

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

BEATRIZ PRACIANO MENDES
REBECA CANÊDA MAGALHÃES

ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA: BENEFÍCIOS À
SAÚDE ORAL

VOLTA REDONDA

2020

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

**ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA: BENEFÍCIOS À
SAÚDE ORAL**

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

Alunas: Beatriz Praciano Mendes

Rebeca Canêda Magalhães

Orientadora: Roberta Mansur Caetano

Orientador: Pedro Augusto P. Bittencourt

VOLTA REDONDA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

M538o Mendes, Beatriz Praciano

Ortodontia preventiva e interceptativa: benefícios à saúde oral. / Beatriz Praciano Mendes; Rebeca Canêda Magalhães. – Volta Redonda: UniFOA, 2020.

25 p. II

Orientador (a): Roberta Mansur Caetano

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2020.

1. Odontologia - TCC. 2. Ortodontia interceptiva. 3. Ortodontia preventiva. I. Caetano, Roberta Mansur. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: Ortodontia Preventiva e Interceptativa:
Benefícios à Saúde Oral

Elaborado por: Beatriz Praciano Mendes e Rebeca Canêda Magalhães

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

Aprovada em 01 de dezembro de 2020.

Banca Avaliadora:

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

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

.....
Prof.^a Mestra Paula Chagas Silva de Oliveira

DEDICATÓRIA

“Dedico esse trabalho primeiramente a Deus autor da minha história, que me guiou e deu forças para chegar até aqui, ao meu pai Sebastião Edvaldo Castilho Mendes, que acreditou em mim desde o início e nunca mediu esforços para me ajudar em todos os momentos, a minha avó Nadir Abreu Castilho que com todo o seu carinho e dedicação sempre me apoia, a minha mãe Ana Paula Azeredo Praciano pela compreensão e admiração que me impulsionou a seguir nos momentos difíceis, a minha tia Graciela Castilho Mendes por todo o seu amor e incentivo junto com meu primo Arnaldo Mendes de Souza, que sempre confiou em mim. Aos meus irmãos, Luís Gustavo Azeredo Praciano, Camila Dionizio Mendes, Davi Praciano Araújo, que são a luz da minha vida e me inspiraram com muita fé. A todos os meus familiares que mesmo distante sempre estiveram ao meu lado acreditando em mim. Aos meus amigos que me ajudaram ao longo da caminhada. E aos meus mestres professores por toda orientação durante a graduação.”

Beatriz Praciano Mendes

“Gostaria de dedicar esse trabalho a Deus por ser tão presente e essencial em minha vida, juntamente à minha orientadora Roberta Caetano Mansur cuja dedicação e paciência serviram como pilares de sustentação para a conclusão deste trabalho. Grata por tudo.”

Rebeca Canêda Magalhães

AGRADECIMENTOS

“Agradeço a Deus, por ter me abençoado e sustentado ao longo desses anos com muita saúde e força para superar todas as dificuldades e possibilitar chegar até aqui. A toda a minha família pelo apoio e compreensão em todos os momentos e principalmente nos mais difíceis, ao meu namorado que sempre esteve ao meu lado acreditando em mim e me incentivando a chegar aonde estou. A minha querida orientadora, que com toda sua dedicação e paciência me ajudou a concluir esse trabalho. Agradeço também a todos os funcionários e professores do curso de Odontologia que me auxiliaram inúmeras vezes e aos meus amigos que pude contar tantas vezes.”

Beatriz Praciano Mendes

“Agradeço a Deus, em primeiro lugar, por iluminar todos os dias a minha vida, guiando os meus passos em todos os momentos da minha vida. A minha orientadora Professora Roberta Caetano Mansur, por ser um exemplo de compreensão, paciência, inteligência, profissionalismo, família e bom humor. Admiração e carinho são o que nutrem a gratidão que sinto por você. Você é incrível, Obrigada! Muito obrigado também à minha dupla de trabalho, Beatriz Praciano Mendes, pela atenção dada durante todo o período de elaboração do trabalho e pela paciência que teve comigo durante e até finalização do mesmo. Serei eternamente grata. Aos meus pais, Anselmo e Morgana, por todo amor e carinho oferecidos. Por acreditarem em mim e não medirem esforços para tornarem meus sonhos realidade. Amo vocês e obrigada por tudo! Ao meu namorado, Frederico, pelo companheirismo e amor, por estar sempre pronto para me acolher e ajudar. Obrigada por se fazer presente na minha vida, e por compartilhar dos meus sonhos e acreditar neles. À minha irmã do coração, Gabrielly, por toda a cumplicidade e companheirismo durante todos esses anos de amizade. Sei que nossa amizade irá durar para sempre.”

Rebeca Canêda Magalhães

EPÍGRAFE

“Suba o primeiro degrau com fé, não é necessário que você veja toda a escada, apenas dê o primeiro passo”.

