

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

JULIANA CARLA RODRIGUES DE SOUZA
TEREZA IZABELLA CORRÊA COSTA

A INFLUÊNCIA DA MÁ OCLUSÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES

VOLTA REDONDA

2021

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

**A INFLUÊNCIA DA MÁ OCLUSÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

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

Alunos: Juliana Carla Rodrigues de Souza

Tereza Izabella Corrêa Costa

Orientador: Pedro Augusto Bittencourt

Coordenadora: Roberta Mansur
Caetano

VOLTA REDONDA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

S719i Souza, Juliana Carla Rodrigues de
A influência da má oclusão na qualidade de vida de crianças e adolescentes. / Juliana Carla Rodrigues de Souza; Tereza Izabella Corrêa Costa. – Volta Redonda: UniFOA, 2021.

28 p. II

Orientador (a): Prof. Pedro Augusto Bittencourt

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2021.

1. Odontologia - TCC. 2. Ortodontia preventiva. 3. Má oclusão – qualidade de vida. I. Bittencourt, Pedro Augusto. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: A influência da má oclusão na qualidade de vida de crianças e adolescentes.

Elaborado por: Juliana Carla Rodrigues de Souza e Tereza Izabella Corre Costa.

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

Aprovada em

Banca Avaliadora:

.....
Prof.º Mestre Pedro Augusto Peixoto Bittencourt

.....
Prof.ª Doutora Roberta Mansur Caetano

.....
Prof.º Doutor Carlos Roberto Teixeira Rodrigues

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, que me deu energia e forças, e em segundo aos meus pais, que sempre me apoiaram. Dedico também a todos que diretamente contribuíram para que fosse possível realizar esse presente trabalho, principalmente a todos os professores.

Juliana Carla Rodrigues de Souza

Dedico a Deus, meus pais, meu orientador e todos os professores que passaram pela minha vida até aqui. Sem eles nada disso seria possível!

Tereza Izabella Corrêa Costa

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me permitir ter saúde para viver esse momento, e vencer todos os obstáculos durante essa jornada. Aos meus pais, por todo amor e suporte, pois sem eles, não estaria aqui, principalmente ao meu pai que não mediu esforços. Agradeço ao meu namorado que sempre me deu palavras de apoio e me confortou quando o desânimo aparecia e as dificuldades surgiam. A minha família, que sempre acreditou em mim e vibra com as minhas vitórias. Aos meus amigos, tanto os que eu conheci antes da faculdade, tanto os que entraram na minha vida recente, obrigada por todo o apoio. Agradeço também a minha dupla desse trabalho de conclusão de curso, Tereza, por aceitar esse desafio comigo. Ao meu orientador professor Mestre Pedro Bittencourt e coorientadora professora Dra. Roberta Mansur pela confiança e carinho durante esse processo. Aos professores que durante o curso, sempre estavam à disposição para ajudar e ensinar.

Juliana Carla Rodrigues de Souza

Meu maior agradecimento é a Deus por capacitar meus pais de me proporcionar a realização desse grande sonho, nos abençoou com saúde, sabedoria e disposição que foram essenciais para chegar até aqui, e as dificuldades, que nos fortaleceram e nos amadureceram muito, graças a Ele nada nos faltou, toda honra e toda glória é DELE, o meu Senhor, minha maior fortaleza! O meu mais sincero obrigada aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, meus maiores exemplos de resiliência, superação e honestidade, que batalham incansavelmente por mim, essa realização é nossa! Minhas irmãs, meus sobrinhos, padrinhos, família e amigos pela compreensão nas horas de ausência e vibrações positivas durante esse processo. Meu orientador, Prof Dr Pedro Bittencourt, pela orientação, confiança, apoio e suporte, minha coorientadora Prof Dr^a Roberta Mansur, pelo carinho, correções e incentivos, minha dupla Juliana que viveu e dividiu comigo todos as aventuras desse momento, aos colegas de turma pelos 5 anos juntos, vivendo essa mistura de sentimentos e aprendizados, 5 anos de lição árdua e muito amadurecimento e por último, não menos importante, todos os funcionários do prédio da Odontologia, que sempre me receberam com muito carinho e simpatia, eles também fazem parte desse processo! Obrigada

Tereza Izabella Corrêa Costa

EPÍGRAFE

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

Charles Chaplin

RESUMO

A correta oclusão dentária é de grande importância para que o sistema estomatognático desempenhe suas funções sem a necessidade de adaptação, portanto uma desordem de desenvolvimento desse sistema, pode acometer os ossos da face, músculos e dentes, podendo ou não existir um fator causal. A má oclusão é considerada um problema de saúde pública, de acometimento multidimensional que pode interferir na qualidade de saúde bucal e na vida social de crianças e adolescentes, devido à influência que causa na aparência e autoestima dos portadores. Além do desalinhamento dos dentes e alteração na estética facial, a má oclusão pode causar desconforto ou dificuldade de mastigar, deglutir, respirar e até interferir em alterações posturais e psicológicas. Sendo assim importante o emprego da odontologia preventiva a fim de prevenir e/ou interferir o quanto antes nas oclusopatias, devolvendo a esse paciente uma boa saúde oral e qualidade de vida. O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão de literatura, sobre a má oclusã, suas etiologias e influência na qualidade de vida, de crianças e adolescentes acometidas e concluímos que estética e auto estima estão correlacionados com a saúde e que a cárie dental é a doença que mais predomina na população brasileira resultando em perdas precoces, induzindo a grandes implicações na qualidade de vida dos adultos, em todas as proporções, desde a funcional ate a interferência psicossocial.

