



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

EMILY SALDANHA PESSOA

PREVALÊNCIA DE MÁ OCLUSÃO EM PACIENTES PADRÃO FACIAL II

**Araruna / PB
2016**

EMILY SALDANHA PESSOA

PREVALÊNCIA DE MÁ OCLUSÃO EM PACIENTES PADRÃO FACIAL II

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da UEPB – Campus VIII como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista

Orientador(a): Prof. Dr. Aluana de Siqueira Brandão Cavalcante

Araruna / PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

P475p Pessoa, Emily Saldanha
Prevalência de má oclusão em pacientes padrão facial II
[manuscrito] / Emily Saldanha Pessoa. - 2016.
35 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Tecnologia e Saúde, 2016.

"Orientação: Dr^a. Aluana de Siqueira Brandão Cavalcante,
Departamento de Odontologia".

1. Ortodontia 2. Odontologia 3. Epidemiologia bucal I.
Título.

21. ed. CDD 617.643

EMILY SALDANHA PESSOA

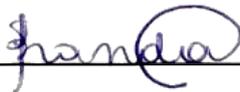
PREVALÊNCIA DE MÁ OCLUSÃO EM PACIENTES PADRÃO FACIAL II

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da UEPB – Campus VIII como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: Odontologia

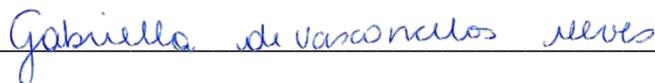
Aprovada em: 14/09/2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Aluana de Siqueira Brandão Cavalcante (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.(a) Gabriella de Vasconcelos Neves

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.(a) Amanda Lúcio Do Ó Silva

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, que é minha fonte de força e inspiração, e aos meus pais e esposo por todo apoio prestado ao longo dessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido a concretização de mais um ciclo em minha vida. Por ter me dado forças diante das dificuldades que surgiram ao longo da caminhada. A Ele minha eterna gratidão.

Aos meu pais e irmão, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida. Eu amo vocês, essa vitória é nossa!

Ao meu amor, por todo incentivo, motivação e ânimo. Hoje posso dizer que valeu a pena toda a espera, distância e renúncias. Vamos colher, juntos, os frutos do nosso empenho.

Aos meus sogros, que sempre foram presentes, prestando apoio e incentivo para a realização desse sonho.

A minha professora Aluana, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão dessa etapa.

Aos meus familiares, amigos e colegas de curso, que sempre foram importantíssimos no incentivo e motivação durante todos esses anos.

RESUMO NA LÍNGUA VERNÁCULA

PREVALÊNCIA DE MÁ OCLUSÃO EM PACIENTES PADRÃO FACIAL II

Prevalence of malocclusion in facial II pattern patients

RESUMO

Objetivo: Avaliar através da observação em prontuários da Clínica de Ortodontia da Universidade Estadual da Paraíba, a má oclusão mais prevalente em pacientes que apresentam o perfil facial padrão II. De forma específica avaliar se há diferença na prevalência de uma determinada má oclusão entre os sexos, a classificação de Angle e verificar, a presença e/ou ausência de hábitos deletérios. **Métodos:** Uma amostra de 67 prontuários de pacientes com o perfil facial padrão II, com idade variando de 4 a 11 anos foram analisados levando em consideração as variáveis de interesse para o estudo: idade, sexo, tipo de má oclusão e hábitos deletérios, além da classificação de Angle. Foi realizada então, a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. **Resultados:** Observou-se que amordida profunda (17,9%), seguida da mordida cruzada posterior bilateral (14,9%), mordida cruzada anterior (11,9%) e o apinhamento (10,4%), foram as más oclusões mais encontradas nesse grupo. A maioria era do sexo masculino e Classe II de Angle. Evidenciou-se que os hábitos deletérios entre as crianças mais comuns; foram a onicofagia (31,3%), seguida da interposição lingual (16,4%) e da sucção labial (11,9%). **Conclusões:** O conhecimento da prevalência das más oclusões, e suas etiologias são importantes, para auxiliar os profissionais quanto a prevenção, interceptação e, caso necessário, a correção destes problemas.