Martin Luther King

RESUMO

O objetivo dessa revisão bibliográfica foi abordar as características de normalidade das dentições, como parâmetros para o diagnóstico das más oclusões, enfatizando os benefícios dos procedimentos ortodônticos preventivos e interceptativos à saúde oral. As medidas preventivas e interceptativas da má oclusão podem ser realizadas por procedimentos simples realizados pelo dentista, com efeitos positivos e relevantes para saúde oral. Compreende-se como procedimentos preventivos, promoção à amamentação natural, restaurações dentárias, instalação de mantenedores de espaço, suspensão de hábitos bucais deletérios, permitindo adequadas funções do sistema estomatognático. Os procedimentos interceptativos compreende as correções das más oclusões dentição decídua ou mista, prevenindo que permaneçam na dentição permanente, portanto, permite redirecionar o crescimento facial e restabelecer o equilíbrio funcional. O dentista deve ter o conhecimento das características de normalidade das dentições decídua e mista, bem como da etiologia das más oclusões, que compreende fatores, genético e ambiental ou a interação de ambos. O tratamento interceptor deve iniciar o mais cedo possível, permitindo aproveitar o potencial de crescimento dos maxilares e corrigir os hábitos bucais deletérios, corrigindo as desarmonias orofaciais e restabelecendo a oclusão dentária. Deve ser realizado em casos de mordida aberta anterior, mordidas cruzadas anterior e posterior, manutenção e recuperação de espaço nas perdas precoces de dentes decíduos. Concluiu-se que os procedimentos preventivos e interceptativos permitem um equilibrado desenvolvimento orofacial e evolução normal da oclusão, impactando de forma positiva na saúde oral.

.

Palavras-chave: Ortodontia Interceptiva; Ortodontia Preventiva; Má oclusão.

ABSTRACT

This literature review aims to address the characteristics of normal dentition, as parameters for the diagnosis of malocclusions, emphasizing the benefits of preventive and interceptive orthodontic procedures to oral health. Preventive and interceptive measures of malocclusion can be done with simple procedures performed by the dentist, with positive and relevant effects on oral health. It is understood as preventive procedures, promotion of natural breastfeeding, dental restorations, installation of space maintainers, suspension of harmful oral habits, allowing adequate functions of the stomatognathic system. The interceptive procedures include the correction of malocclusions in the primary or mixed dentition, preventing them from remaining in the permanent dentition, therefore, it allows redirecting facial growth than restoring functional balance. The dentist must have knowledge of the characteristics of normality of primary and mixed dentitions, as well as the etiology of malocclusions, which includes genetic and environmental factors or the interaction of both. Interceptor treatment should start as soon as possible, allowing it to take advantage of the growth potential of the jaws and correct deleterious oral habits, correcting orofacial disharmony and restoring dental occlusion. It must be performed in cases of anterior open bite, anterior and posterior crossbites, maintenance and space recovery in the early loss of primary teeth. It was concluded that the preventive and interceptive procedures allow a balanced orofacial development and normal evolution of the occlusion, having a positive impact on oral health.

Keywords: Orthodontic, Interceptive; Orthodontic, Preventive; Malocclusion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REVISÃO DA LITERATURA	10
2.1 Procedimentos ortodônticos preventivos e interceptativos	10
2.2 Características de normalidade das dentições decídua e mista.....	11
2.3 Fatores etiológicos das más oclusões.....	14
2.4 Importância do tratamento precoce (interceptor) das más oclusões.....	15
3 DISCUSSÃO	18
4 CONCLUSÃO	21
5 REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

A ortodontia preventiva tem como objetivo orientar e conduzir o desenvolvimento craniofacial, portanto, os procedimentos preventivos devem iniciar a partir do nascimento da criança até a puberdade. Já a ortodontia interceptativa tem o objetivo de deter uma anormalidade já existente, fazendo com que a oclusão siga de forma normal (MOTA; CURADO, 2019).

Quando as intervenções ortodônticas são realizadas precocemente observa-se maiores benefícios, com baixo custo tanto econômico quanto biológico (PAULIN et al., 2019).

As más oclusões podem ser determinadas como a desarmonia da disposição dos dentes nos arcos dentários e a relação destes com as bases ósseas e estruturas relacionadas, podendo se estabelecer tanto na dentição decídua quanto na permanente (LOPEZ et al., 2001).

Os fatores etiológicos das más oclusões dividem-se em dois grandes grupos, genético e ambiental (BOECK et al., 2013; GARIB; SILVA FILHO; JANSON, 2013; REBOUÇAS et al., 2017) ou mais comumente a interação de ambos (GARIB; SILVA FILHO; JANSON, 2013).

O código genético depende da hereditariedade e das alterações genéticas, que geram o tipo facial, o padrão esquelético sagital da face, as discrepâncias dente-osso e diversos tipos de anomalias dentárias (GARIB; SILVA FILHO; JANSON, 2013). Os hábitos bucais deletérios são frequentes causadores de danos na dentição decídua, resultantes das variáveis frequência, duração e intensidade do hábito, que excedendo a tolerância fisiológica, levam ao desequilíbrio do sistema estomatognático, causando deformidades oclusais (SILVA FILHO; GARIB, 2013; SILVA et al., 2018).

