruzada posterior bilateral foi encontrada em 12,72% dos indivíduos, mordida cruzada posterior unilateral com 8,78% e 1,94% com mordida cruzada total. Concluíram que a má oclusão esteve presente na maior parte das crianças, evidenciando a importância da intervenção precoce.

Freitas, Couto e Sousa (2013) realizaram um estudo em crianças com idade variando entre 7 e 8 anos, em uma Escola de Ensino Fundamental e no Núcleo de Educação infantil, localizada na zona urbana do município de Itapiúna – CE. Verificaram a prevalência de má oclusão nas dentições decíduas e mistas em escolares que apresentavam possíveis hábitos bucais nocivos. Foram examinadas 38 crianças, sendo 18 meninos (47,37%) e 20 meninas (52,63%). De acordo com a Classificação de Angle, 28 crianças (74%) apresentavam Classe I, 7 (18%) em Classe II e 3 (8%) Classe III. Dessas crianças, foi observada mordida aberta anterior em 26,32%, 13,16% mordida aberta posterior, 18,42% mordida cruzada anterior, 5,26% mordida cruzada posterior, 13,16% sobremordida exagerada e 5,26% apinhamento. Concluíram que a prevalência de má oclusão nesta escola é alta, com 76,32% na dentição mista, podendo estar associadas com hábitos bucais nocivos.

Sousa e Sousa (2013) analisaram a prevalência de más oclusões em 162 escolares de um Polo da Rede Municipal de Ensino da cidade de João Pessoa-PB, sendo 94 (58%) do gênero feminino e 68 (42%) gênero masculino, com idade entre 7 e 9 anos. Dentre as características da oclusão, foram observados: relação molar, sobressaliência, sobremordida, mordida aberta anterior, mordida cruzada e apinhamento e dentro desses padrões foram observados 145 (89,5%) que apresentaram má oclusão e 17 (10,5%) oclusão normal. Na classificação de Angle a maior predominância foi de Classe I, com 48,1%, Classe II, com 32,1%, e três crianças apresentaram Classe III no lado esquerdo e Classe II no direito, a sobremordida esteve presente em 48,8% da amostra e a sobressaliência em 41,9%. A mordida aberta anterior com prevalência em 19 (11,7%), mordida cruzada anterior e posterior presentes em 19 (11,7%) e 7 (4,3%) apresentaram os dois tipos de mordida cruzada, unilateral 11,1% e bilateral 0,6%. Avaliando o apinhamento obteve-se 109 (67,3%) sendo 55 (34%) na arcada inferior, 16 (9,9%) na arcada superior e 38 (23,5%) em ambos os arcos. Concluíram que há elevado índice de má oclusão e é necessário intervir precocemente.

Frazão, Rodrigues e Pereira (2015) realizaram um estudo em quatro escolas públicas no município de São Luís - MA, avaliando crianças de ambos os gêneros com faixa etária variando de 6 a 12 anos, analisaram a relação molar, mordida cruzada posterior e anterior, mordida aberta anterior, mordida profunda, diastemas, apinhamentos e perdas dentárias. De acordo com a análise dos resultados, constatou-se que a má oclusão estava presente em 87% das crianças e a relação molar foi expressa em Classe I (59%), Classe II (12%) e Classe III (29%). Logo a mordida cruzada anterior teve maior predominância na Classe III (16,9%). A mordida aberta apresentou menor prevalência na Classe III (12,2%). A mordida profunda foi de maior predominância na Classe I (15%). Os meninos indicaram um percentual maior de diastema superior em (29,9%) e inferior (13,4%) e as meninas superior (21,8%) e inferior (5,9%). Em relação ao apinhamento superior, as meninas exibiram um percentual maior que os meninos (35,1%) e inferior (33,6%) e os meninos superior (25,5%), inferior (24,7%). Concluíram que o estudo mostrou resultados importantes, pois as más oclusões foram frequentes entre os alunos de escolas públicas do município, prevalecendo a Classe I seguida do apinhamento dentário superior.

Mansur (2015) investigou a prevalência de má oclusão em crianças em idade escolar entre 6 e 16 anos de idade, com estágio de dentição decídua, mista e permanente. Esse estudo foi realizado no Norte de Portugal, mais precisamente em Alijó, um município de caráter rural. A amostra foi composta por 207 alunos, 107 do gênero feminino (51,7%) e 100 do gênero masculino (48,3%). Foram avaliados por sete estudantes do 5º período de Mestrado Integrado em Medicina Dentária e cada avaliador contava com o apoio de mais dois auxiliares. De acordo com a análise dos resultados, constatou-se que: overjet 91,9%; overbite 83%, mordida cruzada anterior 5,3%, mordida cruzada posterior unilateral 11,6%, mordida cruzada posterior bilateral 5,7%, mordida aberta anterior 7,7%, mordida aberta posterior unilateral 2,9%, diastema 20,7%, apinhamento 72% e Classificação de Angle: Classe I 68,2%, Classe II 40,5% e Classe III 10,7%. Concluíram que todos os tipos de má oclusão foram observados nos estudantes de Alijó, necessitando assim, de tratamento ortodôntico, mesmo aqueles com pouca representatividade.

Piaia et al. (2016) avaliaram a prevalência de mordida cruzada posterior em 182 pessoas, com idade variando entre 6 e 10 anos de idade, no município de Vila

Maria – RS. Dentre eles, 89 eram meninos e 93 eram meninas. Os dados foram coletados e observaram que: das 182 crianças, somente 50 casos foram encontrados, portanto, 132 casos não apresentaram mordida cruzada posterior. Dos que apresentaram, 30 meninas (32,25%) apresentaram mordida cruzada posterior e 20 meninos (22,47%) apresentaram a má oclusão.

Souza et al. (2016) realizaram uma pesquisa na clínica Odontológica de Ensino da UniEVANGÉLICA, com os pacientes da VIII Turma de Especialização em Ortodontia, do Centro Universitário de Anápolis, avaliaram 124 prontuários, para a identificação da má oclusão baseado na classificação de Angle, observou-se as seguintes prevalências de má oclusão: Classe I (55%), seguida da Classe II (34%) e Classe III (11%). Ao relacionar com o gênero, notou-se uma prevalência maior do gênero feminino nos prontuários analisados, referente à Classe I sendo 60,86% e Classe II de Angle 63,41%. Já quanto à Classe III, o gênero masculino destacou-se (64,29%). Referente a má oclusão Classe II de Angle, a maior parte das más oclusões pertencem a 1ª divisão – subdivisão (46,7%) e, em seguida, a 1ª divisão (41,1%). O estudo constatou que a maioria dos pacientes atendidos revelou má oclusão Classe I de Angle. O gênero feminino se mostrou predominante nas más oclusões Classes I e II e o gênero masculino na Classe III. Dentre as más oclusões de Classe II, a 1ª divisão subdivisão foi a mais encontrada.

Albert (2018) visou identificar a prevalência de má oclusão, em escolares com idade variando entre 6 e 12 anos da rede municipal de ensino da cidade de Campo Grande. A pesquisa foi composta por 752 crianças de ambos os gêneros, 357 do gênero masculino (47,47%) e 395 do gênero feminino (52,53%). Verificou-se que 87,68% das crianças apresentavam prevalência de má oclusão e apenas 12,40% apresentaram oclusão considerada normal. Nos resultados, a relação molar de Classe I foi a mais prevalente, com 56,52%, Classe II com 31,52% e Classe III com 11,97%. A mordida profunda foi encontrada em 73% dos casos e 27% com mordida aberta. A mordida cruzada prevaleceu em 11,30%. Concluíram que, a Classe I assim como a mordida profunda, foram de maior prevalência.