Palavras-chave: Ortodontia preventiva; Má oclusão; Qualidade de vida.

ABSTRACT

A correct dental occlusion is of great importance for the stomatognathic system to perform its functions without the need for adaptation, so a development disorder of this system can affect the bones of the face, muscles and teeth, and there may or may not be a causal factor. Malocclusion is considered a public health problem, of multidimensional impairment that can interfere with the quality of oral health and social life of children and adolescents, due to the influence it causes on the appearance and self-esteem of patients. In addition to tooth misalignment and alteration in facial aesthetics, malocclusion can cause discomfort or difficulty chewing, swallowing, breathing and even interfere with postural and psychological changes. Therefore, the use of preventive dentistry is important in order to prevent and/or interfere as soon as possible in malocclusions, returning to this patient good oral health and quality of life. The objective of the present study was to conduct a literature review on poor occlusion, its etiologies and influence on the quality of life of affected children and adolescents and we conclude that aesthetics and self-esteem are correlated with health and that dental caries is the disease that predominates most in the Brazilian population resulting in early losses, inducing great implications for the quality of life of adults, in all proportions, from functional to psychosocial interference.

Keywords: Preventive orthodontics; Malocclusion; Quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Anatomia dental e periodontal.....	13
Figura 2: Mandibula, articulações Temporomandibulares e ligamentos acessórios..	14
Figura 3: Mordida cruzada posterior unilateral, mordida cruzada anterior.....	15
Figura 4: Mordida cruzada posterior bilateral(direito), mordida cruzada posterior bilateral(esquerdo).....	15
Figura 5: Mordida cruzada total.....	15
Figura 6: Mordida aberta.....	15
Figura 7: Diastema.....	16
Figura 8: Sobressalência.....	16
Figura 9: Mantenedores de espaço, superior e inferior.....	17
Figura 10: Anquilose dento alveolar.....	17
Figura 11: Anquilose dento alveolar visão radiográfica.....	18
Figura 12: Hábitos de sucção não nutritivos (chupeta).....	19
Figura 13: Hábitos de sucção não nutritivos (sucção de dedo)	19

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

et al e colaboradores

OMS. Organização mundial de saúde

UniFOA. Centro Universitário de Volta Redonda

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 Anatomia e funcionalidade do aparelho estomatognático	13
2.2 Definição e formas de apresentação da má oclusão	14
2.3 Etiologia	16
2.3.1 Aleitamento materno e hábitos bucais	18
2.4 A importância da odontologia preventiva	20
2.5 Impacto da má oclusão na qualidade de vida	21
3 DISCUSSÃO.....	23
4 CONCLUSÃO.....	25
5 REFERENCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

A má oclusão é uma desorganização entre as bases ósseas, maxila e mandíbula, e o desalinhamento dos elementos dentários (MORESCA et al., 2017).

As alterações no sistema estomatognático podem ocasionar sequelas como: alterações neuromusculares, alterações na ATM, mal posicionamento dos dentes (FERNANDES NETO; SIMAMOTO JÚNIOR; NEVES, 2013).

Os distúrbios oclusais podem ser de origem genética, ambiental ou até mesmo, pelos dois fatores juntos. O fator genético pode ser simples como transmissão autossômica dominante, ou complexas como transmissões poligênicas. Já os fatores ambientais: perda precoce de elementos dentários, traumatismo em dentes decíduos, respiração bucal, doenças crônicas graves, hipertrofia de tonsilas e adenoide (BAUSELLS; BENFATTI; CAYETANO, 2011). Pessoas que perderam os dentes por cárie têm uma maior chance de apresentar má oclusão (REBOUÇAS et al., 2017).

Um dos principais motivos que levam uma pessoa a procurar o tratamento ortodôntico é a aparência dentofacial (MORESCA et al., 2017).

Alguns tipos de oclusopatias são aceitas pela sociedade, sendo vistas como não suficiente para procura de um tratamento ortodôntico. Pessoas satisfeitas com a aparência descartam os critérios funcionais, achando não necessário o tratamento. As más oclusões são consideradas problema de saúde pública, com isso a grande importância da necessidade de um método que priorize atendimento à pacientes não favorecidos economicamente e que necessitam do tratamento (DIAS et al., 2018).

Existe uma diferença significativa nos efeitos que são causados pela existência da má oclusão na dentição decídua e na mista/permanente. Quando na dentição decídua, não há grande influência negativa na qualidade de vida, porém o mesmo não ocorre na mista/permanente, onde há influência negativa não só na qualidade da saúde oral, como também no âmbito psicológico, sendo assim, a alteração psicossocial, o transtorno que mais interfere na vida do portador da má oclusão, não deixando de interferir também na saúde bucal (MOREIRA et al., 2015). A orientação do profissional é de suma importância para a prevenção da má oclusão, e assim que

os incisivos e molares permanentes erupcionam, a dentição mista deve ser analisada para que se necessário, seja realizada uma intervenção e o paciente tenha um prognóstico favorável (MARCOMINI; BAUSELLS; BENFATTI, 2011).

