



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

ADRIANA SENRA DE BRANCO

**Características da oclusão de crianças participantes do
Programa de Prevenção da Saúde Bucal**

Araçatuba

2017

ADRIANA SENRA DE BRANCO

**Características da oclusão de crianças participantes do
Programa de Prevenção da Saúde Bucal**

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

Orientador: Prof. Dr. Osmar Aparecido Cuoghi

Coorientador: Prof. Adj Robson Frederico Cunha

Araçatuba – Sp

2017

Dedicatória

Aos mestres responsáveis pela minha formação acadêmica. Aos meus pais, Maurício de Branco e Márcia Cristina Oliveira Senra de Branco, que não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. Por acreditarem em mim e investirem em mim, que sem a ajuda, o suporte e todo apoio ao longo desses anos, nada poderia ter sido concretizado. E que no decorrer da vida, me proporcionaram, além de imenso amor e carinho, o conhecimento dos caminhos de Deus.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, primeiramente, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, por me conceder o dom e a realização de minha escolha profissional, por me sustentar durante toda esta longa caminhada.

À **Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”**, na pessoa do diretor da Faculdade de Odontologia de Araçatuba **Prof. Wilson Roberto Poi** e do vice-diretor **Prof. João Eduardo Gomes Filho**.

Ao **Prof. Dr. Osmar Aparecido Cuoghi**, por me receber tão bem quando o procurei para o desenvolvimento do trabalho e a confiança que teve em me proporcionar a realização deste. “Um excelente educador não é um ser humano perfeito, mas alguém que tem a serenidade para se esvaziar e sensibilidade para aprender” (Augusto Cury). Obrigada pela orientação da pesquisa e aos momentos de aprendizado e companheirismo.

Aos professores membros da Banca examinadora, **Prof. Dr. Marcos Rogério de Mendonça** e a **Profª Dra. Sandra Maria Herondina Coelho de Ávila de Aguiar**, por se disponibilizarem a compor a banca.

Ao meu pai, **Maurício de Branco**, meu herói, amigo, parceiro e companheiro de todos os momentos. Obrigada por sua luta diária, por nunca ter deixado faltar nada em nossa casa, e por seus sábios conselhos. Te amo muito, sempre serei grata por tudo que o senhor já fez e faz por mim até hoje.

À minha mãe, **Márcia Cristina Oliveira Senra de Branco**, minha amiga, meu reflexo e meu espelho. Nunca imaginei chegar onde estou, e isto só foi possível porque em casa tive exemplo de garra e superação, sem seu esforço, sem sua luta, eu não seria quem sou hoje. Só tenho a agradecer todo cuidado, amor, carinho e atenção que sempre teve comigo e com nossa família, pelas palavras motivadoras diante das dificuldades encontradas. Obrigada por ser minha mãe, obrigada por sempre estar ao meu lado. Você é tudo pra mim, eu te amo muito.

Aos meus irmãos, **Guilherme Senra de Branco** e **Patrícia Senra de Branco**, por todo apoio, amizade e companheirismo ao longo de nossas vidas. Obrigada por sempre torcerem por mim e mesmo com a distância, se fazerem presentes. Eu amo muito vocês, e os quero sempre ao meu lado.

Ao meu esposo, **Felipe de Souza Marques**, por toda paciência e compreensão, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem para continuar, me apoiando nos momentos de dificuldades e celebrando as conquistas. Obrigada por sempre me incentivar, investir em mim e sonhar os meus sonhos comigo. Te amo muito, meu amor.

À grande amiga que a faculdade me deu, **Marcela Fernanda Küll**. Ma, obrigada por toda nossa parceria, cumplicidade e sintonia nas aulas e clínicas de

todos esses anos. Você foi peça fundamental para minha caminhada na faculdade. Amizade que quero levar para vida toda.

À grande amiga que a pesquisa me trouxe, **Dra. Joana Teodoro**. Muitos foram os momentos vivenciados no CAOÉ, estágio na ortodontia e especialização. Obrigada pelas palavras, ensinamentos, companheirismo e respeito. Obrigada por me motivar e incentivar com a pesquisa despertando em mim o anseio de conhecimento. Sem sua ajuda a probabilidade de eu estar aqui hoje seria baixa. Muito obrigada!