Duarte (2018) avaliou a má oclusão de crianças de 4 a 6 anos de idade no Município de Belém, Pará. A amostra abrangeu 224 crianças em 5 unidades escolares, dentre elas, 46,88% meninos e 53,12% meninas. Das crianças avaliadas,

71% apresentaram algum tipo de má oclusão. A sobremordida esteve presente em 44,2%, sobressaliência aumentada com 27,7%, chave de canino classe I 63,4%, classe II 25% e classe III 11,6%, apinhamento dentário 36,2%, relação cervical do segundo molar reto com 63,8%, distal 18,3% e mesial 17,9%, arco de baume 53,6% tipo II e 46,4 tipo I. Vedamento labial ausente em 13,4% das crianças. Concluíram que 71% dos pré escolares apresentavam pelo menos um tipo de má oclusão, visto que é um elevado índice de má oclusão.

Martins et al. (2019) realizaram um estudo representativo com 1.612 adolescentes de escolas públicas e privadas, 940 (58,3%) eram do gênero feminino e 672 (41,7%) do gênero masculino, com idade variando entre 11 e 14 anos de idade, em Belo Horizonte. Esses estudantes foram avaliados por três dentistas examinadores bem calibrados. Os resultados das amostras foram: apinhamento dentário em 51,9%, diastema em 23,7%, mordida aberta anterior em 7,6%, irregularidade superior anterior 7,4%, irregularidade inferior anterior 3,0%, sobressaliência maxilar 5,2 % e sobressaliência mandibular 4,9%. Concluíram que adolescentes pertencentes a regiões de alta vulnerabilidade social possuíam uma maior probabilidade de apresentar má oclusão, devido a desigualdade social, nível de escolaridade, taxa de alfabetização, frequência escolar, renda familiar e taxa de desemprego.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPS) – UniFOA, com número CAAE 15856119.9.0000.5237 e aprovado em 04/07/2019.

Para esta pesquisa foram elaborado fichas clínicas para a avaliação dos modelos de pacientes da Clínica de Especialização de Ortodontia do UniFOA, com idade variando entre 7 a 54 anos, em tratamento ortodôntico. Para identificação da má oclusão foram utilizados os modelos de estudo já existentes, e para contabilização dos dados, foram preenchidas as ficha técnicas nas quais contemplavam os critérios abaixo:

1. Tipo de Dentição;
2. Ausência Dentária;
3. Classificação de Angle (Classe I, Classe II div. 1, Classe II div. 2, Classe II subdivisão e Classe III, Classe III subdivisão);
4. Relação de Canino;
5. Presença das mordidas cruzadas anterior e posterior (uni e bilateral);
6. Presença de mordida aberta anterior ou posterior;
7. Sobremordida aumentada;
8. Sobressaliência aumentada;
9. Presença de Apinhamento Anterior ou posterior;
10. Diastema Não Fisiológico.

Após o preenchimento das fichas de cada paciente, as mesmas foram contabilizadas em uma planilha em Excel e a partir das informações, foram elaboradas tabelas e gráficos indicando o cenário de como a má oclusão acomete a população avaliada.

Foram incluídos os modelos que apresentavam todos os primeiros molares permanentes, e os modelos com ausência do primeiro molar permanente, foram excluídos.

4 RESULTADOS

4.1 Gêneros, Faixa Etária e Tipo de Dentição

A amostra desse estudo foi constituída por 145 pessoas, porém 45 não preencheram os critérios de inclusão, sendo assim, a amostra foi de 100 pacientes, sendo 54% do gênero feminino e 46% do gênero masculino (Gráfico 1), com a faixa etária variando entre 7 e 54 anos de idade (Gráfico 2), respectivamente 36% com dentição mista e 64% com dentição permanente (Gráfico 3).

Gráfico 1: Distribuição da amostra quanto ao gênero.

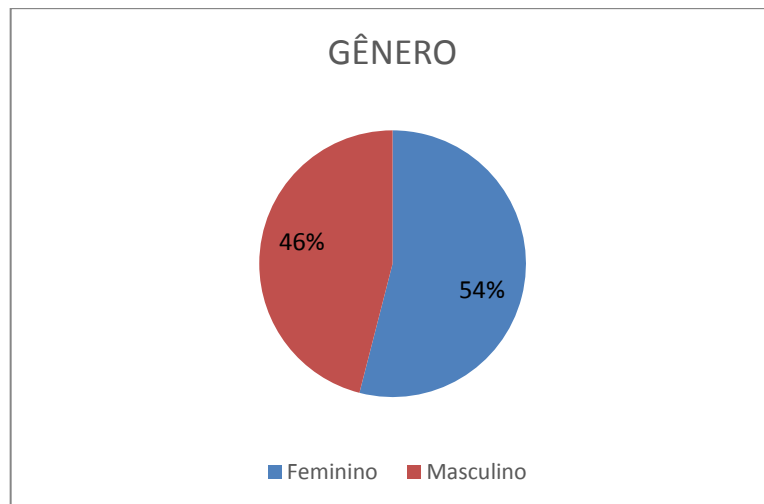


Gráfico 2: Distribuição da amostra quanto a Faixa Etária.

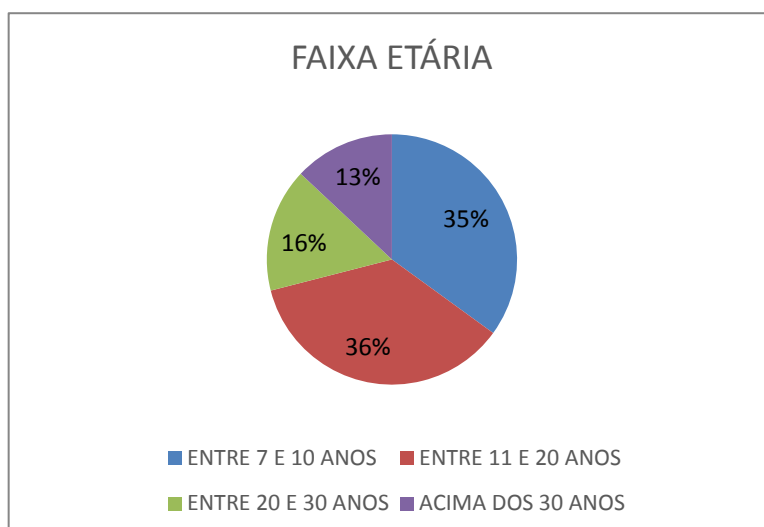
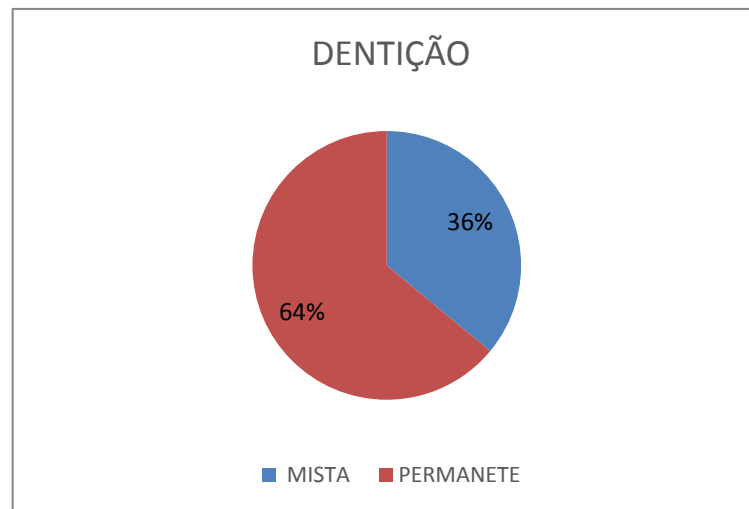