O objetivo dessa revisão bibliográfica foi apontar as etiologias das oclusopatias e de que forma a má oclusão afeta a qualidade vida de crianças e adolescentes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Anatomia e funcionalidade do aparelho estomatognático.

Antes de compreender a má oclusão e seus efeitos, devemos entender a anatomia, seus componentes e a funcionalidade do sistema estomatognático, que é um sistema complexo, formado por dentes e suas estruturas de suporte, componentes esqueléticos, articulação temporomandibular, ligamentos e músculos e a união das estruturas definem a biomecânica da mastigação (OKESON, 2008).

Podemos dividir o dente em coroa, raiz, gengiva e ligamento periodontal, que são as fibras de tecido conjuntivo com a função de sustentação e amortecedor mastigatório. Os componentes esqueléticos são formados por 3 ossos principais, dois deles suportam os dentes que são a maxila e mandíbula, onde os dentes maxilares são maiores e sobrepõem os elementos da mandíbula, inferiores. E o terceiro é o osso temporal que suporta a mandíbula e suas articulações temporomandibulares, formadas pela cabeça da mandíbula que se posiciona dentro da fossa mandibular do osso temporal, entre os ossos está localizado o disco articular. Dentro do sistema articular, estão os ligamentos colaterais, capsular, temporomandibular e dois ligamentos acessórios: o esfenomandibular e o estilo mandibular. Os músculos esqueléticos, formados por fibras rápidas e lentas de acordo com a sua função, são quatro pares que compõem o grupo da mastigação: masseter, temporal, pterigoideo, medial e pterigoideo lateral (OKESON, 2008) (Figura 1 e 2).

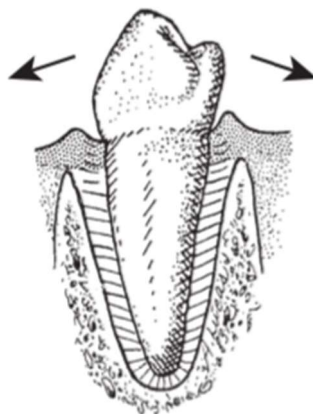


Figura 1: Anatomia dental e periodontal

Fonte: OKESON, 2008

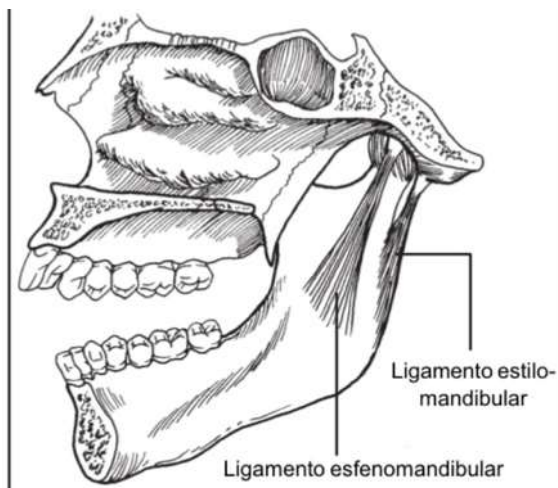


Figura 2: Mandíbula, articulações Temporomandibulares e ligamentos acessórios

Fonte: OKESON, 2008

2.2 Definição e formas de apresentação da má oclusão.

Os distúrbios oclusais são a desordem de todas as estruturas que formam o grupo mastigatório e podem ser separados em quatro formas principais: trauma oclusal (contato oclusal prematuro ou contato oclusal deflectivo), interferência oclusal, falta de estabilidade oclusal e/ou de guia anterior e alteração da dimensão vertical (FERNANDES NETO; SIMAMOTO JÚNIOR; NEVES, 2013). Quando presente, a anormalidade na oclusão, obrigatoriamente levará a interferência negativa em todo o sistema estomatognático, refletindo desde a ATM até a alteração postural craniocervical (PRADO; MACEDO; DUARTE, 2016).

As más oclusões mais comuns são mordidas aberta anterior, mordida cruzada (anterior e posterior), sobressalência aumentada e diastemas generalizados dentre outros vários tipos de distúrbios oclusais. O correto diagnóstico e investigação da causa da má oclusão é crucial para o tratamento correto e sua estabilidade, sobretudo por se tratar de uma alteração que sofre influências genéticas, ambientais e anatômicas (COELHO et al., 2013) (Figura 3 a 8).



Figura 3: Mordida cruzada posterior unilateral, mordida cruzada anterior,
Fonte: BAUSELLS; BENFATTI; MARCOMINI; ZUANON, 2011

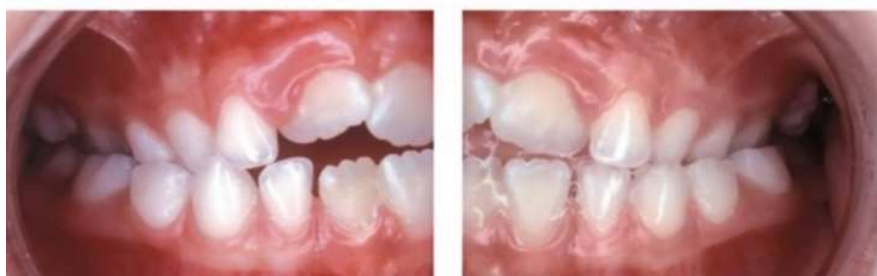


Figura 4: mordida cruzada posterior bilateral(direito), mordida cruzada posterior
bilateral(esquerdo),

Fonte: BAUSELLS; BENFATTI; MARCOMINI; ZUANON, 2011



Figura 5: Mordida cruzada total.