Às minhas amigas de longa data, **Carol, Livia, Samira, Gabriela e Tânia** por todos esses anos de amizade, companheirismo e confiança, por tornarem meus dias mais fáceis e mais alegres, e por entenderem minha ausência em períodos de provas. Amo demais cada uma de vocês.

À turma XIII e turma XIV pelos anos de estudos, amizade e companheirismo.

A todos que torceram por mim, de longe ou de perto e que contribuíram diretamente ou indiretamente para a realização deste trabalho.

*“Julgue seu sucesso pelas coisas que
você teve que renunciar para
conseguir.”*

Dalai Lama

BRANCO, A. S. **Características da oclusão de crianças participantes do Programa de Prevenção da Saúde Bucal**. 2017. 21f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

RESUMO

O propósito deste estudo foi avaliar as características oclusais de crianças submetidas ao Programa de Prevenção de Saúde Bucal e comparar com crianças da mesma faixa etária que não participaram de Programas de prevenção. Foram examinadas 100 crianças na faixa de 5 a 9 anos, de ambos os gêneros, no estágio de dentadura mista (1º período transitório e período intertransitório), da Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP. Os dados obtidos, foram comparados com informações extraídas de trabalhos de pesquisa existentes na literatura que não realizaram procedimentos preventivos odontológicos. Os resultados mostram que dentre os 100 pacientes analisados, 49% das crianças apresentaram oclusão normal. Das más oclusões, 33% apresentaram classe I, 17% classe II, e 1% apresentaram classe III. Além disso, 3% apresentaram mordidas cruzadas anterior, 5% mordidas cruzadas posteriores unilateral e 1% mordidas cruzadas posteriores bilateral. Com relação ao nível de sobremordida, 84% apresentaram sobremordida normal, nenhuma mordida profunda, 17% mordidas abertas. Quando comparado com a literatura, 40,60% apresentaram Classe I, 21,60% Classe II e 6,20% apresentaram Classe III; 10,41% apresentaram mordidas cruzadas anterior, 6,45% mordidas cruzadas posteriores unilateral, 2,72% mordidas cruzadas posteriores bilateral. Com relação ao nível de sobremordida, 34,46% apresentaram sobremordida normal, 18,09% mordida profunda, 15,85% mordidas abertas. Conclui-se a necessidade de se introduzir programas eficazes de prevenção e interceptação na fase de dentição ainda decídua e mista, estabelecendo um desenvolvimento mais adequado a oclusão.

Palavras Chaves: Má oclusão. Classificação de Angle. Oclusão normal. Epidemiologia. Dentadura mista.

BRANCO, A. S. **Characteristics of occlusion in children participating of the Oral Health Prevention Program**. 2017. 21f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

ABSTRACT

The purpose of this research was to evaluate the characteristics of occlusion in children that participated in the Oral Health Prevention Program and to compare them with other children in the same age group who did not participate in prevention programs. A total of 100 children between the ages of 5 - 9 years old were examined in the mixed dentition stage (first transitory period and intertransitory period), in the Odontopediatrics Clinic from Faculty of Dentistry of Araçatuba-UNESP. The obtained data were compared with information extracted from literature researches that did not performed dental preventive procedures. The results show that among the 100 patients analyzed, 49% of the children present normal occlusion. On the malocclusions incident 33% present class I, 17% class II, and 1% class III. In addition 3% had anterior crossbites, 5% unilateral posterior crossbites and 1% bilateral posterior bites. Regarding the level of overbite, 84% presents normal overbite with no deep bite, and 17% open bites. When compared with the literature 40.60% presents Class I, 21.60% Class II and 6.20% Class III; 10.41% has anterior crossbites, 6.45% unilateral posterior crossbite, and 2.72% bilateral posterior bite. In relation to the level of overbite, 34.46% present normal overbite, 18.09% deep bite, and 15.85% open bites. The conclusion of this research is that the effective prevention and interception programs should be introduced in the deciduous and mixed teething phase, establishing a more suitable occlusion development.