PALAVRAS CHAVES: Ortodontia, diagnóstico, epidemiologia

LISTA DE TABELAS

Tabela/Quadro	Título	Página
Tabela 1	Distribuição dos pacientes de acordo com as características sociodemográficas	11
Tabela 2	Distribuição dos pacientes de acordo com a prevalência de cada tipo de má oclusão	16
Tabela 3	Distribuição dos pacientes de acordo com a classificação de Angle e a presença de desvio de linha média	23
Tabela 4	Distribuição dos pacientes de acordo com os hábitos deletérios	24

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	
LISTA DE TABELAS	
1 INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA	13
3 RESULTADOS	14
4 DISCUSSÃO	31
5 CONCLUSÃO	34
6 REFERÊNCIAS	31

1 ARTIGO**PREVALÊNCIA DE MÁ OCLUSÃO EM PACIENTES PADRÃO FACIAL II**

Prevalence of malocclusion in patients standard facial II

Emily Saldanha Pessoa¹

Aluana de Siqueira Brandão Cavalcante²

1. Acadêmico do Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna – PB, Brasil.
2. Professora Substituta, Ortodontia, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande- PB, Brasil.

Endereço para correspondência:

Aluana Siqueira Brandão Cavalcante

Universidade Estadual da Paraíba

Rua Dom Pedro II, Prata - Campina Grande - PB - Brasil

CEP 58400-565

E-mail: aluanasiqueira@gmail.com / emilynha_saldanha@hotmail.com

Phone: (083) 98812-5220

INTRODUÇÃO

A oclusão normal é definida como uma relação dentária harmoniosa e a má oclusão, por sua vez, constitui-se de uma anomalia do desenvolvimento dentário e/ou dos arcos dentários. Seus efeitos são problemas estéticos e/ou funcionais, tendo como causas mais comuns as condições funcionais adquiridas e hábitos deletérios (THOMAZ, 2005).

Há perspectiva de que os arranjos e desarranjos dentários pertencem a um grupo de alterações influenciadas geneticamente, embora não exclusivamente, ou seja, o seu posicionamento deve guardar uma forte correlação com o padrão de crescimento do indivíduo e as condições ambientais a ele permitidas. Desta forma as possibilidades do tratamento ortodôntico, quando bem planejadas, poderiam ser comparadas com fatores ambientais positivos, proporcionando a melhor aceitabilidade facial do indivíduo (SIÉCOLA, 2007).

O diagnóstico na Ortodontia já foi direcionado por um longo período pela oclusão, sendo considerado o único guia do plano de tratamento. (REIS et al, 2011) Os tratamentos Ortodônticos e a estética facial tem andado lado a lado nos últimos anos e esse fato tem influenciado o diagnóstico e planos de tratamento na prática clínica ortodôntica levando em consideração o padrão facial do paciente. (SIÉCOLA, 2007).

A partir da valorização da estética facial, Case (1922) tentou definir os pontos responsáveis pela constituição de uma face agradável, sendo eles, o mento saliente com leve depressão mentolabial; o lábio inferior ligeiramente posterior ao superior; o lábio superior equilibrado com a bochecha, a proeminência malar e o nariz e o selamento labial passivo. Entretanto, existem variações no conceito da estética, pois o atributo da face bonita ou perfeita é levado por valores individuais associados a fatores externos, como a influência da mídia, cultura, o ambiente em que se está inserido, raça, educação, sexo, entre outros.

Reis et al. (2011) diz que a aparência desagradável está vinculada ao aumento de convexidade do perfil e que os componentes faciais que estão associados a esse padrão facial ideal seriam primeiramente a boca, seguido dos olhos, estrutura facial, cabelo e por fim o nariz.

Em muitos casos, através da observação da perfil facial do paciente, é possível compreender a relação esquelética entre maxila e mandíbula. Por meio da avaliação da face, nas visões frontal e lateral, é possível classificar o padrão facial do paciente. Os indivíduos podem ser classificados como padrão I, II, III, face longa ou face curta. Na avaliação do perfil, o padrão II apresenta discrepância sagital entre a maxila e a mandíbula identificada, convexidade facial aumentada em consequência do excesso maxilar, mais raro, ou pela deficiência mandibular. Normalmente, observa-se uma maxila com boa expressão na face, enquanto o terço inferior está deficiente e com a linha queixo-pescoço curta (REIS et al, 2006).

Com o propósito de contribuir com os diagnósticos e planos de tratamento ortodônticos, o presente estudo objetivou avaliar através da observação em prontuários da Clínica de Ortodontia da Universidade Estadual da Paraíba, a má oclusão mais prevalente em pacientes que apresentam o perfil facial padrão II. E de forma específica avaliar se há diferença na prevalência de uma determinada má oclusão entre os sexos além de verificar, após a análise dos prontuários, a presença e/ou ausência de hábitos deletérios. O diferencial desse estudo será observar se os diferentes tipos de más oclusões existentes são decorrentes do tipo de crescimento facial que cada indivíduo possui, baseando-se na morfologia facial do padrão II.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo quantitativo e descritivo correlacional foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UEPB, conforme documentação exigida pela Resolução 466/12 da Comissão Nacional de ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, com o seguinte número do protocolo: 43685315.0.0000.5187.