Fonte: BAUSELLS; BENFATTI; MARCOMINI; ZUANON, 2011



Figura 6: Mordida aberta.

Fonte: BAUSELLS; BENFATTI; MARCOMINI; ZUANON, 2011



Figura 7: Diastema.

Fonte: MARCOMINI; BAUSELLS; Fonte: BAUSELLS; BENFATTI; MARCOMINI; ZUANON, 2011



Figura 8: Sobressaliência.

Fonte: BAUSELLS; BENFATTI; MARCOMINI; ZUANON, 2011

2.3 ETIOLOGIA

A cárie, a doença periodontal e má oclusão, respectivamente, são apontados pela Organização mundial da saúde (OMS) como os maiores problemas de saúde bucal (WALDOLATO et al., 2015).

A cárie é uma doença multifatorial, definida por uma lesão cavitada ou não. É dever do cirurgião dentista prevenir a saúde bucal desde cedo, instruindo sobre higiene bucal, uso de fluoretos, alertando os pais sobre dietas cariogênicas, a fim de evitar a perda dental pela cárie precoce de infância (AREIAS et al., 2010). Há uma correlação entre a cárie e a má oclusão, na qual, quantos mais elementos anteriores e posteriores perdidos pela cárie, maior a prevalência de oclusopatias severas e muito severas (REBOUÇAS et al., 2017).

Perda precoce dos dentes decíduos podem ser resultantes de algum tipo de trauma ou cárie muito extensa. Onde o tratamento consiste na utilização de um aparelho mantenedor do espaço, que é classificado em fixo e removível, não funcionais e funcionais. A escolha do mantenedor é de acordo com a indicação e necessidade do caso do paciente (NÓBREGA; BARBOSA; BRUM, 2018.) (Figura 9).

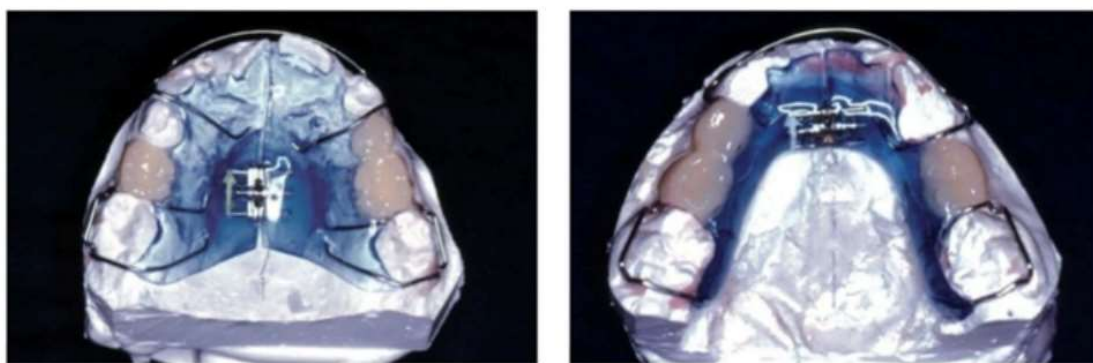


Figura 9: Mantenedores de espaço, superior e inferior.

Fonte: BAUSELLS; BENFATTI; MARCOMINI; ZUANON, 2011.

A anquilose dento alveolar é classificada como uma doença patológica odontológica (REZENDE et al., 2019), seu diagnóstico precoce é de grande importância para que não acarrete no desenvolvimento da oclusão (MADEIRO et al., 2005), é identificada por meio de exame clínico e complementares como a radiografia (GUIMARÃES et al., 2018), sendo mais encontrada na dentição decídua (REZENDE et al., 2019) (Figura 10 e Figura 11).



Figura 10: Anquilose dento alveolar.

Fonte: MARCOMINI; BAUSELLS; BENFATTI, 2011

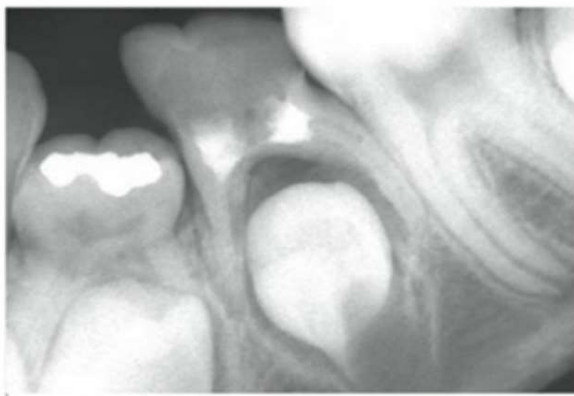


Figura 11: Anquilose dento alveolar com visão radiográfica

Fonte: MARCOMINI; BAUSELLS; BENFATTI, 2011

Bebês nascidos prematuros, isto é, antes de completar 37 semanas de gestação, podem desencadear danos no crescimento e desenvolvimento, sendo assim, propensos a desenvolver a má oclusão (SPEZZIA, 2020).

2.3.1 ALEITAMENTO MATERNO E HÁBITOS BUCAIS

Quanto maior o tempo de oferta do aleitamento natural exclusivo para a criança, menor a chance da presença de hábitos de sucção não nutritivos como o uso do dedo ou da chupeta (ALBUQUERQUE et al., 2021).