Keywords: Malocclusion. Angle Classification. Normal occlusion. Epidemiology. Mixed denture.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de oclusão normal e má oclusão.	14
Gráfico 2 – Distribuição do tipo de má oclusão, de acordo com a classificação de Angle, nas crianças portadoras de má oclusão.	14
Gráfico 3 – Distribuição da presença de mordida cruzada, nas crianças portadoras de má oclusão.	15
Gráfico 4 – Distribuição do tipo de sobremordida nas crianças submetidas a prevenção.	15
Gráfico 1.1 – Obtido na literatura - Bittencourt et al. (2010).	16
Gráfico 2.1 – Obtido na literatura - Bittencourt et al. (2010).	16
Gráfico 3.1 – Obtido na literatura - Bittencourt et al. (2010).	17
Gráfico 4.1 – Obtido na literatura - Bittencourt et al. (2010).	17

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. MATERIAIS E MÉTODO.....	12
3. RESULTADOS.....	14
4. DISCUSSÃO.....	18
5. CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

Baseando-se em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a má oclusão é o terceiro item na ordem dos problemas de saúde bucal, sendo precedido somente pela cárie e pela doença periodontal. Entre as populações, a má oclusão, prevalece em relação à oclusão normal, independentemente do estágio do desenvolvimento da oclusão.

As más oclusões são de origem multifatorial, dificilmente sendo atribuída uma causa específica. Podem ser ocasionadas por fatores gerais do tipo congênitos, hereditários, deficiências nutricionais ou hábitos anormais de pressão; fatores locais situados diretamente na arcada, como dentes supranumerários, cárie dentária e perda precoce de dentes decíduos.

É fundamental a identificação e a localização dos diferentes desvios de desenvolvimento oclusal que podem surgir e que devem ser interceptados antes do término da fase de crescimento.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado predomínio da má oclusão Classe I com manifestação de desordens oclusais nos sentidos transversal e vertical; seguida pela má oclusão Classe II e, em menor frequência, pela Classe III.

O objetivo deste trabalho, será avaliar as características oclusais de crianças (5 a 9 anos) no estágio da dentadura mista (1º período transitório e período intertransitório) submetidas ao Programa de Prevenção de Saúde Bucal na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP comparando com crianças, da mesma faixa etária, que não participaram de Programas de prevenção.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Plataforma Brasil, número 71185817.0.0000.5420.

Foram analisados 100 crianças com faixa etária entre 5 e 9 anos, sem distinção de raça ou gênero, que apresentavam exclusivamente dentadura mista, sendo excluídos as crianças que faziam uso de aparelho ortodôntico e os casos com ausências dentárias por perdas precoces.

Os pacientes analisados fazem parte do Programa de Prevenção da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Neste programa os pais participam de palestras de orientações sobre as principais ocorrências e necessidades odontológicas voltadas para as crianças de 4 a 9 anos de idade. Posteriormente as crianças são agendadas para o atendimento clínico, em cadeira odontológica, com a realização de profilaxia com pasta profilática e escova Robinson, uso do fio dental e aplicação tópica de flúor gel. As crianças são agendadas em uma periodicidade que corresponde quatro vezes ao ano. As crianças e os pais recebem orientações sobre dieta, higiene bucal e saúde em todas as sessões de atendimento. Ao completarem 9 anos de idade, as crianças recebem alta da Clínica de Prevenção.

A coleta dos dados foi realizada por um único profissional, por meio de exame clínico e anamnese, sob fonte de luz artificial, com a criança sentada na cadeira odontológica, de frente para o examinador, em máxima intercuspidação.

Inicialmente foi verificado se as alterações oclusais apresentadas eram significativas ou se havia somente pequenas alterações que não comprometeriam o estabelecimento da relação oclusal futura, tanto do ponto de vista funcional quanto estético. Nas alterações significativas, identificou-se as características da má oclusão, nos sentidos anteroposterior, transversal e vertical.

Observou-se a relação dos primeiros molares permanentes, nos lados direito e esquerdo, para definir o tipo de má oclusão, de acordo com a classificação de Angle. Foram estabelecidos os seguintes grupos: Classe I, Classe II divisão 1, Classe II divisão 2 e Classe III.