O objetivo dessa revisão bibliográfica foi abordar as características de normalidade das dentições, decídua e mista, como parâmetros para o diagnóstico das más oclusões, enfatizando os benefícios dos procedimentos ortodônticos preventivos e interceptativos à saúde oral.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Procedimentos ortodônticos preventivos e interceptativos

A ortodontia preventiva e interceptativa compreendem procedimentos, que podem ser simples e realizados pelo dentista clínico geral e odontopediatra. Para a realização dos mesmos é necessário o correto diagnóstico, de modo que, ao final do tratamento, sejam restabelecidas as condições para o desenvolvimento normal da oclusão em benefício do paciente (MONTEIRO; NOJIMA; NOJIMA, 2003).

Os procedimentos ortodônticos preventivos impedem a instalação dos hábitos bucais deletérios, promovem à amamentação natural e adequadas funções do sistema estomatognático. Incluem restaurações dentárias para restabelecimento das dimensões dos dentes com lesões de cárie; instalação de mantenedores de espaço, nos casos de perdas dentárias precoces; eliminação de hábitos bucais deletérios e suspensão de hábitos de sucção, por adoção de medidas psicológicas; além da reeducação da fala e da deglutição atípica (HEBLING et. al., 2007; SILVA FILHO; GARIB, 2013; MOTA; CURADO, 2019).

Outra forma de medida preventiva básica dentro da ortodontia seria o tratamento multiprofissional, com os cirurgiões-dentistas e com outros profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, entre outros profissionais, avaliando o paciente como um todo (HEBLING et al., 2007).

O tratamento interceptativo corrige más oclusões no período de dentição decídua e mista, independente da gravidade do problema ou da mecânica utilizada(SILVA FILHO,2013). Pode prevenir o aumento da severidade da má oclusão previamente ao estabelecimento da dentição permanente, portanto, permite redirecionar o crescimento facial e restabelecer o equilíbrio funcional(TASHIMA et al., 2003; TAVARES, 2016).

Os procedimentos interceptativos apresentam resultados significativos no tratamento das mordidas cruzadas anteriores e posteriores (TASHIMA et al., 2003; TAVARES, 2016; MOTA; CURADO, 2019), além da recuperação de espaços,

correção de sobremordida, frenectomia, remoção de dentes decíduos com retenção prolongada, entre outros (MOTA; CURADO, 2019; GOMES; STRELOW; ALMEIDA, 2020).

As medidas de prevenção e interceptação da má oclusão podem ser realizadas por procedimentos simples, com efeitos relevantes para a saúde oral da criança (MOTA; CURADO, 2019).

2.2 Características de normalidade das dentições decídua e mista

O ortodontista deve utilizar dois indicativos básicos para fazer seu diagnóstico: a idade dentária e a idade cronológica. As variações irruptivas dos dentes decíduos não apresentam origem patológica e não influenciam no padrão morfológico da oclusão. O atraso ou antecipação da erupção de aproximadamente seis meses são considerados aspectos normais. Sendo que o período de irrupção dos dentes decíduos na cavidade bucal dura cerca de dois anos e estende-se dos seis meses até dois anos e meio de idade (SILVA FILHO; GARIB, 2013).

A dentição decídua mostra-se completa a partir dos três anos de idade, portanto, nessa fase, o dentista pode realizar uma análise morfológica da face e da oclusão para diagnosticar irregularidades ou estabelecer normalidade na dentição. O tratamento interceptor das más oclusões pode se iniciar aos cinco anos de idade, precocemente na dentição decídua e por esse motivo o profissional deve ter conhecimento dos processos biológicos da dentição (SILVA FILHO; GARIB, 2013).

Baume observou duas características nos arcos decíduos, os espaços generalizados na região anterior, nomeando de arco tipo I e aqueles sem espaços, chamados de arco tipo II, nas arcadas mais estreitas transversalmente. E ainda, presença de espaços nomeados espaços primatas, no arco superior localizado entre incisivos laterais e caninos e no arco inferior entre caninos e primeiros molares, que favorecem o bom posicionamento da dentição permanente (FERREIRA et al., 2001).

Os tipos de arcos e os espaços primatas são características autônomas na dentição decídua, podendo ou não estar presentes na arcada dentária superior ou inferior, não existe uma regra (FERREIRA et al., 2001).

Entretanto, alguns fatores são indicativos de uma oclusão normal na dentadura decídua: 1. Relação caninos Classe I; 2. Trespasse horizontal (sobressaliência) e vertical (sobremordida) positivos e normais 3. Relação caixa-tampa com o arco superior envolvendo o arco inferior (SILVA FILHO; GARIB, 2013).

A relação sagital interarcos dentários normal ocorre quando a ponta da cúspide do canino superior oclui na ameia entre o canino e o primeiro molar inferior decíduo. Em regra, a criança com relação de caninos normal ou Classe I na dentição decídua apresentará Classe I na dentição permanente (SILVA FILHO; GARIB, 2013).