Através da coleta de informações obtidas na análise de prontuários clínicos dos pacientes atendidos na Clínica de Ortodontia do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I, foi avaliado qual a má oclusão mais prevalente em pacientes que apresentavam o perfil facial padrão II.

A amostra objeto deste estudo foi representada por 67 prontuários de pacientes com o perfil facial padrão II, dentre o universo de 147 fichas que se encontravam na Clínica de Ortodontia da UEPB.

Foram incluídos nesse estudo pacientes diagnosticados como padrão II, de acordo com ficha clínica; pacientes de ambos os sexos; e pacientes em fase de crescimento.

Para a coleta de dados utilizou-se uma tabela, levando em consideração as variáveis de interesse para pesquisa: idade, sexo, tipo de má oclusão e hábitos deletérios, além da classificação de Angle, para correlações e análises estatísticas.

A má oclusão mais prevalente em pacientes que apresentavam o perfil facial padrão II bem como a possibilidade de haver diferença na prevalência de uma determinada má oclusão para os sexos e a possível presença e/ou ausência de hábitos deletérios associados foram submetidos a análise estatística descritiva e comparativa, para possíveis correlações entre os tipos de má oclusão e o padrão facial II. Os dados foram considerados ao nível de significância de 5%.

RESULTADOS

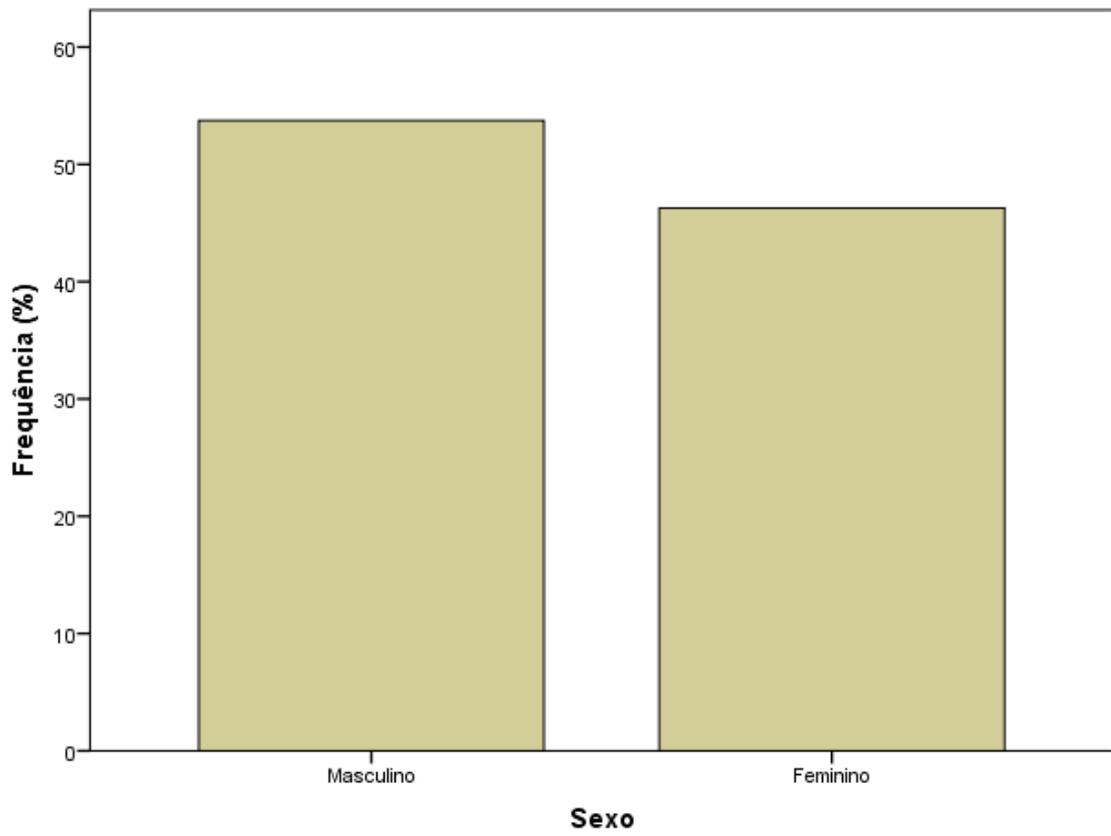
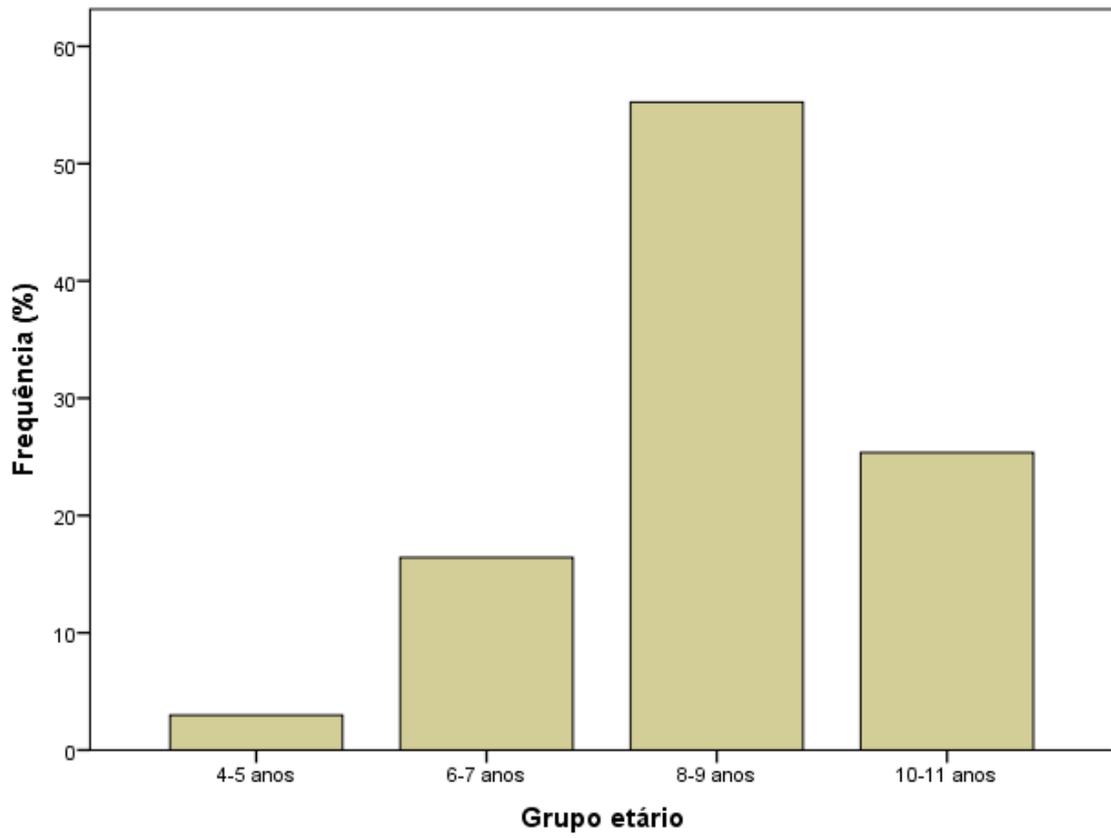
Inicialmente foi feita a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais das variáveis qualitativas, bem como as medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão, valor mínimo, valor máximo) para as variáveis quantitativas. Todas as análises foram realizadas usando o *software* IBM SPSS versão 20.0.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos pacientes de acordo com as características sociodemográficas. Verificou-se que a média de idade das crianças foi de 8,54, variando de 4 a 11 anos, bem como que a maioria era do sexo masculino (n=36; 53,7%).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes de acordo com as características sociodemográficas.

Variáveis	N	%
Idade		
Média (desvio padrão): 8,54 (1,35)		
Valor mínimo: 4,00		
Valor máximo: 11,00		
Grupo etário		
4-5 anos	2	3,0
6-7 anos	11	16,4
8-9 anos	37	55,2
10-11 anos	17	25,4
Sexo		
Masculino	36	53,7
Feminino	31	46,3
Total	67	100,0

Fonte: Departamento de Odontologia da UEPB, Campus I.