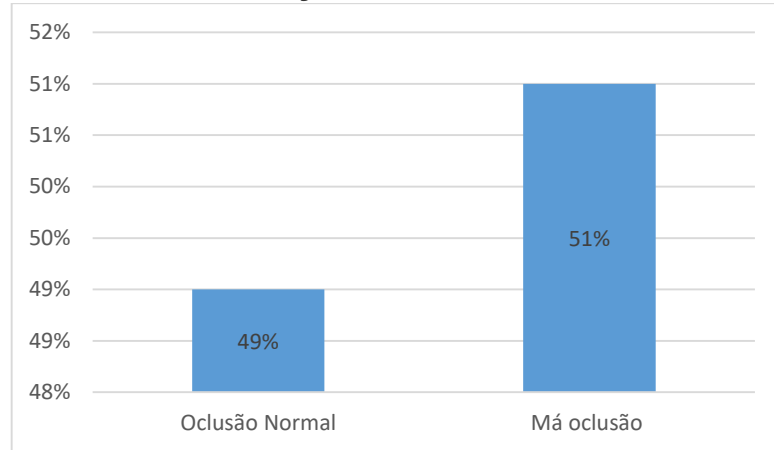
Observou-se também a presença de mordida cruzada nas regiões anterior e posterior. Nos casos de mordidas cruzadas posteriores, foram subdivididas em bilateral ou unilateral. Em relação às alterações verticais, foi avaliado o nível de trespasse vertical, ou seja, quando ultrapassava a metade da coroa do incisivo inferior, era considerado como sobremordida profunda. Caracterizou-se como mordidas abertas, a partir da relação anterior de topo a topo.

Foi também avaliado, hábitos parafuncionais, de sucção não nutritiva (chupeta e dedo), onicofagia. Entendeu-se por perda precoce, a decorrente de exodontias, motivadas por patologias ou traumatismos, realizadas fora do período considerado ideal para a esfoliação dos dentes. Na sequência, procurou-se definir se a criança era merecedora de atenção ortodôntica, tanto ao nível de prevenção quanto de interceptação. Nestes casos, os pacientes eram encaminhados para os tratamentos adequados.

3 RESULTADOS

Neste estudo, verificou-se que 49% das crianças apresentam oclusão normal, enquanto que 51% possuem algum tipo de má oclusão (Gráfico 1).

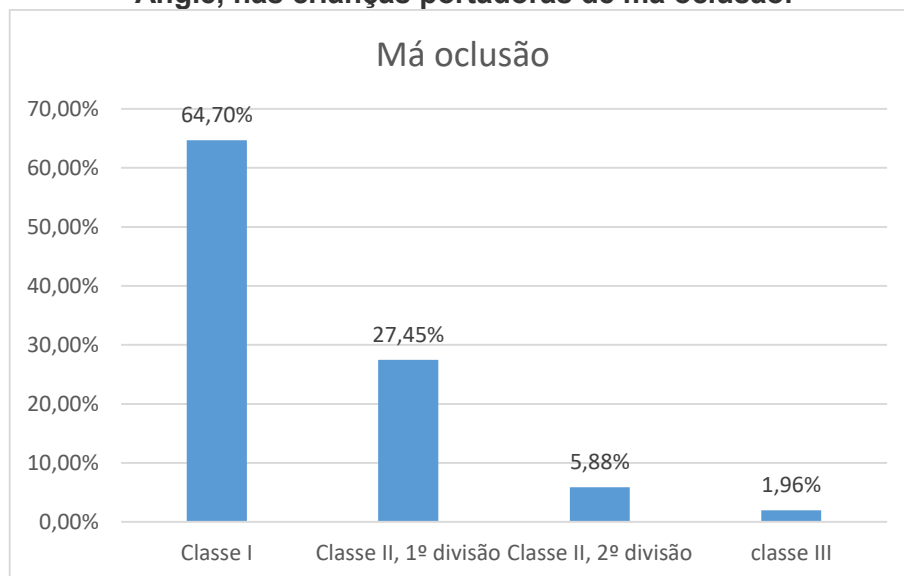
GRÁFICO 1 - Distribuição de oclusão normal e má oclusão



Fonte - Elaborado pelo autor.

Nas crianças que não apresentavam características oclusais favoráveis ao estabelecimento de uma relação futura adequada, foram descritos os detalhes da má oclusão. O gráfico 2 aponta Classe I com 64,7%, seguida de má oclusão de Classe II 33,33%, e a má-oclusão de Classe III 1,96%.