Os incisivos superiores devem ocluir suavemente a frente dos incisivos inferiores, recobrando parte de suas coroas no sentido vertical, além do arco inferior totalmente dentro do superior, portanto, para garantir a relação caixa-tampa, o arco superior deve apresentar dimensões transversais maiores que as do arco inferior(SILVA FILHO; GARIB, 2013).

A relação entre o diagnóstico oclusal e facial é importante nas fases precoces de desenvolvimento oclusal, portanto, o ortodontista pode realizar uma leitura do padrão facial da criança quando a dentição decídua se completa e os segundos molares decíduos entram em oclusão(SILVA FILHO; GARIB, 2013).

Normalmente, por volta dos seis anos de idade a irrupção do primeiro molar permanente dá início a dentição mista, que possui duas épocas marcantes de troca de dentes decíduos por dentes permanentes, definidas como primeiro e segundo período transitório. Entre essas duas fases ativas de aparecimento de dentes permanentes nos arcos dentários, interpõe-se um estágio de passividade clínica, em que não ocorre a irrupção de dentes, com duração de 1 ano e meio aproximadamente, denominado período intertransitório (GARIB; SILVA FILHO; OZAWA, 2013).

Van der Linden classificou essas fases da dentição mista, sendo que o primeiro período transitório é determinado pela irrupção dos primeiros molares permanentes, a esfoliação dos incisivos decíduos e a irrupção dos incisivos permanentes. O segundo período transitório é compreendido pela esfoliação dos

caninos e molares decíduos e irrupção dos caninos permanentes e pré-molares e a irrupção dos molares permanentes(GARIB; SILVA FILHO; OZAWA, 2013).

São consideradas características de normalidade da oclusão no primeiro período transitório na dentição mista: relação de caninos classe I; trespases horizontal e vertical positivos e normais; relação caixa tampa; incisivos permanentes alinhados ou com suaves irregularidades posicionais(GARIB; SILVA FILHO; OZAWA, 2013).

As características no período intertransitório são relação de caninos classe I; relação de incisivos com trespasse horizontal positivo de mais ou menos 2mm e trespasse vertical positivo, os incisivos superiores sobrepõem o terço incisal dos incisivos inferiores. Os incisivos estão alinhados ou com pequenas irregularidades e pequenos diastemas (GARIB; SILVA FILHO; OZAWA, 2013).

As mudanças transitórias na dentição mista podem ser confundidas com má oclusão. Observa-se, na fase do “patinho feio”, a vestibularização dos incisivos superiores, com divergência do longo eixo de apical para incisal, sobremordida profunda, diastemas e incisivos inferiores desalinhados, apresentando muitas vezes melhora ao final da dentadura mista (MIGUELI; BRUNHAROL; ESPERÃO, 2005).

No segundo período transitório da dentadura mista a sequência de irrupção mais comum na arcada inferior segue de mesial para distal: canino, primeiro pré - molar, segundo pré-molar e segundo molar. No arco superior, os caninos geralmente são os últimos dentes a irromper no perímetro do arco dentário, sendo a seguinte sequência a mais comum: primeiro pré-molar, segundo pré-molar, canino e segundo molar (GARIB; SILVA FILHO; OZAWA, 2013).

No segundo período transitório da dentadura mista, o ortodontista pode tirar proveito do espaço residual gerado na troca dos molares decíduos pelos pré-molares, para solucionar o apinhamento dos incisivos. Essa fase finaliza com a irrupção dos segundos molares permanentes e pode-se dizer que o paciente alcançou a maturidade oclusal (GARIB; SILVA FILHO; OZAWA, 2013).

O conhecimento da morfologia oclusal normal funciona como parâmetro para o diagnóstico das más oclusões (SILVA FILHO; GARIB, 2013).

2.3 Fatores etiológicos das más oclusões

Os problemas de oclusão dentária, na fase da infância e adolescência, constituem-se as anormalidades do crescimento e desenvolvimento dos músculos e ossos, que geram alterações estéticas e funcionais, da mastigação, fonação, respiração e deglutição, podendo interferir na postura corporal (GUZZO et al.,2014).

Na dentição decídua é possível identificar discrepâncias esqueléticas, especialmente as sagitais (padrões esqueléticos classe I,II,III ou padrão I, II e III). Este fato se dá pois a morfologia facial se estabelece desde muito cedo, devido o controle genético (LARA; SILVA FILHO; ALMEIDA, 2013).

Além do fator genético, os principais fatores etiológicos das más oclusões são os hábitos deletérios, como a sucção não nutritiva, pressionamento lingual atípico, deglutição atípica, respiração bucal, interposição labial, onicofagia, bruxismo e apertamento dentário, que podem refletir de maneira negativa na cavidade bucal do paciente infantil(SILVA FILHO; GARIB; LARA, 2013; SILVA et al., 2018).