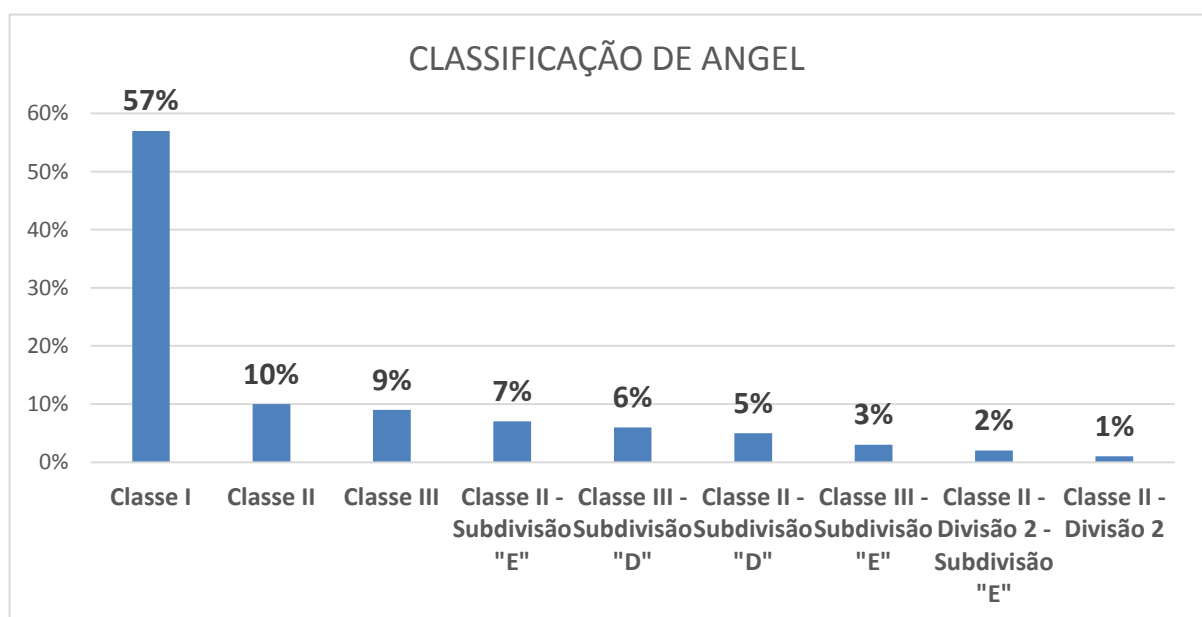
Gráfico 3: Distribuição da amostra quanto ao Tipo de Dentição.



4.2 Classificações de Angle

Nota-se que os indivíduos examinados apresentaram relação ântero posterior variada, segundo a Classificação de Angle: 57% possuem Classe I, 10% Classe II, 7% Classe II com subdivisão esquerda, 5% Classe II com subdivisão direita, 2% Classe II - divisão 2 com subdivisão esquerda, 1% Classe II – divisão 2, Classe III com 9%, 6% Classe III com subdivisão direita e 3% Classe III com subdivisão esquerda, como demonstrados no gráfico abaixo (Gráfico 4):

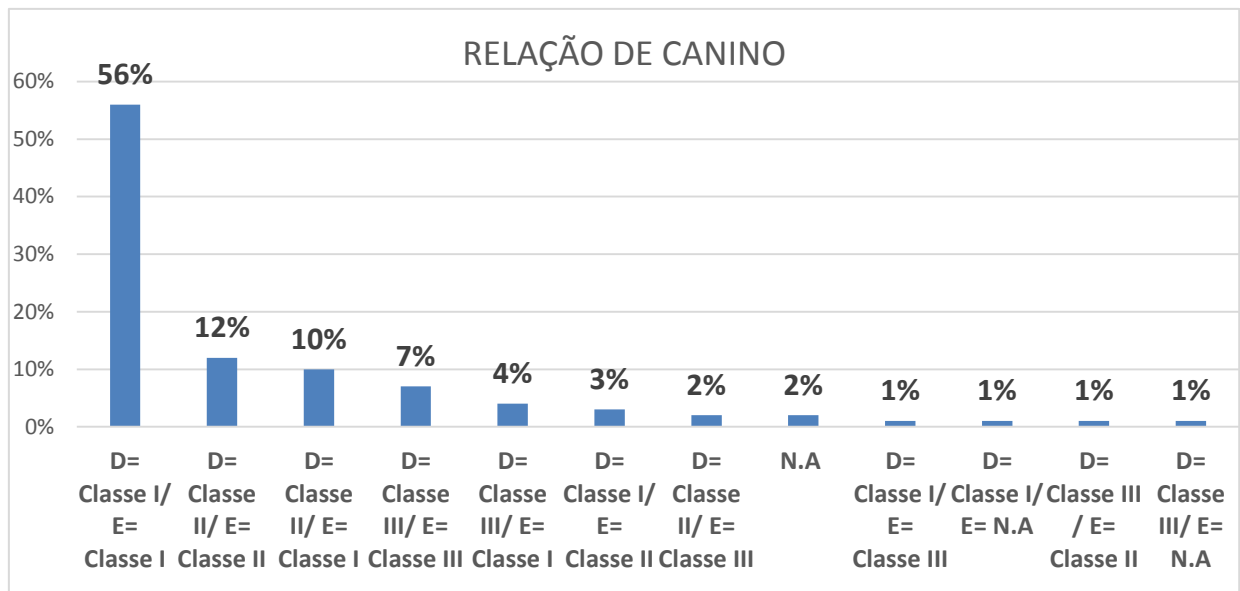
Gráfico 4: Distribuição da amostra quanto a Classificação de Angle.



4.3 Relação de Canino

Quando verificada a relação de canino, constatou-se que: 56% possuíam Classe I direita e esquerda, 12% Classe II direita e esquerda, 10% Classe II direita e Classe I esquerda, 7% Classe III direita e esquerda, 4% Classe III direita e Classe I esquerda, 3% Classe I direita e Classe II esquerda, 2% Classe II direita e Classe III esquerda, 1% Classe I direita e Classe III esquerda, 1% Classe I direita e N.A esquerda 1% Classe III direita e Classe II esquerda, 1% Classe III direita e Classe N.A esquerda e 2% não apresenta nenhum tipo de oclusão (Gráfico 5).

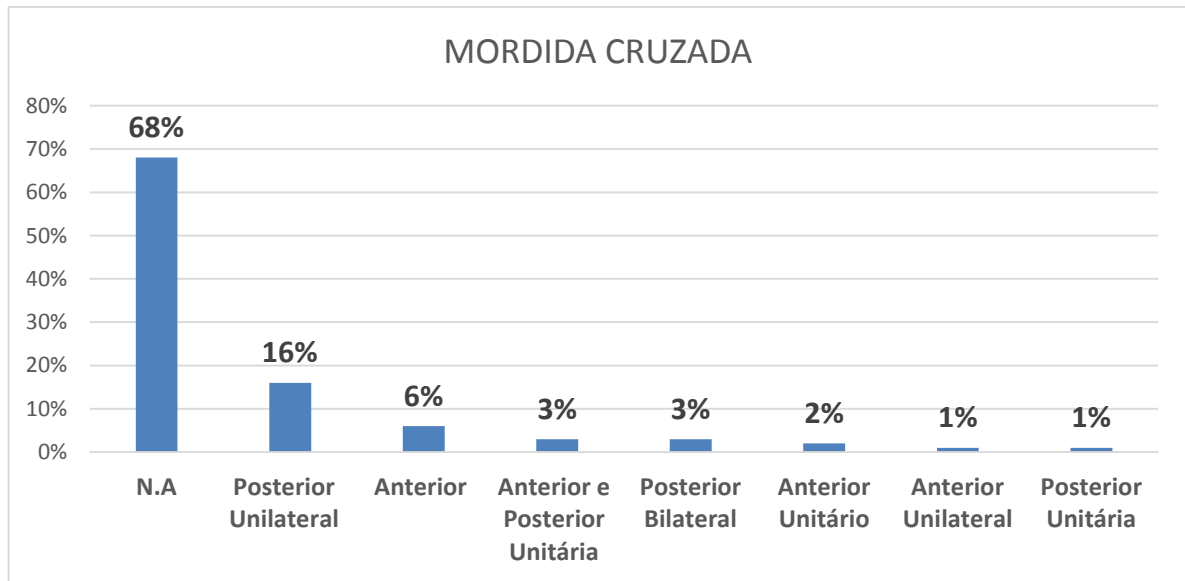
Gráfico 5: Distribuição da amostra quanto a Relação de Canino.