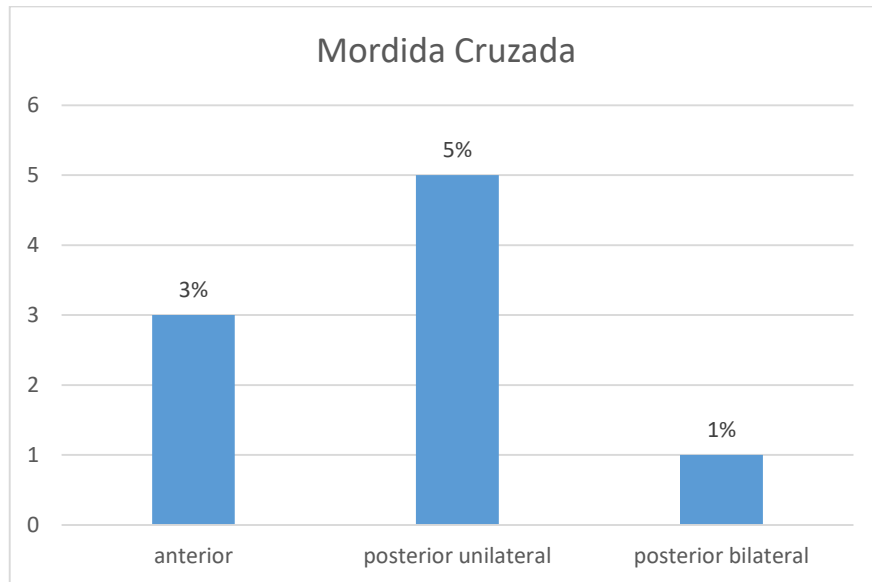
GRÁFICO 2 - Distribuição do tipo de má oclusão, de acordo com a classificação de Angle, nas crianças portadoras de má oclusão.



Fonte - Elaborado pelo autor.

Com relação a mordida cruzada, o gráfico 3 mostra prevalência da mordida cruzada posterior unilateral (5%), seguida da mordida cruzada anterior (3%) e mordida cruzada posterior bilateral (1%).

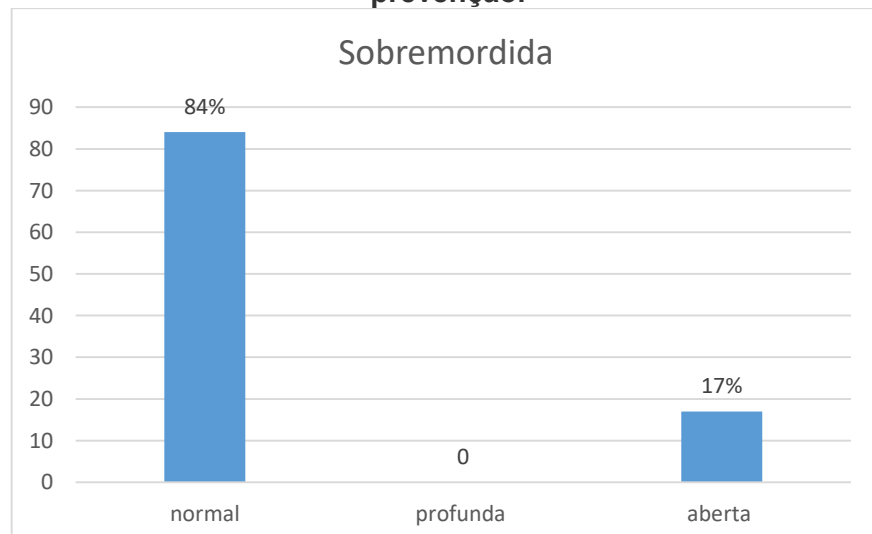
GRÁFICO 3 - Distribuição da presença de mordida cruzada, nas crianças portadoras de má oclusão.



Fonte - Elaborado pelo autor.

No gráfico 4, que apresenta sobremordida, não foi encontrada nenhuma criança com mordida profunda, mas cerca de 17% apresentaram mordida aberta e 84% trespasse vertical próximo da normalidade.