Para minimizar as chances de a criança criar hábitos de sucção não nutritivos, é de suma importância que o aleitamento seja mantido até o sexto mês de vida (GISFREDE et al., 2016), já que o instinto de sucção é natural em bebês. Porém tais hábitos, principalmente se mantidos por mais de 4 anos (ROCHA; GONÇALVES, 2019) causam danos no sistema estomatognático, que se não estimulados corretamente, desencadeiam as más oclusões (GISFREDE., et al., 2016).

O ideal é que a mãe retarde o período de oferta da chupeta. Existe uma correlação entre o tempo de aleitamento e o desmame, quanto maior o tempo em que a mãe continua com o aleitamento, menor é a chance dessa criança criar hábitos de sucção não nutritiva, como morder objetos, chupeta ou dedo. As crianças que

desenvolveram certo tipo de hábito deletério, apresentam maior prevalência de má oclusão, do que as que não desenvolveram (SOUZA; VALLE; PACHECO, 2006).

A restrição e/ou a falta de afeto, por parte dos pais, na fase de amamentação também podem levar o bebê a criar hábitos nocivos de sucção (ROCHA; GONÇALVES, 2019).

Entre os hábitos de sucção não nutritiva, a chupeta se destaca entre a causa mais frequente de má oclusão. O uso estendido associa-se diretamente à obtenção da mordida aberta anterior (OLIVEIRA; SOUZA; CHIAPPETA, 2006). O uso da chupeta interfere na frequência da mamada e conseqüentemente pode causar o desmame precoce, além disso também pode ser agente causador da candidíase oral, por ser um objeto de grande concentração de microorganismos como bactérias e fungos (KAIEDA, 2015). A chupeta é o que mais desencadeia a má oclusão entre crianças de 2 a 4 anos (GIMÉNEZ et al., 2008) (Figura 6).

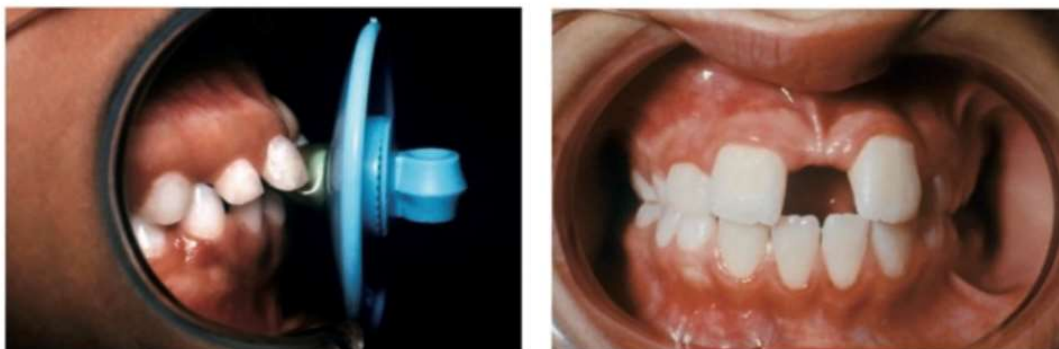


Figura 12: Hábito de sucção não nutritivos (chupeta).

Fonte: BAUSELLS; BENFATTI; MARCOMINI; ZUANON, 2011.



Figura 13: Hábitos de sucção não nutritivos (sucção de dedo).

Fonte: BAUSELLS; BENFATTI; MARCOMINI; ZUANON, 2011.

O cirurgião dentista deve sempre ofertar informações, como limpeza, conservação e armazenagem, benefícios e malefícios do seu uso, para que então os progenitores tenham um maior domínio sobre o assunto e assim possam tomar suas decisões e ações seguros, com base no que lhe foi informado (KAIEDA, 2015).

2.4 A IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA PREVENTIVA

A odontologia preventiva ocupa um lugar de destaque na prevenção da má oclusão nas fases de desenvolvimento da criança. A odontologia preventiva primária nos permite promover melhor condição e qualidade de vida, dado que a má oclusão ainda não se manifestou. Nesse momento, qualquer medida é baseada na prevenção da má oclusão (MARCOMINI; BAUSELLS; BENFATTI, 2011).

A odontologia preventiva é separada em níveis. No nível 1 são realizadas a orientação da higiene oral, alimentação, até mesmo interferências emocionais que possam gerar algum tipo de hábito nocivo na criança. Nível 2 já temos um grau de especificidade, procedimentos que visam a melhor prevenção como flúor, selantes e restaurações preventivas. A odontologia preventiva secundária ocorre quando já conseguimos identificar sinais da presença de má oclusão, que são os níveis 3 e 4. No nível 3, onde intervimos, já identificamos sinais clínicos de más oclusões e devemos agir empregando recursos como o mantenedor de espaço. E no nível 4, chegamos na fase da odontologia recuperadora, é o nível onde a prevenção falhou e a má oclusão já foi instalada. O tratamento exigirá movimento dentário, por exemplo com o recuperador de espaço (MARCOMINI; BAUSELLS; BENFATTI, 2011).