4.4 Mordida Cruzada

Observou-se, também, que 16% apresentavam mordida cruzada posterior unilateral, 6% anterior, 3% anterior e posterior unilateral, 3% posterior bilateral, 2% anterior unitário, 1% anterior unilateral, 1% posterior unitário e 68% não apresentava mordida cruzada, conforme o gráfico abaixo (Gráfico 6).

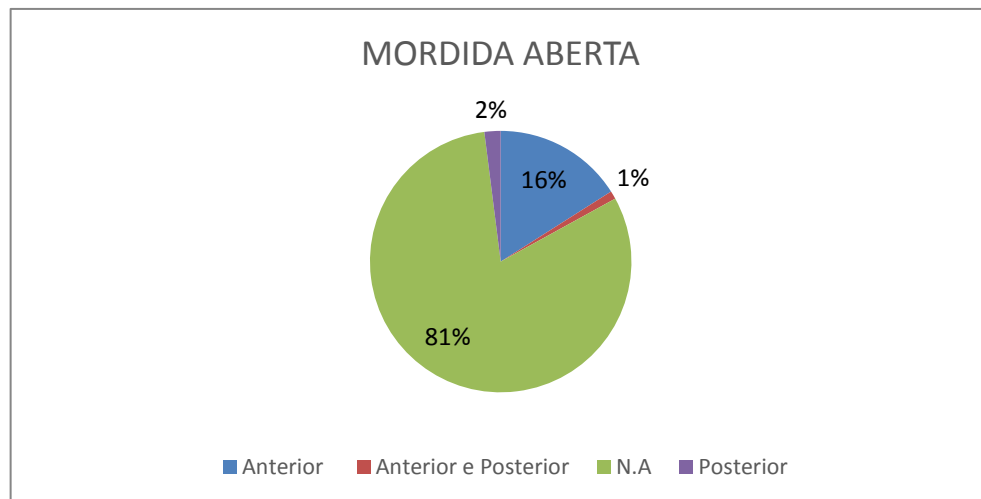
Gráfico 6: Distribuição da amostra quanto a Mordida Cruzada.



4.5 Mordida Aberta

Constatou-se que 16% apresentava mordida aberta anterior, 2% posterior, 1% posterior e anterior e 81% não apresentava mordida aberta (Gráfico 7).

Gráfico 7: Distribuição da amostra quanto a Mordida Aberta



4.6 Sobremordida e Sobressaliência Aumentada

Dentre os incluídos, 43% apresentavam sobremordida aumentada (Gráfico 8) e 37% apresentavam sobressaliência aumentada (Gráfico 9).

Gráfico 8: Distribuição da amostra quanto a Sobremordida Aumentada.

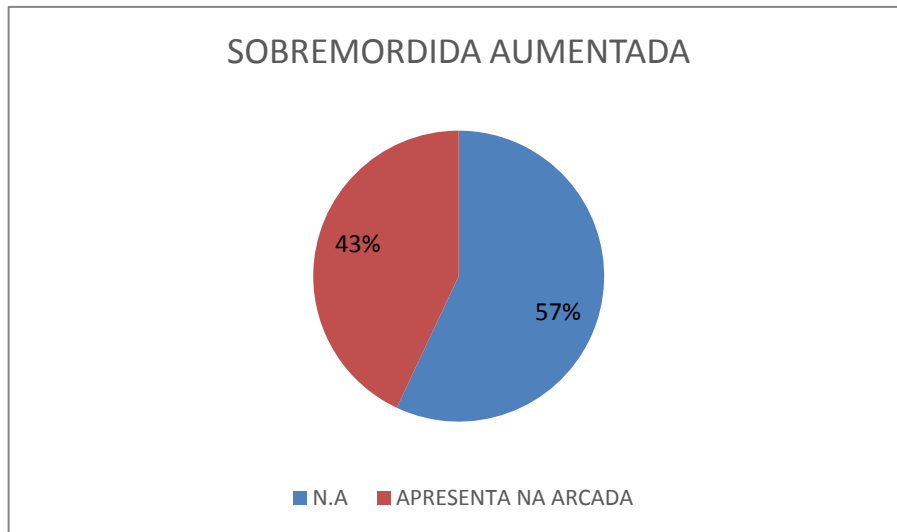
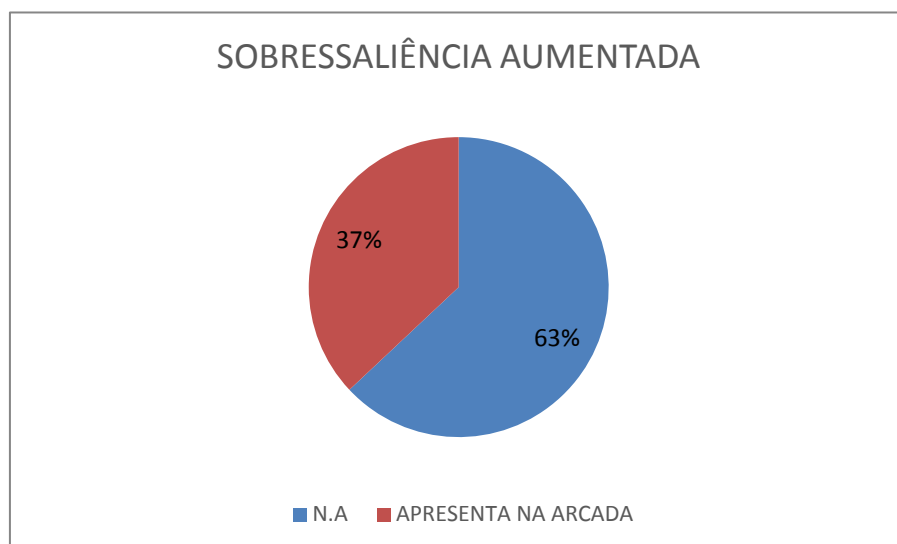


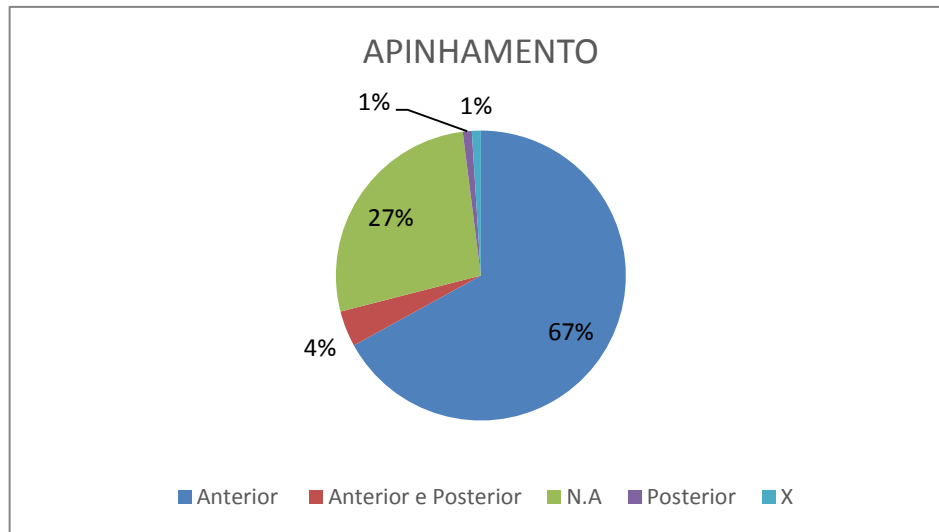
Gráfico 9: Distribuição da amostra quanto a Sobressaliência Aumentada.



4.7 Apinhamento

Verificou-se que 67% apresentou apinhamento anterior, 4% anterior e posterior, 1% posterior e 28% não apresentava desvios (Gráfico 10).