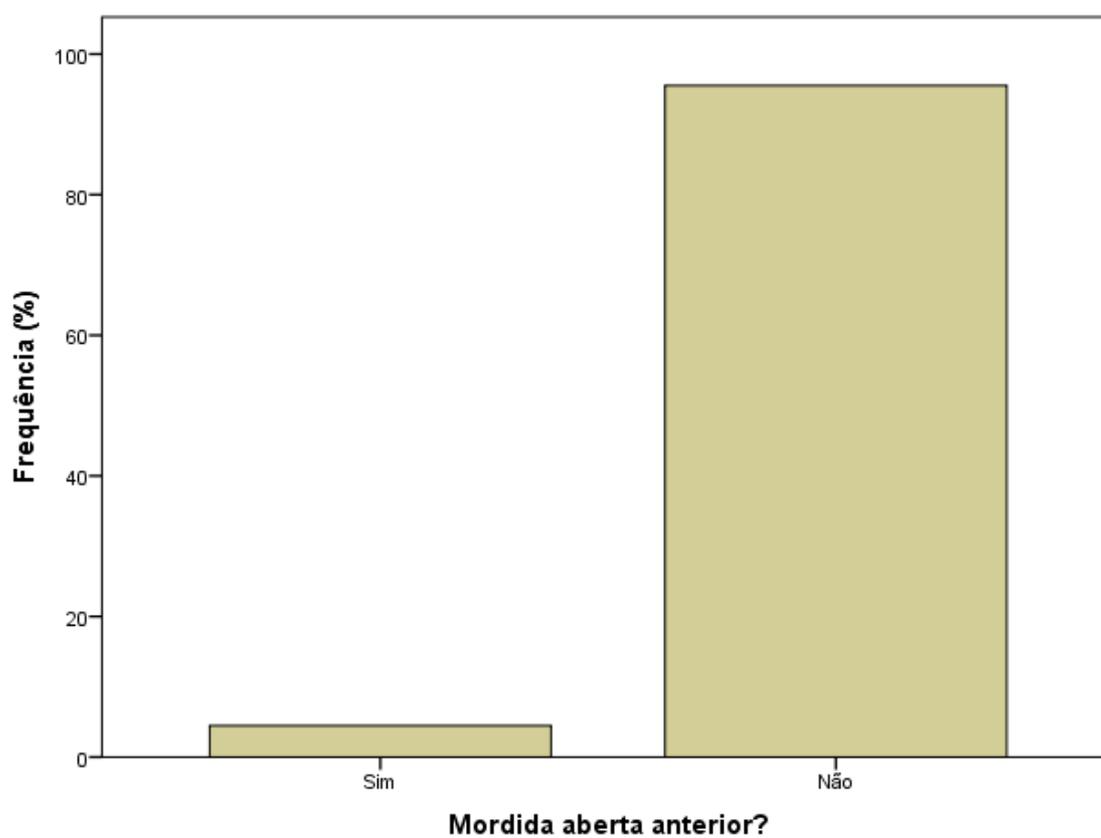
A Tabela 2 exibe a distribuição dos pacientes de acordo com a prevalência de cada tipo de má oclusão. Observou-se que as más oclusões mais frequentes foram: mordida profunda (n=12; 17,9%), mordida cruzada posterior bilateral (n=10; 14,9%), mordida cruzada anterior (n=8; 11,9%) e apinhamentos (n=7; 10,4%).

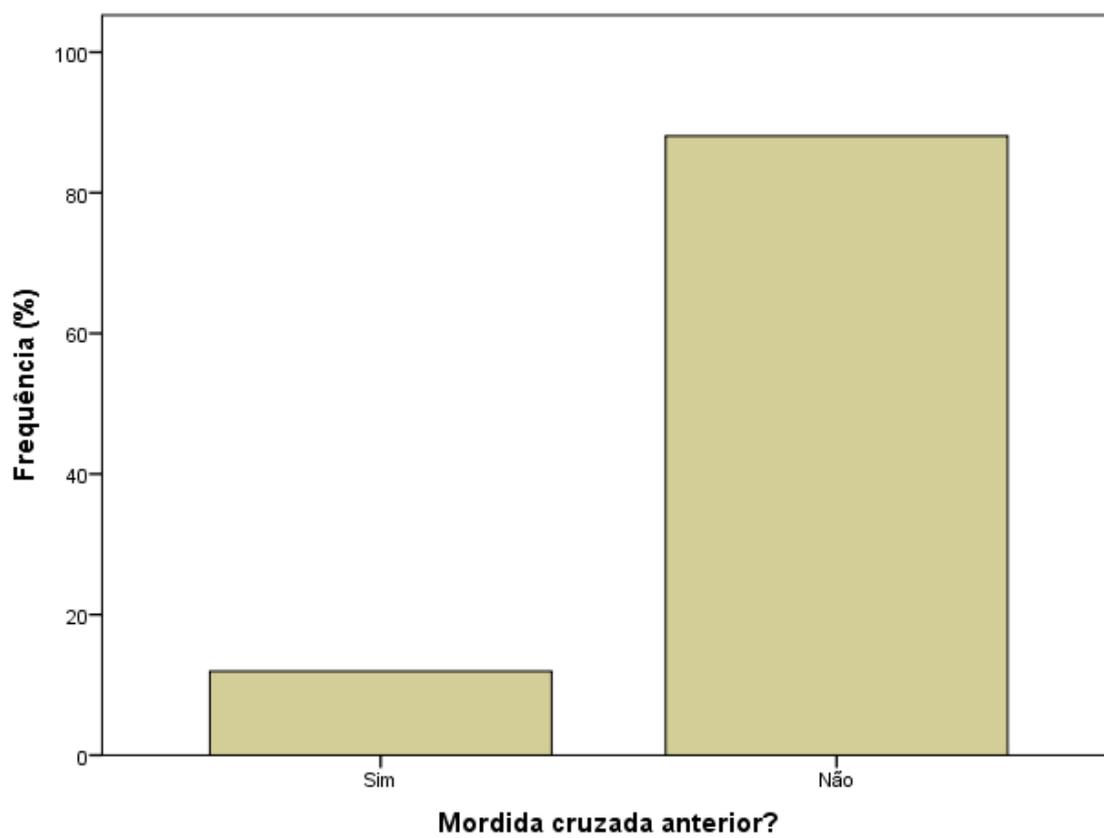
Tabela 2. Distribuição dos pacientes de acordo com a prevalência de cada tipo de má oclusão.