Apesar da má oclusão está ligada a qualidade de saúde bucal, a estética ainda é a principal motivação para busca do tratamento. Ainda que os distúrbios oclusais não afetem negativamente a dentição decídua, o cuidado desde a arcada decídua deve ser efetuado a fim de prevenir possíveis futuras oclusopatias na dentição permanente (MOREIRA et al., 2015).

É imprescindível o diagnóstico precoce das oclusopatias. Nos dias de hoje, existem diversos tratamentos precoces e aparelhos ortodônticos. Iniciados em um organismo infantil ainda em crescimento, no qual ainda são sugeridas pequenas

intervenções, conseqüentemente, colhemos resultados positivos no futuro para melhor qualidade de vida e saúde do pequeno paciente, evitando o desgaste de tratamentos extensos e invasivos no organismo adulto (DIAS et al., 2018).

As intervenções ortodônticas, muitas vezes, são limitadas, dependendo da etiologia da alteração oclusal, é importante associar ortodontista, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista e alergista, sendo feito um trabalho multidisciplinar. Os fonoaudiólogos, com a terapia fonoaudiológica trabalham a reabilitação da fala, posicionamento correto da língua durante a deglutição e a posição habitual de repouso. Já os alergistas e otorrinolaringologistas, atuam quando há alterações respiratórias que prejudicam a oclusão, como a respiração bucal, onde atuam desobstruindo as vias respiratórias permitindo a função correta (MACIEL; LEITE, 2005).

2.5 IMPACTO DA MÁ OCLUSÃO NA QUALIDADE DE VIDA

A estética, a saúde e a autoestima, são os pilares influenciadores no quesito insatisfação com a imagem em adolescentes (PETROSKI; PELEGRININ; GLANER, 2012).

As condições odontológicas tanto a saúde, quanto a estética, quando começam a incomodar, desenvolvem limitações na vida do ser humano, tanto funcional como também psicossocial (CARMINATTI et al., 2017).

Existe uma combinação entre insatisfação com a estética e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes (PEREIRA, 2017). A orientação para os pais sobre a importância e benefício de intervir precocemente com tratamento ortodôntico nas desarmonias faciais, faz com que os mesmos mudem de forma positiva sua opinião e propicia aos pacientes crianças e adolescentes uma melhora na qualidade de vida funcional e principalmente psicossocial (YESILBEK; SIMSEK; VALÉRIO, 2016).

A suscetibilidade de distúrbios oclusais graves ou muito graves, em adolescentes, estão altamente ligados a inferioridade social e hábitos nocivos. Essas alterações afetam a autoimagem e relações sociais. Adolescentes com famílias de baixa renda, na qual não apresentam condições suficientes para arcar com

tratamentos em consultórios particulares, sofrem dificuldade de inserção social e autoaceitação. No âmbito, se torna imprescindível a criação de políticas públicas que incluam tratamentos ortodônticos, atendendo a população socioeconomicamente desfavorecida (SILVEIRA et al., 2016).

GATTO et al, 2019 realizaram um estudo com 815 adolescentes com faixa etária de 11 a 16 anos de uma escola pública na cidade de São Paulo. Neste estudo 48,2% dos adolescentes entrevistados alegaram ser vítimas de bullying devido a aparência dentofacial. A maior parte dos alunos entrevistados não haviam sido submetidos a tratamento ortodôntico antes da pesquisa, mas disseram existir interesse em correção ortodôntica para a melhoria de sua estética.

O bullying é um comportamento bastante frequente entre os jovens, com isso uma boa saúde oral e correta oclusão propicia ao paciente um bem-estar no geral, assegurando qualidade de vida, segurança, autoconfiança, boa autoestima, repelindo-o de comentários e apelidos desonrosos (BOFFI; FRANZIN, 2017).

3 DISCUSSÃO

Para compreendermos a má oclusão e seus efeitos, necessitamos ter conhecimento da anatomia e seus constituintes. O sistema mastigatório é composto por dentes e suas estruturas de suporte, componentes esqueléticos, articulação temporomandibulares, ligamentos e músculos, e a união dessas ordenações definem a biomecânica da mastigação. O dente é dividido em: coroa, raiz, gengiva e ligamento periodontal. Os constituintes esqueléticos são formados por três ossos principais: maxila, mandíbula e osso temporal. Articulações temporomandibulares, que são construídas pelo côndilo que situa no interior da fossa mandibular do osso temporal e entre os ossos o disco articular. Dentro do sistema articular, ligamento temporomandibular e dois ligamentos acessórios: esfenomandibular e estilomandibular. Músculos esquelético sendo quatro pares que compõe o grupo da mastigação: masseter, temporal, pterigoideo medial e pterigoideo lateral (OKESON, 2008)

A desordem da mandíbula, maxila e elementos dentários determinam a má oclusão (MORESCA et al., 2017).

Suas fundamentais maneiras de apresentação: trauma oclusal, interferência oclusal, falta de estabilidade oclusal e/ou guia anterior e alterações de dimensão vertical. Quando instalada comprometem todo o sistema estomatognático, podendo causar consequências como variações na ATM, transformações neuromusculares e mal posicionamento dos dentes (FERNANDES NETO; SIMAMOTO JUNIOR; NEVES, 2013). E segundo Prado, Macedo, Duarte 2016, além das variações na ATM, a má oclusão espelha negativamente na postura craniocervical.