Outros fatores etiológicos comuns são os traumas dentários, perda precoce de dentes decíduos,hábitos alimentares, misturas étnicas, raça, presença de problemas dentários como a cárie, além da condição socioeconômica(BOECK et al., 2013; REBOUÇAS et al., 2017).

Fatores locais ou gerais podem alterar a correta cronologia de erupção dos elementos dentários. Os fatores locais que atrasam a cronologia de erupção são: anquilose dental, cisto de erupção, cisto odontogênico calcificado, dentes supranumerários, dentes dilacerados e odontoma. Os fatores locais que aceleram a cronologia de erupção são: cárie, infecção pulpar, perda precoce do dente decíduo, tratamento endodôntico e trauma oclusal. Os fatores gerais que atrasam a cronologia de erupção são: deficiência hormonal, desnutrição, nascimento prematuro, síndrome de Down, osteogênese imperfeita tipo III. Os que aceleram: artrite reumatoide juvenil, diabetes mellitus, osteogênese imperfeita tipo IV e querubismo (CARVALHO; CANDELÁRIA; VANTINE, 2007).

Entender a etiologia das más oclusões significa reconhecer as possibilidades e limitações da Ortodontia. Quanto maior a participação genética e menor o papel do ambiente na origem da má oclusão, menores as chances de estabilidade pós tratamento, menor a possibilidade de prevenção, conseqüentemente, pior o prognóstico de correção (GARIB; SILVA FILHO; JANSON, 2013).

2.4 Importância do tratamento precoce (interceptor) das más oclusões

É de fundamental importância a atuação ortodôntica preventiva e interceptativa na clínica infantil por meio de uma anamnese criteriosa e detalhada, um diagnóstico adequado e planejamento eficaz (FALTIN et al., 2011).

A etapa mais importante do tratamento ortodôntico é o diagnóstico. As análises facial, oclusal e cefalométrica devem ser feitas com extrema atenção, visando obter um diagnóstico preciso. Após essa etapa, pode-se planejar todas as outras, assim como o planejamento da mecânica adequada (FREITAS et al., 2019).

As crianças brasileiras apresentam um dos mais altos índices de extrações dentárias prematuras, sem manutenção do espaço perdido, como também de lesões de cárie extensas não tratadas, que são fatores agravantes na determinação da má oclusão (MORAIS; MOTA; AMORIM, 2014). Portanto, o controle de espaço durante a dentadura mista, com a manutenção e a recuperação de espaço para os dentes permanentes em irrupção é um importante benefício do tratamento interceptor (ALMEIDA et al., 1999).

Vale lembrar ainda nas crianças brasileiras, a presença de fatores associados, tais como: hábitos de sucção não nutritivos, características antropométricas e nutricionais, padrões alimentares e suas alterações, uso de mamadeira e desmame precoce (MORAIS; MOTA; AMORIM, 2014).

O tratamento ortodôntico interceptor é sinônimo de tratamento precoce e tem como objetivo prevenir e interceptar alterações morfo-funcionais que se manifestam no sistema estomatognático e nos órgãos relacionados. Os procedimentos interceptativos implicam em interceptar uma situação anormal já existente, de modo a restabelecer a evolução normal da oclusão, corrigindo determinadas desarmonias da região orofacial (MONTEIRO; NOJIMA, 2003; GUZZO et al., 2014).

O tratamento ortodôntico e ortopédico precoce tem como objetivo corrigir os desequilíbrios esqueléticos, musculares e dentoalveolares existentes ou em desenvolvimento, melhorando condições oro-crânio-faciais, antes que a erupção dos dentes permanentes esteja completa (BITTENCOURT; MACHADO, 2010; MANSUR, 2015), como também, pois os problemas de oclusão dentária estabelecidos não sofrerão autocorreção (GUZZO et al., 2014).

A intervenção e/ou remoção precoce dos hábitos bucais deletérios permitirá minimizar os danos e evitar que as más oclusões persistam na dentição permanente. A associação do tratamento fonoaudiológico às intervenções corretivas odontológicas contribui para um melhor resultado nos casos de hábitos como respiração bucal e deglutição atípica (WALDONATO et al., 2015).

O tratamento precoce contribui para o não agravamento de uma má oclusão, além de aproveitar o crescimento dos maxilares, colabora no controle ou na correção dos hábitos deletérios e ajuda a restabelecer uma oclusão dentária equilibrada e funcional. O ideal seria realizar o diagnóstico cedo e iniciar o tratamento o quanto antes, pois assim, obtém-se maior controle do crescimento ósseo do paciente. Além disso, quanto mais cedo se realize a intercepção, resultará em efeitos positivos, tanto funcionais como estéticos, promovendo a qualidade de vida do paciente (COELHO; SILVEIRA; ANDRADE, 2013; FREITAS et al., 2019).

De acordo com Almeida et al. (1999) é indiscutível o maior benefício do tratamento precoce, que refere-se ao aproveitamento do potencial de crescimento esquelético dos pacientes, favorecendo a correção das deformidades dento esqueléticas, conseqüentemente, diminuindo a necessidade de cirurgia ortognática no futuro.