Gráfico 10: Distribuição da amostra quanto ao Apinhamento.



4.8 Mordida Topo a Topo, Giroversão, Supranumerário e Ausência Dentária

As demais categorias obtiveram os seguintes resultados: 8% apresentava mordida topo a topo (Gráfico 11), 9% giroversão (Gráfico 12), 2% supranumerário (Figura 13) e 19% apresentou ausência de algum elemento dentário (Gráfico 14).

Gráfico 11: Distribuição da amostra quanto a Mordida Topo a Topo.

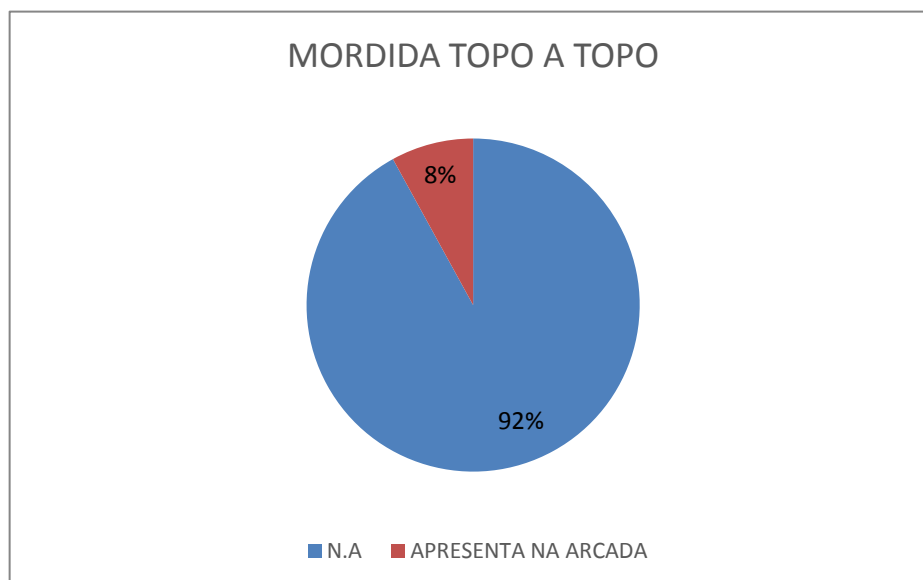


Gráfico 12: Distribuição da amostra quanto a Giroversão.

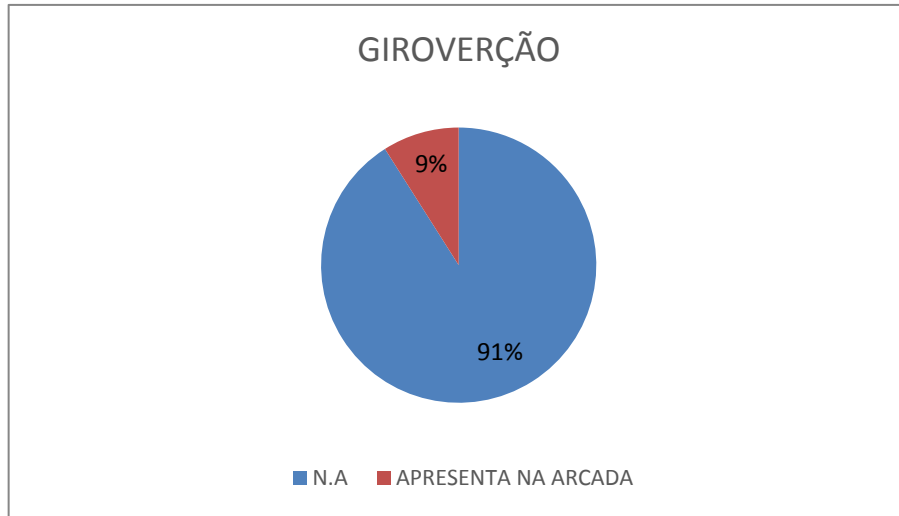


Gráfico 13: Distribuição da amostra quanto aos Dentes Supranumerários.

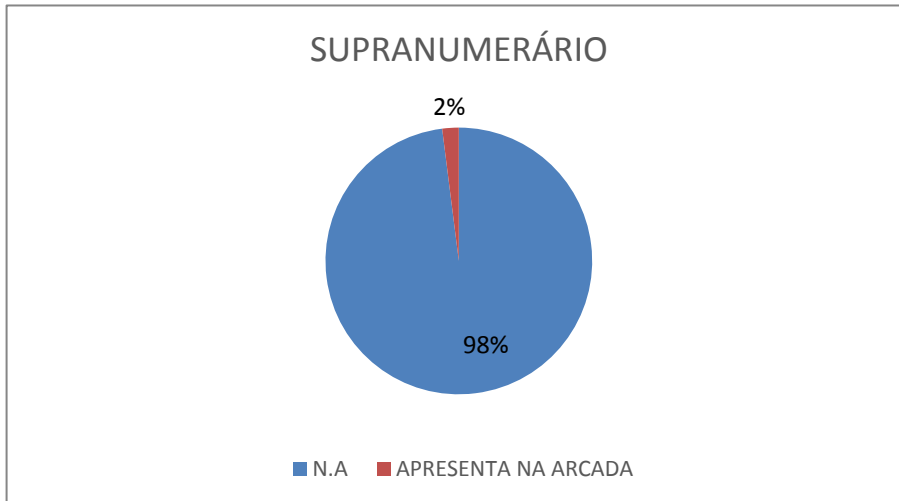
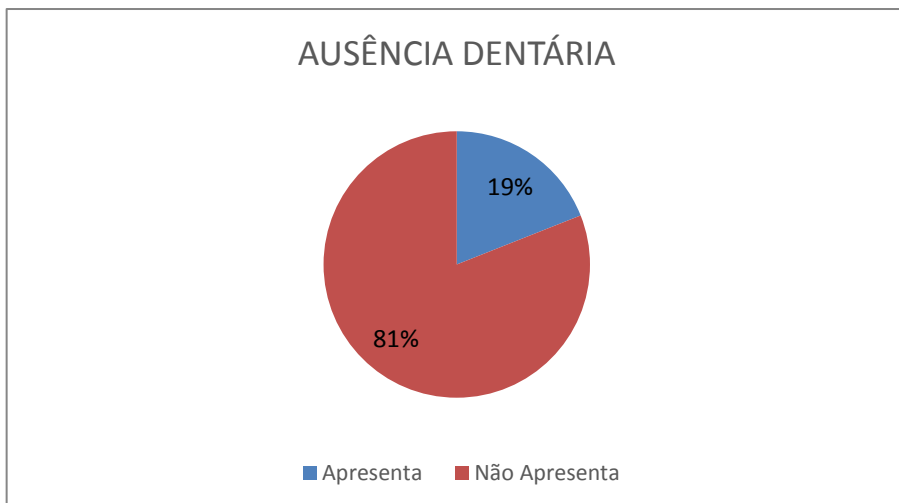


Gráfico 14: Distribuição da amostra quanto a Ausência Dentária.



5 DISCUSSÃO

No presente estudo foram analisados 100 modelos de estudo de pacientes de ambos os gêneros, sendo 54% feminino e 46% masculino. Contatou-se que, na maioria das literaturas encontradas, o gênero feminino prevaleceu (BITTENCOURT; MACHADO, 2010; CASTRO; VALLADARES-NETO; ESTRELA, 2010; MARCOMINI et al., 2010; DRUMOND et al., 2011; BOECK et al., 2013; FREITAS; COUTO; SOUSA, 2013; SOUSA; SOUSA, 2013; FRAZÃO; RODRIGUES; PEREIRA, 2015; MANSUR, 2015; PIAIA et al., 2016; ALBERTI, 2018; DUARTE, 2018; MARTINS et al., 2019;), com exceção do estudo realizado por Castro, Valladares-Neto e Estrela (2010) onde obteve-se 54% de sua amostragem do gênero masculino.