As alterações oclusais são de ascendência genética ou ambiental (MARCOMINI; BAUSELLS; BENFATI, 2011) e anatômicas (COELHO et al., 2013). Em concordância com a OMS, a cárie, doença periodontal e má oclusão são denotadas como os principais fatores prejudiciais á saúde bucal (WALDOLATO et al., 2015)

Há uma ligação entre a cárie e a má oclusão, onde quanto mais elementos perdidos pela cárie maior a severidade da oclusopatia (REBOUÇAS et al., 2017). Quando ocorrida na dentição decídua, se houver indicação se faz necessário o uso de mantenedores de espaço (NÓBREGA; BARBOSA; BRUM, 2018). Alguns fatores genéticos como a Anquilose dentoalveolar, quando diagnosticado precocemente não influencia no desenvolvimento da oclusão (MADEIRO et al., 2005).

No caso dos bebês prematuros, isto é, nascidos antes de 37 semanas são mais predispostos a desenvolver má oclusão (SPEZZIA, 2020). Levando em consideração que o aleitamento materno também interfere na oclusão, se não mantido até o sexto mês de vida (GISFREDE et al., 2016). O mesmo quando suspenso precocemente, maior a chance de o bebê desenvolver hábitos de sucção não nutritivos, como uso de dedo, chupeta. A chupeta é identificada como o hábito de sucção não nutritivo que mais causa a má oclusão (GIMÉNEZ et al., 2008). Quando, mantidas por mais de 4 anos (ROCHA; GONÇALVES, 2019).

A odontologia preventiva é de grande importância na prevenção das oclusopatia, para que esse paciente, desde criança, tenha uma melhor qualidade de vida no geral (MARCOMINI; BAUSELLS; BENFATI, 2011). E a busca pela estética é um dos pilares que mais se destaca na procura do tratamento ortodôntico, ainda que a má oclusão seja identificada como um problema de saúde bucal (MOREIRA et al., 2015).

A má oclusão não só interfere na autoestima, como também na inserção social. Segundo pesquisas, pacientes com comprometimento socioeconômico que não possuem condições de arcar com o tratamento (SILVEIRA et al., 2016), são vítimas de bullying devido sua aparência dentofacial, assim desencadeando insegurança, medo, vergonha, afligindo sua qualidade de vida (BOFFI; FRANZINI, 2017).

4 CONCLUSÃO

O presente estudo nos propiciou entendimento claro e objetivo sobre a má oclusão e os malefícios que a mesma causa na qualidade de vida de crianças e adolescentes. Tanto funcional como psicológico, transparecendo que existe uma correlação muito forte entre a estética, autoestima e saúde e com isso a insatisfação com a imagem fortalece limitações na vida de quem apresenta qualquer tipo de irregularidade oclusal, que venha a comprometer sua aparência dentofacial em destaque os adolescentes, onde o bullying é um comportamento bastante comum.

5 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S.; DUARTE, R.; CAVALCANTI, A.; BELTRÃO, E. A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos da primeira infância. **Rev Ciência e saúde coletiva (on-line)**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 371-378, jun. 2021.

AREIAS, C. et al. Cárie precoce da infância- estado da arte. **Acta pediátrica portuguesa**, Portugal, v. 41, n. 5, p. 217-21, set/ out. 2010.

BAUSELLS, J.; BENFATTI, S.; MARCOMINI, E.; ZUANON, A. Hábitos bucais. In: BAUSELLS, J.; BENFATTI, S.; CAYETANO, M. **Interação odontopediatria- Uma visão multidisciplinar**, São Paulo: Livraria Santos Editora, 2011.

BOFFI, J.C.; FRANZIN, L. Bullying e a atuação da odontologia. **Rev Uningá Review**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 38-41, março. 2017.

CARMINATTI, M.; LAVRA PINTO, B.; FRANZON, R.; RODRIGUES, J.; ARAÚJO, F.; GOMES, E. Impacto da cárie dentária, má oclusão e hábitos orais na qualidade de vida relacionados à saúde oral em crianças pré-escolares. **Audiology - Communication Research**, São Paulo, v. 22, jun. 2017.

COELHO, P.; SILVEIRA, O.; ANDRADE, E.; VIDIGAL, B.; GOMES, J. A importância do diagnóstico e intervenção precoce no tratamento das maloclusões em odontopediatria. **Arquivo brasileiro de odontologia**, Minas Gerais, v.9, n.1, p. 1418, 2013.

DIAS, G.; ALBERTON, L.; SANTOS, M.; FERNANDES, K.; ALVES, F. A relevância do papel do Odontopediatra no diagnóstico e tratamento precoces da mordida cruzada na infância- relato de caso. **Rev. Odontologica de Araçatuba**, São Paulo, v.39, n.2, p.47- 53, Maio/Agosto, 2018.

FERNANDES NETO, A.; NEVES, F.; SIMAMOTO JUNIOR, P. **Série abeno: oclusão**. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda, 2013.

GATTO, R.; GARBIN, A.; CORRENTE, J.; GARBIN, C. The relationship between oral health-related quality of life, the need for orthodontic treatment and bullying, among Brazilian teenagers. **Dental Press J. Orthod**, Maringá, v. 24, n. 2, p. 73-80, Apr. 2019 .

GIMÉNEZ, C.; MORAES, A.; BERTOZ, A.; BERTOZ, F.; AMBROSANO, G. Prevalência de má oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. **Rev Dental Press Ortop Facial**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 70-83, mar/abr. 2008.