Portanto, o tratamento ortodôntico interceptor pode ser realizado a partir dos cinco anos de idade, sendo então possível tratar várias más oclusões na dentição decídua e/ou mista (SILVA FILHO, 2013).

O tratamento ortodôntico precoce deve ser realizado nos casos de: mordida aberta anterior, mordidas cruzadas posteriores e anteriores (ALMEIDA et al., 1999; SILVA FILHO, 2013; GOMES; STRELOW; ALMEIDA, 2020), manutenção e recuperação de espaço nas perda precoces de dentes decíduos (ALMEIDA et al.,

1999; GOMES; STRELOW; ALMEIDA, 2020), mordidas cruzadas anteriores em padrão I ou em padrão III, com possibilidade de correção imediata, pois geralmente respondem bem ao tratamento e excetuando o padrão III, apresentam estabilidade pós- tratamento razoável (ALMEIDA et al., 1999; SILVA FILHO, 2013).

3 DISCUSSÃO

Os procedimentos ortodônticos preventivos devem iniciar a partir do nascimento da criança, seguindo durante toda a dentição mista (HEBLING et. al., 2007; SILVA FILHO; GARIB, 2013; MOTA; CURADO, 2019) e tem como objetivo orientar o desenvolvimento craniofacial, muitas vezes por procedimentos simples, mas relevantes para a saúde oral da criança (MONTEIRO; NOJIMA; NOJIMA, 2003; MOTA; CURADO, 2019). Compreende a promoção da amamentação natural, restaurações dentárias, mantenedores de espaço, eliminação de hábitos bucais deletérios(HEBLING et. al., 2007; SILVA FILHO; GARIB, 2013; MOTA; CURADO, 2019), bem como o tratamento realizado por outros profissionais da área da saúde (HEBLING et. al., 2007).

Os procedimentos ortodônticos interceptativos ou interceptivos corrigem anormalidades existentes na oclusão durante as dentições, decídua e mista (MONTEIRO; NOJIMA; NOJIMA, 2003; SILVA FILHO, 2013; MOTA; CURADO, 2019), independente da mecânica empregada (SILVA FILHO, 2013) Compreende o tratamento das mordidas cruzadas, anterior e posterior, a recuperação de espaços, dentre outros (MOTA; CURADO, 2019; GOMES; STRELOW; ALMEIDA, 2020), redirecionando o crescimento facial (TASHIMA et al., 2003; TAVARES, 2016).

As más oclusões são desarmonias dos arcos dentários e das bases ósseas que podem já se estabelecer nas dentições decídua e mista (LOPEZ et al., 2001), portanto, o conhecimento da morfologia oclusal normal funciona como parâmetro para a identificação das más oclusões (GARIB; SILVA FILHO; OZAWA, 2013).

A dentição decídua se completa em torno dos 3 anos de idade (SILVA FILHO; GARIB, 2013), podendo apresentar espaços generalizados na região anterior e espaços primatas (FERREIRA et al., 2001), entretanto, os indicativos de normalidade são: relação caninos de classe I; trespasse horizontal e vertical positivos; relação caixa-tampa, com o arco superior recobrando o inferior (SILVA FILHO; GARIB, 2013).

A dentição mista inicia por volta de 6 anos de idade e finaliza com a irrupção dos segundos molares permanentes, sendo classificada em fases, que são primeiro período transitório, período intertransitório e segundo período transitório (GARIB; SILVA FILHO; OZAWA, 2013).

Torna-se necessário o conhecimento das alterações transitórias e as características de normalidade das dentições, para que não sejam confundidas com má oclusão (MIGUELI; BRUNHAROL; ESPERÃO, 2005).

Os hábitos bucais deletérios assim como os traumas dentários, perda precoce de dentes decíduos, hábitos alimentares, raça e presença de problemas dentários como cárie são destaque entre os principais fatores que podem refletir de maneira negativa na cavidade bucal do paciente infantil (SILVA FILHO; GARIB; LARA, 2013; BOECK et al., 2013; REBOUÇAS et al.,2017; SILVA FILHO et al., 2018), além dos fatores gerais e locais que podem alterar a cronologia de erupção dentária (CARVALHO; CANDELÀRIA; VANTINE, 2007).

A morfologia facial se estabelece cedo devido o controle genético, sendo possível identificar discrepâncias esqueléticas na dentição decídua (LARA; SILVA FILHO; ALMEIDA, 2013). Os problemas de oclusão são decorrentes das anormalidades de crescimento e desenvolvimento de músculos e ossos interferem na mastigação, fonação, respiração, deglutição e na postura corporal da criança e adolescente (GUZZO et al.,2014).

Os fatores etiológicos das más oclusões dividem-se em ambientais e genéticos ou a combinação de ambos (BOECK et al., 2013; GARIB; SILVA FILHO; JANSON, 2013; REBOUÇAS et al., 2017), entretanto, quanto maior o comprometimento genético, menor a possibilidade de prevenção e pior o prognóstico de correção (GARIB; SILVA FILHO; JANSON, 2013).