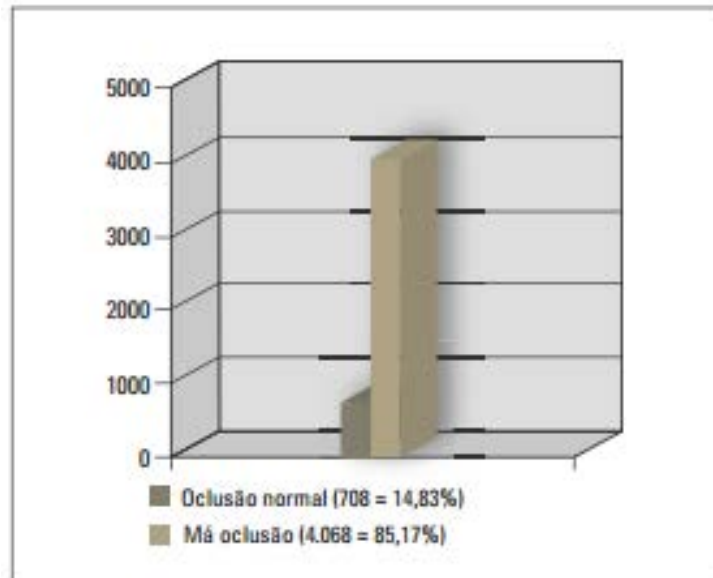
GRÁFICO 4 - Distribuição do tipo de sobremordida nas crianças submetidas a prevenção.



Fonte – Elaborado pelo autor.

Os dados extraídos de trabalhos de pesquisa existentes na literatura (gráficos 1.1, 2.1, 3.1, 4.1) que não realizaram procedimentos preventivos odontológicos demonstraram que 85,17% apresentam a má oclusão, enquanto 14,83% oclusão normal (gráfico 1.1).

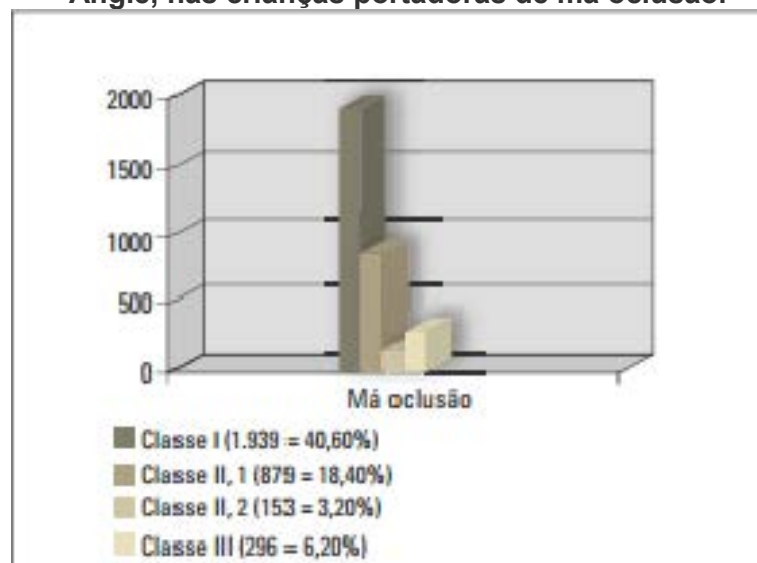
GRÁFICO 1.1 – Distribuição de oclusão normal e má oclusão



Fonte - Bittencourt et al. (2010)

No gráfico 2.1, 40,60% das crianças são Classe I, 21,60% Classe II e 6,20% Classe III.

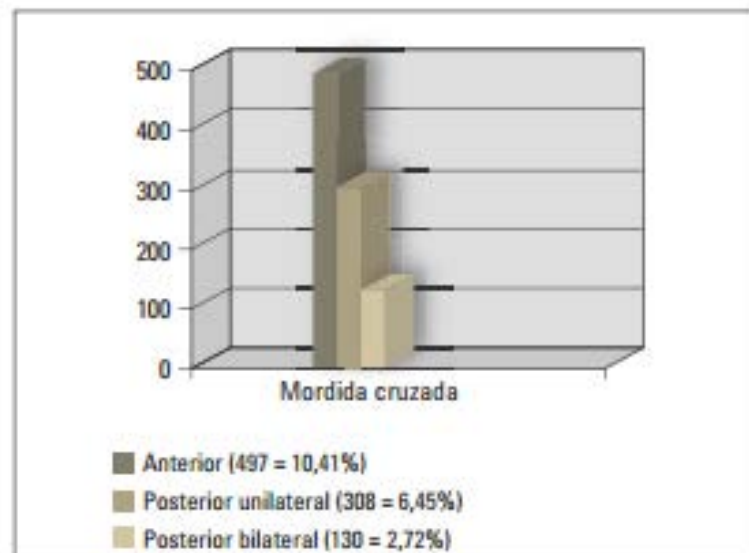
GRÁFICO 2.1 – Distribuição do tipo de má oclusão, de acordo com a classificação de Angle, nas crianças portadoras de má oclusão.