GUIMARÃES, K.; MOREIRA, M.; SANTIN, G.; LOUREIRO K.; MATOS, L. Esclarecendo a anquilose dentária em dentes decíduos. **Rev Uningá**, Maringá, v. 55, n. 2, p. 117/128, abr/jun. 2018.

GISFREDE, T.; KIMURA, J.; REYES, A.; BASSI, J.; DRUGOWICK, R.; MATOS, R et al. Hábitos deletérios e suas consequências em odontopediatria. **Rev. Brás. Odontol**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 144-9, abril/junho. 2016.

KAIEDA, A. K. **A má oclusão e sua relação com a aparência dental e impacto nas atividades diárias de adolescentes brasileiros**. 2015. 56p. Tese (Doutorado em Odontologia na Área de Saúde Coletiva)- Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2015.

MACIEL, C.; LEITE, I. Aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais. **Rev. De atualização científica**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 293-302, set/dez. 2005.

MADEIRO, A.; PASSOS, I.; PAIVA, F.; OLIVEIRA, A.; Anquilose dentoalveolar: etiologia, diagnóstico e possibilidades de tratamento. **Rev Odontologica de Araçatuba**, São Paulo, v. 26, p. 20/24, jan/jun. 2005.

MARCOMINI, E.; BAUSELLS, J.; BENFATTI, S. Procedimentos odontológicos preventivos. In: BAUSELLS, J.; BENFATTI, S.; CAYETANO, M. **Interação odontopediatria- Uma visão multidisciplinar**, São Paulo: Livraria Santos Editora, 2011.

MOREIRA, A.; PINTO, L.; PINTO, K.; CÔRREIA, P.; JEZIORSKI, S.; VELÁSQUEZ, K. et al. O impacto da má oclusão na dentição decídua e permanente na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão de literatura. **Revs. Bras.odontol**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 70-5, jan/jun. 2015.

MORESCA, R.; FANDERRUF, M.; FANDERRUF, M.; CASAGRANDE, C. (2017). **Análise dos fatores que motivam pacientes jovens e adultos a buscarem tratamento ortodôntico**. *Orthodontic Science and Practice*. 10. 273-282.10.24077/2017;1039-273282. 2017 janeiro. 2017.

NÓBREGA, M.; BARBOSA, C.; BRUM, S. Implicações da perda precoce em odontopediatria **Rev Pro UniverSUS**, Vassouras, v. 09, n. 1, p. 61/67, jan/jun. 2018.

OKESON, J. **Tratamento das desordens templo mandibulares e oclusão**. 6 ed, Maryland Heights, Missouri: mosby, 2008.

OLIVEIRA, A.; SOUZA, F.; CHIAPPETA, A.L A relação entre hábitos de sucção não nutritiva, tipo de aleitamento e má oclusões em crianças com dentição decídua. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 357, set. 2006.

PEREIRA, E.C. **Impacto da Saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes e associação com a imagem corporal**. 2017. 50p. Dissertação (Mestrado em saúde da criança e do adolescente) – Universidade federal de Pernambuco, 2017.

PETROSKI, EDIO, L.; PELEGRINI, A.; GLANER, M.F. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1071-1077, abr. 2012.

PRADO, E.V.; MACEDO, A.; DUARTE, D.A. Relação da oclusão dentária na presença de curvaturas não fisiológicas da coluna vertebral. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 24-8, fev. 2016.

REBOUÇAS, A.; ZANIN, L.; AMBROSANO, M.; FLÓRIO, F. Fatores individuais associados à má oclusão em adolescentes. **Ciências & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3723-3732, novembro. 2017.

REZENDE, M.; SILVA, M.; MELGAÇO, C.; MENDES, P. Anquilose dentária, diagnóstico e tratamento. **Rev Universidade Vale do Rio Verde**, Minas Gerais, v. 17, n. 1, p. 17, jan/jul. 2019.

ROCHA, M.; GONÇALVES, G. Hábitos de sucção não nutritivos em odontopediatria. **Caderno de odontologia da unifeso**, Teresópolis, v. 101, n. 2, p. 121-136, 2019.

SILVEIRA, M.; FREIRE, R.; NEPOMUCENO, M.; MARTINS, M.; MARCOPITO, L. A gravidade da maloclusão em adolescentes: estudo de base populacional no norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. De Saúde pública**, Minas Gerais, v. 50, n. 11, p. 1-11, 2016.

SOUZA, D.; VALLE, M.; PACHECO, M. Relação clínica entre hábitos de sucção, má oclusão e grau de informação prévia das mães. **Revs. Dental ortodon ortop facial**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 6, p. 81-90, nov/dez. 2006.

SPEZZIA, S. Maloclusão e prematuridade ao nascimento. **Journal of oral investigations**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 67-81, jan/jun. 2020.

WALDOLATO, A.; ANÉA, G.; FONCESA, D.; ROCHA, R. Má oclusão e hábitos bucais deletérios: uma revisão crítica. **Psicologia e saúde em debate**, Minas Gerais, v. 1, n. 2, p. 35-45, agosto. 2015.

YESILBEK B.; SIMSEK S.; VALÉRIO P. O impacto psicossocial da estética facial em crianças e adolescentes e a possibilidade de intervenções precoce: relato de caso. **Rev. Assoc. Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 70, n. 2, p.193, abr/jun. 2016.