A atuação ortodôntica preventiva e interceptiva na clínica infantil necessita anamnese criteriosa, análise facial, oclusal e cefalométrica para que o diagnóstico seja adequado e o tratamento bem sucedido (FALTIN et al.,2011; FREITAS et al.,2019).

O tratamento interceptor pode ser realizado a partir dos cinco anos de idade (SILVA FILHO, 2013), sendo o ideal que inicie o mais cedo possível (COELHO; SILVEIRA; ANDRADE, 2013; FREITAS et al.,2019), permitindo minimizar os danos e evitar que as más oclusões persistam na dentição permanente, corrigindo as desarmonias orofaciais, restabelecendo a evolução normal da oclusão (MONTEIRO; NOJIMA, 2003; SILVA FILHO, 2013; GUZZO et al.,2014; WALDONATO et al., 2015; PAULIN et al., 2019). Além da correção dos hábitos bucais deletérios, utiliza o potencial de crescimento dos maxilares, restabelecendo a oclusão dentária (COELHO; SILVEIRA; ANDRADE, 2013; FREITAS et al., 2019). Como contribui para o não agravamento da má oclusão, na correção das deformidades dento esqueléticas na criança, portanto, diminui a necessidade de cirurgia ortognática no futuro (ALMEIDA et al.,1999; COELHO; SILVEIRA; ANDRADE,2013; FREITAS et al.,2019).

O tratamento ortodôntico interceptor deve ser realizado em casos de mordida aberta anterior, mordidas cruzadas anterior e posterior, manutenção e recuperação de espaço nas perda precoces de dentes decíduos (ALMEIDA et al., 1999; SILVA FILHO, 2013; GOMES; STRELOW; ALMEIDA, 2020), mordida cruzada anterior em padrão I ou em padrão III, com possibilidade de correção imediata (ALMEIDA et al., 1999; SILVA FILHO, 2013).

4 CONCLUSÃO

O cirurgião dentista deve ter conhecimento das características de normalidade das dentições, bem como, dos fatores etiológicos das más oclusões. Os procedimentos preventivos envolvem orientações e procedimentos simples, que impedem o desenvolvimento das más oclusões, enquanto, os procedimentos interceptativos tratam as más oclusões nas dentições decídua e mista, portanto, permitem um equilibrado desenvolvimento orofacial e evolução normal da oclusão, impactando de forma positiva na saúde oral.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.R.; GARIB, D.G.; HENRIQUES, J.F.C.; ALMEIDA, M.R.; ALMEIDA, R.R. Ortodontia preventiva e interceptora: mito ou realidade? **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v.4, n.6, p.87-108, 1999.

BITTENCOURT, M.A.V.; MACHADO, A.W. Prevalência de má oclusão em crianças entre 6 e 10 anos - um panorama brasileiro. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v.15 n.6, p.113-22, nov/dez. 2010.

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. **Rev. CEFAC**. São Paulo, v. 15, n. 5.2013.

CARVALHO, P.L.; CANDELÁRIA, L.F.A.; VANTINE, F.F. Estudo dos Fatores que Alteram a Cronologia de Erupção Dentária. **SOTAU Revista Virtual de Odontologia**, São José dos Campos, v.3, n.1, p.18-23, 2007.

COELHO, P.M.; SILVEIRA, O.S.; ANDRADE, E.L.S.P.; VIDIGAL, B.C.L.; GOMES, J.M. A Importância do diagnóstico e intervenção precoce no tratamento das maloclusões em odontopediatria. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, Belo Horizonte, v.9 n.1, p.14-8, 2013.

FALTIN, G.K.; BIGLIAZZI, R.; LADISLAU, A.S.; BARBOSA, H.A.M.; JÚNIOR, K.F. Prevalência de más-oclusões em crianças na fase de dentição decídua e mista e sua associação com hábitos bucais deletérios. **Orthodontic Science and Practice**, São Paulo, v.3, n.13, p.419-423, jan.2011.

FERREIRA, R. I.; BARREIRA, A. K.; SOARES, C. D.; ALVES, A. C. Prevalência de características da oclusão normal na dentição decídua. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 23-8, jan/mar. 2001.

FREITAS, B.G.; VIDAL, G.O.; COSTA, A.M.; SOARES, J.L.P.; CARVALHO, A.L.A.; BOTELHO, M.M. As vantagens do tratamento precoce da classe III. **Rev. Faipe**. Cuiabá-MT, v.9, n.2, p.24-8, jul/dez.2019.