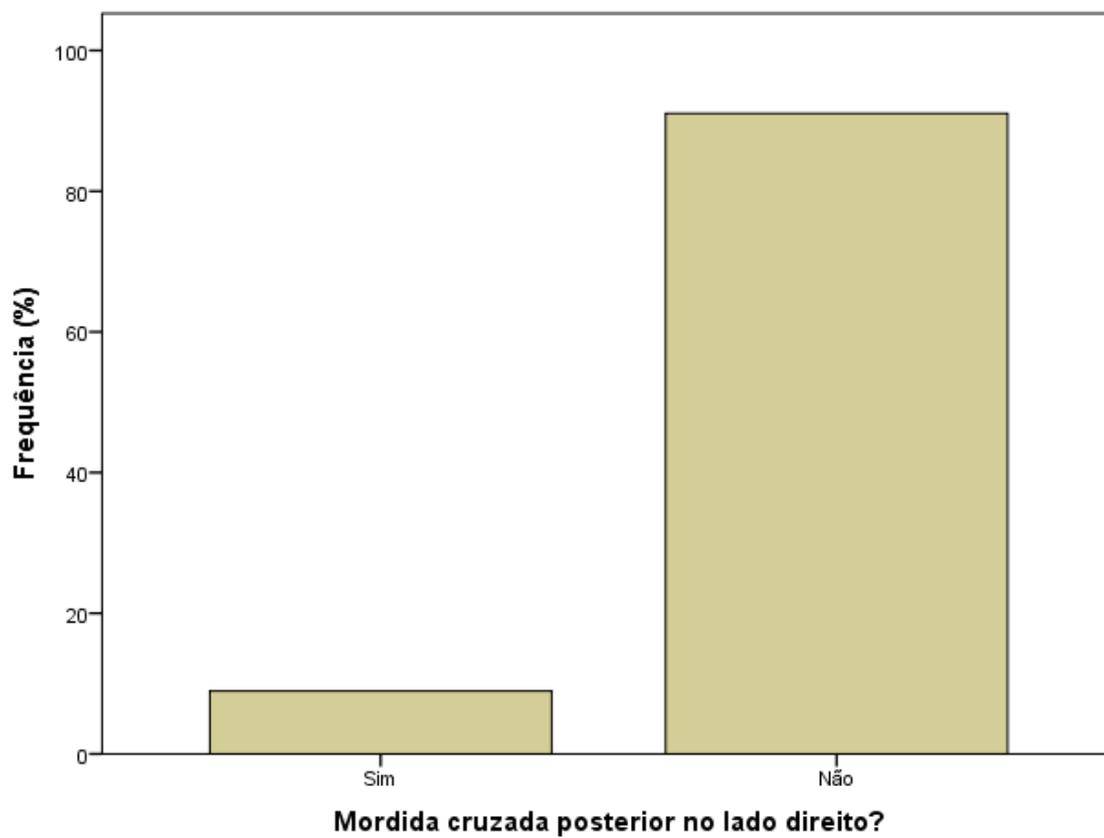
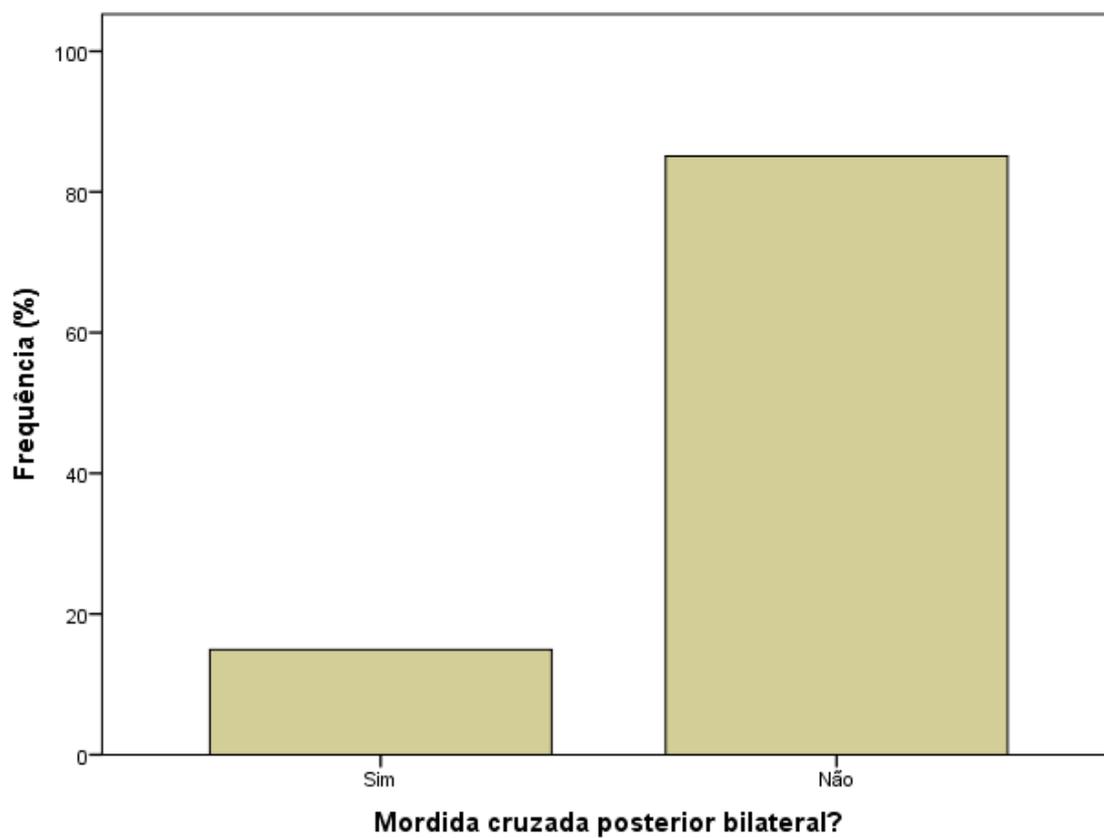
Variáveis	n	%
Mordida aberta anterior?		
Sim	3	4,5
Não	64	95,5
Mordida cruzada anterior?		
Sim	8	11,9
Não	59	88,1
Mordida cruzada posterior bilateral?		
Sim	10	14,9
Não	57	85,1
Mordida cruzada posterior no lado direito?		
Sim	6	9,0
Não	61	91,0
Mordida cruzada posterior no lado esquerdo?		
Sim	4	6,0
Não	63	94,0
Apinhamentos?		
Sim	7	10,4
Não	60	89,6
Diastemas?		