Fonte - Bittencourt et al. (2010)

Com relação a mordida cruzada, o gráfico 3.1 apresenta mordida cruzada anterior em 10,41% das crianças, mordidas cruzadas posteriores unilateral 6,45% e bilateral 2,72%.

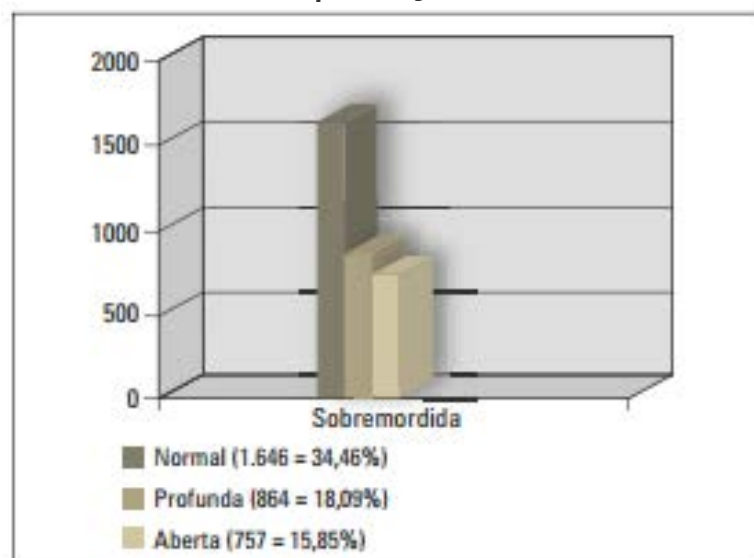
GRÁFICO 3.1 – Distribuição da presença de mordida cruzada, nas crianças portadoras de má oclusão.



Fonte - Bittencourt et al. (2010)

No gráfico 4.1, a literatura demonstrou que 18,09% apresentam mordida profunda, 15,85% mordida aberta e 34,46% é normal.

GRÁFICO 4.1 – Distribuição do tipo de sobremordida nas crianças submetidas a prevenção.



Fonte - Bittencourt et al. (2010)

4 DISCUSSÃO

O gráfico 1 mostra que houve predomínio de má oclusão (51%), mas com diferença de apenas 2% em relação a oclusão normal (49%) para paciente inseridos no Programa de Prevenção. De acordo com a pesquisa de Bittencourt et al. (2010), em que o objetivo também foi determinar as características da oclusão em crianças de 6 a 10 anos, porém sem mencionar Programas de Prevenção, observou-se resultados diferentes quando comparados a este estudo. Neste estudo, 51% das crianças apresentam má oclusão (gráfico 1); ao se comparar com crianças que não participaram do Programa de prevenção, 85,17% (gráfico 1.1), apresentam a má oclusão. Este resultados apontam para um predomínio da má oclusão em ambos os estudos, porém, fica evidente que crianças que não participam de controles preventivos, apresentam uma prevalência maior da má oclusão.

Observou-se também que, conforme o gráfico 2 (com programa de prevenção), a má oclusão de Classe I foi a mais prevalente (64,7%), seguida de má oclusão de Classe II (33,33%), e a má-oclusão de Classe III (1,96%). Comparando os resultados deste trabalho com a pesquisa de Bittencourt (gráfico 2.1), sem prevenção demonstraram que independente de programas de prevenção, a Classe I, apresenta-se com maior percentual, seguida pela Classe II e por último a Classe III. Ainda comparando os dados, a prevalência de Classe I encontrada neste estudo (64,7%), foi muito maior que a encontrada na literatura (40,6%). Convém salientar que as referências para estabelecer a classificação das más oclusões, foram as observações clínicas da relação do molar permanente e características faciais. Portanto, pode-se concluir que a relação molar apresenta-se em condição normal em maior porcentagem nos casos em que se realiza procedimentos de prevenção.