Podemos identificar uma discrepância entre as idades analisadas na pesquisa apresentada, onde as mesmas variavam entre 7 a 54 anos, sendo que, 76% da amostragem concentrou-se na faixa etária entre 7 a 20 anos. Nas referências encontradas, pode-se observar que predominantemente as pesquisas realizadas convergiram para os mais jovens, com idade variando entre 4 a 16 anos (BITTENCOURT; MACHADO, 2010; CASTRO; VALLADARES-NETO; ESTRELA, 2010; MARCOMINI et al., 2010; DRUMOND et al., 2011; BOECK et al., 2013; FREITAS; COUTO; SOUSA, 2013; SOUSA; SOUSA, 2013; FRAZÃO; RODRIGUES; PEREIRA, 2015; MANSUR, 2015; PIAIA et al., 2016; SOUZA et al., 2016; ALBERTI, 2018; DUARTE, 2018; MARTINS et al., 2019).

Nota-se que em sua grande maioria houve uma grande incidência de má oclusão Classe I, destacando em nosso objeto de estudo, que um total de 57% apresentou este problema. Consegue-se também de acordo com a literatura encontrada afirmar que, no geral se teve uma homogeneidade dos resultados obtidos, com relação à prevalência de Classe I, pois em todos os estudos realizados, esta se sobressaiu às demais ocorrências de má oclusão (BITTENCOURT; MACHADO, 2010; CASTRO; VALLADARES-NETO; ESTRELA, 2010; MARCOMINI et al., 2010; BOECK et al., 2013; SOUSA; SOUSA, 2013; FRAZÃO; RODRIGUES; PEREIRA, 2015; MANSUR, 2015; PIAIA et al., 2016; SOUZA et al., 2016; ALBERTI,

2018;), ressaltando os dois extremos no qual para Freitas, Couto e Souza (2013) resultou em 74% com Classe I e Drumont et al., (2011) com 38,8%.

Ao avaliar a incidência de Classe II na amostragem em questão, apurou-se que a mesma incidiu em um total de 10%. Ao comparar com as demais referências obtidas, percebeu-se uma inferioridade em relação a outros estudos, por exemplo, para Mansur (2015) em sua amostragem apresentou 40,5%. No geral resultou em uma média de 27,1% de incidência de Classe II (BITTENCOURT; MACHADO, 2010; CASTRO; VALLADARES-NETO; ESTRELA, 2010; MARCOMINI et al.,2010; DRUMOND et al., 2011; BOECK et al., 2013; FREITAS; COUTO; SOUSA, 2013; SOUSA; SOUSA, 2013; FRAZÃO; RODRIGUES; PEREIRA, 2015; SOUZA et al., 2016; ALBERTI, 2018).

Apenas 1% da população avaliada na pesquisa, apresentou Classe II Divisão 2, o que pode-se afirmar que é um baixo índice. Para efeito de comparação, apenas Bittencourt e Machado (2010) mensurou tal estudo, onde em sua análise ocorreu em apenas 3,2%.

Foi possível observar que nos trabalhos de pesquisa realizados com relação à Classe III, obteve-se de certa forma uma heterogeneidade dos resultados obtidos, onde os mesmos variaram entre 1,59% a 19,19% (BITTENCOURT; MACHADO, 2010; CASTRO; VALLADARES-NETO; ESTRELA, 2010; MARCOMINI et al.,2010; DRUMOND et al., 2011; BOECK et al., 2013; FREITAS; COUTO; SOUSA, 2013; FRAZÃO; RODRIGUES; PEREIRA, 2015; MANSUR, 2015; SOUZA et al., 2016; ALBERTI, 2018), o que pode-se afirmar que em comparação a incidência de Classe I e Classe II, corriqueiramente se apresenta menor. No caso do nosso objeto de estudo, se apresentou somente em 9% dos modelos analisados.

Ao se avaliar a prevalência de chave de canino no estudo em questão e em comparação a Duarte (2018), ambos os resultados se deram da seguinte forma: uma maior prevalência de chave de canino Classe I, seguido de Classe II e, por último, Classe III. Portanto, em ambas as amostragens houve uma tendência de linearidade, onde para Duarte (2018) resultou respectivamente em 63,4%, 25% e 11,6% e em nossa análise foi obtido respectivamente 56%, 12% e 7%.

O resultado da amostra demonstrou uma elevada prevalência de diastema não fisiológico, de acordo com a pesquisa de Martins et al., (2019) 23,7%. Em contra partida, o presente estudo resultou em apenas 3% dos casos, o que se assemelhou muito aos levantamentos gerados por Mansur (2015), que resultou em 2,7%.

Com relação à prevalência de mordida cruzada anterior, estudos realizados pelos autores Freitas, Couto e Sousa (2013), Castro, Valladares-Neto e Estrela (2010) e Sousa, Sousa (2013), foi observado que obtiveram respectivamente 18,42%, 9,57% e 11,70%, resultados que de certa forma divergem do estudo realizado, onde obtive-se 6% de nossa amostragem, e do trabalho de Mansur (2015) que acarretou somente 5,3% de sua população de pesquisa.

Por sua vez ao tratar-se da mordida cruzada posterior unilateral, concluí-se que em nossa amostragem incidiu em 16%. Nesse caso, percebe-se que a média dos trabalhos de Mansur (2015), Castro, Valladares-Neto e Estrela (2010) e Sousa, Sousa (2013), foram próximas de 11,5%, enquanto que para Boeck et al., (2013) apenas 8,78% dos casos analisados obtiveram esta má oclusão, concluindo que em nosso estudo o índice de acometimento para este caso foi ligeiramente maior que todas as pesquisas.

Quando avalio-se os casos em que existe mordida cruzada posterior bilateral, em nosso objeto de estudo foram observados em 3% da amostragem. Trabalhos externos realizados com a mesma finalidade geraram resultados que vão de 0,6% (SOUSA; SOUSA, 2013) até 12,72% (BOECK et al., 2013).

Ao se avaliar os casos de mordida aberta, pode-se afirmar que, assim como em nossa proposta de estudo, bem como todas as literaturas encontradas (SOUSA; SOUSA, 2013; MANSUR, 2015; MARTINS et al., 2019), a incidência de mordida aberta anterior é no mínimo o dobro da posterior, em nosso caso por exemplo, respectivamente foram de 16% e 2%. Destacando Freitas, Couto e Sousa (2013), Castro, Valladares-Neto e Estrela (2010) e Boeck et al., (2013) que obtiveram em torno de 25,63% de mordida aberta anterior e Boeck et al., (2013) somente 0,21% de sua amostragem apresentou mordida aberta posterior.

Se tratando de sobremordida aumentada, estudos realizados por Duarte (2018) e Sousa e Sousa (2013), indicaram respectivamente 44,2% e 48,8%

corroborando com os resultados obtidos em nossa pesquisa, onde foi observado em 43% da população de amostragem. Análogo a esse estudo, constatou-se uma discrepância com outros autores como, por exemplo, Mansur (2015) 83%, Alberti (2018) 73%, Freitas, Couto e Sousa (2013) 13,16% Castro, Valladares-Neto e Estrela (2010) 19,70%, Boeck et al. (2013) 26,63% e Bittencourt e Machado (2010) 18,09%.

Com relação a sobressaliência aumentada, nota-se que o mesmo não foi compatível com o levantamento realizado por Mansur (2015), onde o mesmo encontrou uma prevalência de 91,9%, enquanto que em nosso estudo prevaleceu em apenas 37% dos casos analisados. Resultado ratificado por outras literaturas, (DUARTE, 2018; BOECK et al., 2013; SOUSA; SOUSA, 2013;) que também obteve uma incidência menor que 40% da amostragem.

Verificou-se que a prevalência do apinhamento anterior, se sobressaiu significativamente em comparação ao apinhamento posterior, onde obtivemos respectivamente 67% e 1%. Ao comparar nosso estudo com Castro, Valladares-Neto e Estrela (2010) observa-se que o mesmo também apresentou resultados semelhantes em sua amostragem, onde prevaleceu um alto índice de apinhamento anterior (40,52%) e uma baixa prevalência de apinhamento posterior (0,56%), corroborando com nossos resultados obtidos.