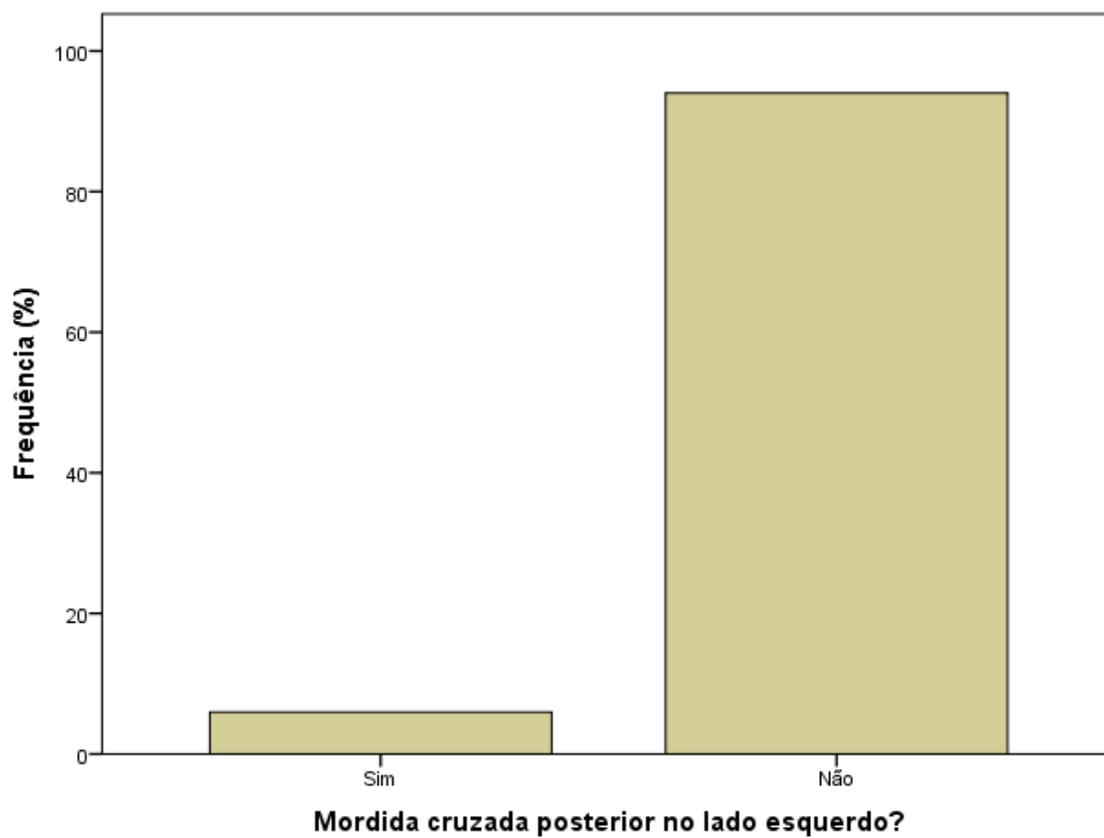
Sim	3	4,5
Não	64	95,5
Mordida profunda?		
Sim	12	17,9
Não	55	82,1
Total	67	100,0