No Gráfico 3, observa-se a distribuição da presença de mordida cruzada nas crianças submetidas à programa de prevenção. Houve uma prevalência da mordida cruzada posterior unilateral (5%), seguida da mordida cruzada anterior (3%) e mordida cruzada posterior bilateral (1%). Quando comparados com a pesquisa de Bittencourt et al. (2010), revela uma diferença notória, para a mordida cruzada anterior (10,41%), no entanto para as mordida cruzadas posteriores unilateral (6,45%) e bilateral (2,72%) não ocorreram grandes diferenças (Gráfico 3.1). Na literatura observa-se que a mordida cruzada posterior, nas dentaduras mista apresenta uma

variação entre 8% a 22% dos casos.

Os resultados encontrados neste trabalho com relação às mordidas cruzadas, sugerem que as mordida cruzada posteriores, independente de programas de prevenção, ocorrem de forma semelhante. Por outro lado, a mordida cruzada anterior mostrou-se com maior prevalência nas situações que não foram mencionados programas de prevenção. Convém salientar que a mordida cruzada anterior não significa obrigatoriamente ser uma má oclusão de Classe III, esta informação demonstra que no nosso estudo, a Classe III teve uma prevalência de 1% e a mordida cruzada anterior 3%. Os resultados sugerem que os programas de prevenção reduzem a possibilidade tanto de desenvolvimento da Classe III, como de mordidas cruzadas anteriores.

De acordo com o gráfico 4, não foi encontrada nenhuma criança com mordida profunda, no entanto, cerca de 17% apresentaram mordida aberta e 84% trespassse vertical próximo da normalidade. Com relação ao estudo de Bittencourt et al. (2010), os resultados de prevalência se mostraram diferentes com relação a esta pesquisa, isto é, a literatura demonstrou que 18,09% apresentam mordida profunda, 15,85% mordida aberta e 34,46% é normal (gráfico 4.1). Neste contexto, observa-se mais uma vez que os programas de prevenção favorecem para o desenvolvimento de trespassse vertical normal. Por outro lado, as mordidas abertas, que apresentam como principais etiologias os hábitos de sucção de chupeta ou mesmo de sucção digital, não ocorreram diferenças marcantes entre as amostras comparadas. Isto significa que independente de prevenções de cáries, as mordidas abertas podem ocorrer.

5 CONCLUSÃO

Observou-se neste estudo que ocorreram diferenças relevante nas características oclusais de pacientes inseridos no Programa de Prevenção, em relação aos que não participam. Desta forma, torna-se imprescindível a necessidade de se introduzir programas eficazes de prevenção e interceptação de cárie e das patologias bucais nas fase de dentaduras decídua e mista, estabelecendo um desenvolvimento mais adequado a oclusão.

REFERÊNCIAS

BIÁZIO,R.C., COSTA,G.C., FILHO,J.S. FILHO., Prevalência de má-oclusão na dentadura decídua e mista no distrito de entre rios, guarapuava-pr. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, 11 (1): 29-38, mar. 2005

ALMEIDA MR, PEREIRA ALP, ALMEIDA RR, ALMEIDA- -PEDRIN RR, SILVA FILHO OG. Prevalência de má oclusão em crianças de 7 a 12 anos de idade. Dental Press J Orthod. 2011 July-Aug;16(4):123-31.

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 (Rio de Janeiro).

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 2010 Nov-Dec;15(6):113-22.

PAULO FRAZÃO, P., NARVAI. P, C., LATORRE, M. R. D. O., CASTELLANOS, R. A. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1197-1205, set-out, 2002.

EGERMARK-ERIKSSONI,CARLSSONGE,MAGNUSSONT,THILANDER B. A longitudinal study on malocclusion in relation to signs and symptoms of cranio-mandibular disorders in children and adolescents. Eur J Orthod. 1990;12:399–407.).

KUTIN G, HAWES RR. Posterior cross-bites in the deciduous and mixed dentitions. Am J Orthod. 1969;56:491–504.