Nas literaturas selecionadas para objeto de estudo não foram contemplados as más oclusões giroversão e mordida topo a topo bem como ausência dentária e supranumerário, ficando estas prevalências mesuradas apenas pelo nosso objeto de estudo.

Com esse estudo que enfatiza a importância do tratamento ortodôntico precoce, pode-se sinalizar favoravelmente pela prevalência de 35% de pacientes entre 7 e 10 anos buscando interceptação da má oclusão na clínica de Ortodontia do UniFoa.

6 CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que a relação de Classe I foi a relação molar mais frequentemente encontrada no presente estudo (57%). O apinhamento anterior foi a má oclusão mais frequente, estando presente em 67% da amostra, seguida da sobremordida aumentada, com 43% e a sobressaliência, com 37%. A mordida cruzada posterior unilateral e a mordida aberta anterior obtiveram os mesmos resultados, com 16% cada. As demais más oclusões, em todas as suas formas, apresentaram pequena representatividade na amostra estudada. Portanto ressalta-se a importância da identificação precoce da má oclusão nos pacientes jovens devido à relação custo/benefício do tratamento ser favorável em tratamentos precoces, visando manter a saúde bucal bem como a qualidade de vida das crianças e adolescentes.

7 REFERÊNCIAS

ALBERT, F.S. **Prevalência de Má Oclusão em Escolares de 6 a 12 anos em Campo Grande, MS, Brasil**. 2018. 27p. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação em Ortodontia) – Faculdade Sete Lagoas, Sete Lagoas, 2018.

ALMEIDA, R.R.; GEHA, S.M.A.; ALMEIDA, M.R.; CONTI, A.C.C.F.; NAVARRO, R.L. Levantamento epidemiológico dos hábitos bucais e sua associação com as má-oclusões em pré-escolares de três a cinco anos de idade. **Rev Soc Paulistana de Ortodontia**, São Paulo, v.45, n.3, p. 259-64, 2013.

ALVES, J. A. O. ; FORTE, F. D. ; SAMPAIO, F. C. Condição Socioeconômica e Prevalência de Más oclusões em Crianças de 5 e 12 anos na USF Castelo Branco III: João Pessoa/Paraíba. **Rev Dental Press de Ortodon e Ortopedia Facial**, João Pessoa, v.14, n.3, p.52-59, 2009.

BARBOSA, V. L. T.; GALLO, Z. A Prática de Ortodontia na Rede Pública de Saúde – Uma Revisão da Literatura. **Rer Bras Multidisciplinar**, v.21, n.1, p.104-20, 2018.

BENDO, C. B.; VALE, M. P.; FIGUEIREDO, L. D.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S.M Vulnerabilidade social e lesão dentária traumática em escolares brasileiros: um estudo de base populacional. **Int J Environ Res Saúde Pública**, Belo Horizonte, v.9, n.12, p.4278-91, dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de atenção à saúde bucal. Projeto SB Brasil 2010. Resultados principais. Brasília: MS; 2011.

BRITO, D. I.; DIAS, P. F.; GLEISER, R.; Prevalência de Más Oclusões em Crianças de 9 a 12 anos de Idade da Cidade de Nova Friburgo. **Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Nova Friburgo, v.14, n.6, p.118-24, 2009.

BUENO, S. B.; BITTAR, T.O.; VAZQUEZ, F.D.L.; MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A,C. Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. **Rev Dental Press J Orthod**, Maringá, v.18, n.1, p.1–6, 2013.

BOECK, E. M.; PIZZOL, K. E. D. C.; NAVARRO, N.; CHIOZZINI, N. M.; FOSCHINI, A. L. R. Prevalência de Maloclusão em Escolares de 5 a 12 anos de Rede Municipal de Ensino de Araraquara. **Rer CeFAC**, Araraquara, v.15, n.5, p.1270-80, set/out. 2013.

BITTENCOURT, M. A. V.; MACHADO, A. W. Prevalência de má oclusão em crianças entre 6 e 10 anos um panorama brasileiro. **Dental Press J Orthod**, Maringá, v.15, n.6, p.113-22, 2010.

BRIZON, V. S. C.; CORTELLAZZI, K. L.; VAZQUEZ, F. L.; AMBROSANO, G. M. B.; PEREIRA, A. C.; GOMES, V. E.; OLIVEIRA, A. C. Fatores Individuais e Contextuais Associados à Má Oclusão em Crianças Brasileiras. **Rev Saúde Pública**; Brasília, v.47, n.3, p.1-11. 2013.

CAMPOS, F. L.; VAZQUEZ, F. L.; CORTELLAZZI, K. L.; GUERRA, L. M.; AMBROSANO, G.M.B.; MENEGHIM, M.C. Antonio Carlos PEREIRA, A. C. A Má Oclusão e Sua Associação com Variáveis Socioeconômicas, Hábitos e Cuidados em Crianças de Cinco Anos de Idade. **Rev Odontol UNESP**, São Paulo, v.42, n. 3, p. 160-6, 2013.

CASTRO, I. O.; VALLADARES-NETO, J.; ESTRELA, C. Prevalência de Maloclusão em Indivíduos que Solicitaram Tratamento na Rede Pública de Saúde. **Rev Odontol Bras Central**, v.19, n.51, p.323-26, 2010.

DRUMOND, A. L.M.; NETO, J. M.; MONINI, A. C.; NERY, C. G.; LENZA, M. A. Características da Oclusão e Prevalência de Más Oclusões em Crianças Atendidas na Universidade Federal de Goiás **Rev Odontol Bras Central**, Goiás, v.20, n.52, p.36-40, 2011.

DUARTE, V.C. **Prevalência da Má Oclusão em Crianças da Educação Infantil no Município de Belém, Pará**. 2018. 29p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Cirurgião Dentista) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Pará – Belém, 2018.

FERNANDES, M.L.M.F.; MOURA, F,M,P.; GAMALIEL, K.S.; CORRÊA, FARIA, P. Cárie dentária e necessidade de tratamento ortodôntico: Impacto na qualidade de vida de escolares. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.13, n.1, p.37-43, 2013.

FRAZÃO, M. C. A.; RODRIGUES, V. P.; PEREIRA, A. L. P. Prevalência das más oclusões em escolares da rede pública no município de São Luís, Maranhão. **Rev Pesq Saúde**. v.16, n.1, p.11-15. 2015.

FREITAS, P. S.; COUTO, J. L. P.; SOUSA, D. L. Prevalência de Maloclusão nas Dentições Decíduas e Mistas de Escolares e sua relação com Hábitos Bucais Nocivos no Município de Itapiúna – CE. **Rer Expressão Católica**, Itapiúna, v.2, n.2, p.144-61, jul/dez. 2013.

JORDÃO, L. M.; VASCONCELOS, D. N.; MOREIRA, R. S.; FREIRE, M. C.; Determinantes Individuais e Contextuais da Má Oclusão em Escolares de 12 anos de Idade em uma Cidade Brasileira. **Rev Res Oral**, São Paulo, v.29, n.1, p.1-8, ago. 2015.

KNOLL, L.R. A influencia do aleitamento materno no crescimento e desenvolvimento craniofacial, sob o conceito da reabilitação neuroclusal. **Rev Soc Paulistana de Ortodontia**, São Paulo, v.48, n.2, p. 137-42, 2015.

MANSUR, S. C. **Prevalência de Má Oclusão em Crianças com Idade Escolar: Norte de Portugal**. 2015. 115 p. Dissertação (mestrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2015.

MARCENES, W.; KASSEBAUM, N.J.; BERNABÉ, E.; FLAXMAN, A.; NAGHAVI, M.; LOPEZ, A.; MURRAY, C.J.L. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. **J Dent Res.**, Reino Unido, v. 92, p.592-7, 2013.