GARIB, D.G.; SILVA FILHO, O.G.; JANSON, G. Etiologia das Maloclusões. In: SILVA FILHO, O.G.; GARIB, D.G.; LARA, T.S. **Ortodontia Interceptiva: Protocolo de tratamento em duas fases**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

GARIB, D.G.; SILVA FILHO, O.G.; OZAWA, T.O. Dentadura Mista: desenvolvimento da oclusão. In: SILVA FILHO, O.G.; GARIB, D.G.; LARA, T.S. **Ortodontia Interceptiva: Protocolo de tratamento em duas fases**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

GOMES, G.V.; STRELOW, T.A.T.; ALMEIDA, S.A. Ortodontia Preventiva e Interceptativa e suas Contribuições para um bom Desenvolvimento da Oclusão do paciente em fase de Dentição Decídua e/ou Mista: um estudo teórico. **JBusiness Technology**. v.14, n.2, p.74-86. 2020.

GUZZO, S.C.; FINKLER, M.; REIBNITZ JÚNIOR, C.; REIBNITZ, M.T. Ortodontia preventiva e interceptativa na rede de atenção básica do SUS: perspectiva dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Brasil. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.19 n.2, p.449-60, fev.2014.

HEBLING, S.R.F.; PEREIRA, A.C.; HEBLING, E.; MENEGHIM, M.C. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.4, jul/ago.2007.

LARA, T.S.; SILVA FILHO, O.G.; ALMEIDA, A.M. Tratamento precoce do padrão II. In: SILVA FILHO, O.G.; GARIB, D.G.; LARA, T.S. **Ortodontia Interceptiva: Protocolo de tratamento em duas fases**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

LOPEZ, F. U. ; CEZAR, G. M.; GHISLENI, G. C.; FARINA, J. C.; BELTRAME, K. P.; FERREIRA, E. S. Prevalência de maloclusão na dentição decídua. **RevFac Odontol**. Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 8-11, dez. 2001.

MANSUR, S. C. **Prevalência de Má Oclusão em Crianças com Idade Escolar: Norte de Portugal**. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária)– Universidade Fernando Pessoa. 2015.

MIGUELI, J.A.M.; BRUNHAROL, I.P.; ESPERÃO, P.T.G. Oclusão normal na dentadura mista: reconhecimento das características oclusais por alunos de graduação. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v.10, n.1, p.59-66, jan/feb. 2005.

MONTEIRO, S.L.; NOJIMA, M.C.G.; NOJIMA, L.I. Ortodontia Preventiva x Ortodontia Interceptiva: Indicações e Limitações. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, Rio de Janeiro, v.8, n.47, p.390-7, 2003.

MORAIS, S.P.T.; MOTA, E.L.A.; AMORIM, L.D.A.F. Fatores associados à incidência de maloclusão na dentição decídua em crianças de uma coorte hospitalar pública do nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 14, n. 4, p. 371-82, 2014.

MOTA, D.T.V.; CURADO, M.M. **Ortodontia Preventiva e Interceptativa**. 2019. Disponível em: [//1//https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/222/1/Daiana_Mota_0002437.pdf](https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/222/1/Daiana_Mota_0002437.pdf). Acesso em 27 mar. 2020.

PAULIN, R.F.; GARIB, D.G.; FREITAS, P.Z.; ALBERGARI, C. Democratização do Acesso à Ortodontia Infantil. **Humanidades & Tecnologia em Revista**, Paracatu, v.16, p.555-63, 2019.

REBOUÇAS, A. G.; ZANIN, L.; AMBROSANO, G. M. B.; FLÓRIO, F. M. Fatores individuais associados à má oclusão em adolescentes. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p.3723-32, 2017.

SILVA, J. M.; LIMA, E. C. P.; FARIAS, M. R. S. FERNANDES, D. C. Uso prolongado da chupeta e suas repercussões clínicas na saúde bucal da criança: uma revisão integrativa. **Caderno de Graduação Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. Alagoas, v. 5, n. 1, p. 55-66, 2018.

SILVA FILHO, O.G. Protocolo de tratamento em duas fases: Definindo conceitos. In: SILVA FILHO, O.G.; GARIB, D.G.; LARA, T.S. **Ortodontia Interceptiva: Protocolo de tratamento em duas fases**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

SILVA FILHO, O.G.; GARIB, D.G. Dentadura decídua: Aspectos clínicos e radiográficos. In: SILVA FILHO, O.G.; GARIB, D.G.; LARA, T.S. **Ortodontia Interceptiva: Protocolo de Tratamento em Duas Fases**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

TASHIMA, A.Y.; VERRASTRO, A.P.; FERREIRA, S.L.M.; WANDERLEY, M.T.; PINTO, E.G. Tratamento ortodôntico precoce da mordida cruzada anterior e posterior: relato de caso clínico. **Rev. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.29, p.24-31, jan./fev. 2003.

TAVERES, P.C.F.; **Tratamento Ortodôntico Interceptativo da Mordida Cruzada anterior e posterior: Relato de caso clínico**. 2016. 42p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

WALDONATO, A.; ANÉAS, G.C.G.; FONSECA, D.R.; ROCHA, R.L. Má oclusão e hábitos bucais deletérios: uma revisão crítica. **Rev. Psicologia e Saúde em Debate**. Patos Minas, v.1, n.2, ago. 2015.