MARCOMINI, L. A.S.; SANTOS, J.C.B.; TUBEL, C. A. M. Prevalência e Sua Relação com Alterações Funcionais na Respiração e na Deglutição. **Braz Dent Sci**, São Paulo, v.18, n.8, p.52 – 8, jan/jun. 2010.

MARTINS, P.L.; BITTENCOURT, M.J.; BENTO, B.C.; VALE, P. M.; PAIVA, M. S. Má oclusão e vulnerabilidade social: estudo representativo de adolescentes de Belo Horizonte, Brasil. **Rev Fac OdontoUFMG**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 393-400, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil, Secretaria de atenção a saúde, **Aleitamento Materno e Alimentação complementar**. 2ed. Brasília, 2015.

MOREIRA, A. F.; PINTO, L.S.; PINTO, K. V. A.; CORREIA, P. G.; JEZIORSKI, S. A. Z.; VALESQUE, K. S.; ROSA, D. P. Impacto da Má Oclusão na Dentição Decídua e Permanente na Qualidade de Vida de Crianças e Adolescentes: Revisão de Literatura. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v.72, n.1/2, p. 70-5, jan/jun. 2015.

NOGUEIRA, J. S. **Má Oclusão: Causas e Consequências uma Abordagem Comparativa**. 2014. 36p. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação em Saúde Coletiva e da Família) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campina, Piracicaba, 2014.

PASSOS, M. M.; BULHOSA F. J. Hábitos de Sucção Não Nutritivos, Respiração Bucal, Deglutição Atípica - Impactos na Oclusão Dentária. **Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac**, v. 51, n. 2, p. 121-127, 2010.

PAULA, J. S.; LEITE, I. C.; ALMEIDA, A. B.; AMBROSANO, G. M.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L. A Influência das Condições de Saúde Bucal do Status Socioeconômico e do Ambiente Doméstico na Auto Percepção de Qualidade de Vida dos Escolares. **Resultados de Saúde e Qualidade de Vida**. São Paulo, v.10, n.6, p.1-8, 2012.

PIAIA, F. N.; ZILIO, E. A.; ESTERY, L.; BALEN, E. Prevalência de Mordida Cruzada Posterior em Escolares de 6 a 10 anos no Município de Vela Maria – RS. **J Oral Invest**, Vila Maria, v.5, n.1, p. 34-39, 2016.

PIASSI, E.; GRAÇA, T. C. A.; ANTUNES, L. S.; ANTUNES, L. A. A. Má Oclusão e Seu Impacto na Qualidade de Vida de Crianças e Adolescentes. **Rev Fluminense de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 38, p. 39-44, 2012.

SEEHRA, J.; FLEMING, P. S.; NEWTON, T.; DIBIASE, A.T.; Bullying In Orthodontic Patients and Its Relationship To Malocclusion, Self-Esteem and Oral Health-Related Quality of Life, **J Orthod**, México, v.38, n.4, p.247-56, 2012.

SOUSA, J. P.; SOUSA, S. A. Prevalência de má oclusão em escolares de 7 a 9 anos de idade do Polo 1 da Rede Municipal de Ensino em João Pessoa-PB. **Rev.**

odontol. UNESP, Paraiba, v. 42, n.2, p. 123, 2013.

SOUZA, C. C.; COURA, P. E.; COURA, L. C.; OLIVEIRA, S. S. Prevalência de maloclusão Classe I, II e III de Angle em um Curso de Especialização em Ortodontia da Cidade de Anápolis. **Sci Invest Dent** , Goiás, v.21, n.1, p.29-33, 2016.

VILAIN, C. T.; MENDES, L.; SIMÕES, P. W.; VANNI, P. J. J.; CERETTA, L. B.; CERETTA, R. A. C.; PIRES, P. D. S.; GAZOLA, S.; SONEGO, F. G. F. Prevalência de Maloclusão em crianças de 05 anos de idade em um Município Catarinense. **Rev Odontol Univ**, São Paulo, v.28, n.3, p.210-22, set/dez. 2016.

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/____ Idade: ____ anos Gênero () F () M

EXAME CLÍNICO

Dentição: () Mista () Permanente

Ausência dentária: () 01 ausência () mais de 02 ausências Nº dos ausentes:

Dentição mista (evoluindo para) ou permanente – Classificação de Angle (Relação molar):

Classe I ()

Classe II () Divisão 1 () Divisão 2 () Subdivisão D () E ()

Classe III () Subdivisão D () E ()

Dentição permanente: Relação Canino: Direito: Classe I () Classe II () Classe III

Esquerdo: Classe I () Classe II () Classe III

Mordida Cruzada: () Unitária () Anterior () Posterior Unilateral () Posterior Bilateral ()
Total

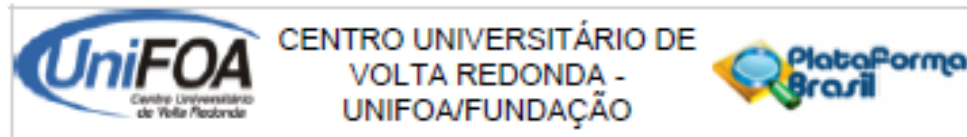
Mordida Aberta: () Anterior () Posterior

Sobremordida aumentada: () Sobressaliência aumentada: ()

Apinhamento: () Anterior () Posterior

Diastemas (não fisiológicos): ()

Anexo A: Parecer Consubstanciado do CoEPs



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE MÁ OCLUSÃO NA CLÍNICA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ORTODONTIA DO UniFOA

Pesquisador: PEDRO AUGUSTO PEIXOTO BITTENCOURT

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15856119.9.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.438.581

Apresentação do Projeto:

A má oclusão é um problema de saúde pública devido à alta prevalência, possibilidade de tratamento e por interferir na qualidade de vida dos indivíduos, podendo ser causadas por padrões neuromusculares atípicos determinados por hábitos deletérios, modificando a posição dos dentes e promovendo alterações no Sistema Estomatognático. A identificação e tratamento precoce dos indivíduos com má oclusão é importante tendo em vista a atuação da saúde pública, pois implica diretamente no custo de tratamento, uma vez que práticas da ortodontia preventiva e interceptiva podem melhorar a oclusão durante a pré-adolescência e a adolescência.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o impacto da má oclusão na qualidade de vida de pacientes portadores.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Sem riscos por se tratar de um estudo observacional

Benefícios:

Aumentar o conhecimento dos pesquisadores e leitores sobre o assunto, melhorar a qualidade de vida do paciente e conscientizar sobre a necessidade de tratamento.

Endereço: Avenida Paulo Eitel Alves Abrantes, nº 1325
 Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-660
 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
 Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 3.430.501

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se mostra pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Por se tratar de pesquisa em prontuários, sem contato direto com os pacientes, não será necessário o TCLE.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar ao CoEPS, via Plataforma Brasil, relatórios parcial e final do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_PEDRO_BITTEN COURT_ASSINADA.pdf	04/07/2019 11:02:44	Walter Luiz Moraes Sampalo da Fonseca	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1327430.pdf	18/06/2019 14:32:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JustificativadeausenciaTCLE.docx	08/04/2019 14:53:52	PEDRO AUGUSTO PEIXOTO BITTENCOURT	Aceito
Outros	cartadeanuencia.docx	08/04/2019 14:34:28	PEDRO AUGUSTO PEIXOTO BITTENCOURT	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	02/04/2019 18:03:06	PEDRO AUGUSTO PEIXOTO BITTENCOURT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisa.docx	02/04/2019 17:55:20	PEDRO AUGUSTO PEIXOTO BITTENCOURT	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Neecessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Avenida Paulo Eriel Alves Abrantes, nº 1325
 Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poças CEP: 27.240-860
 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
 Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 3.430.591

Não

VOLTA REDONDA, 04 de Julho de 2019

Assinado por:
Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Paulo Eraldo Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-560
UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
Telefones: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coeps@foa.org.br