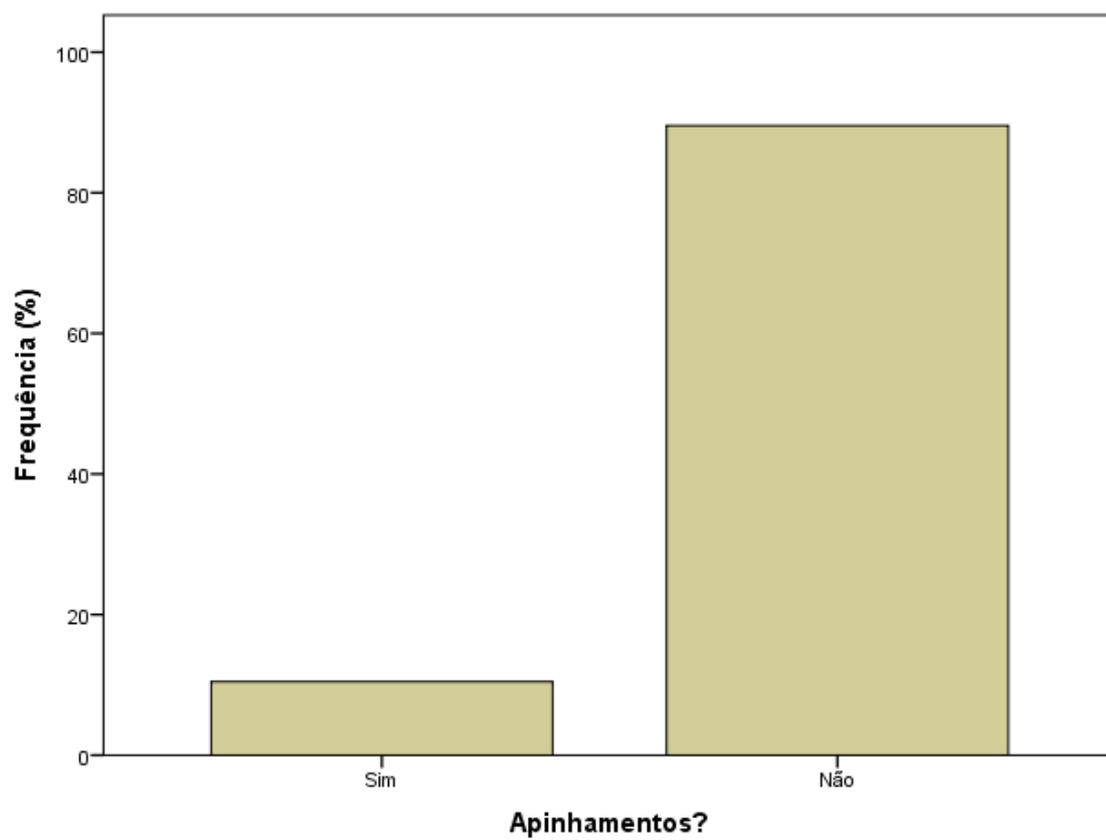
Fonte: Departamento de Odontologia da UEPB, Campus I.

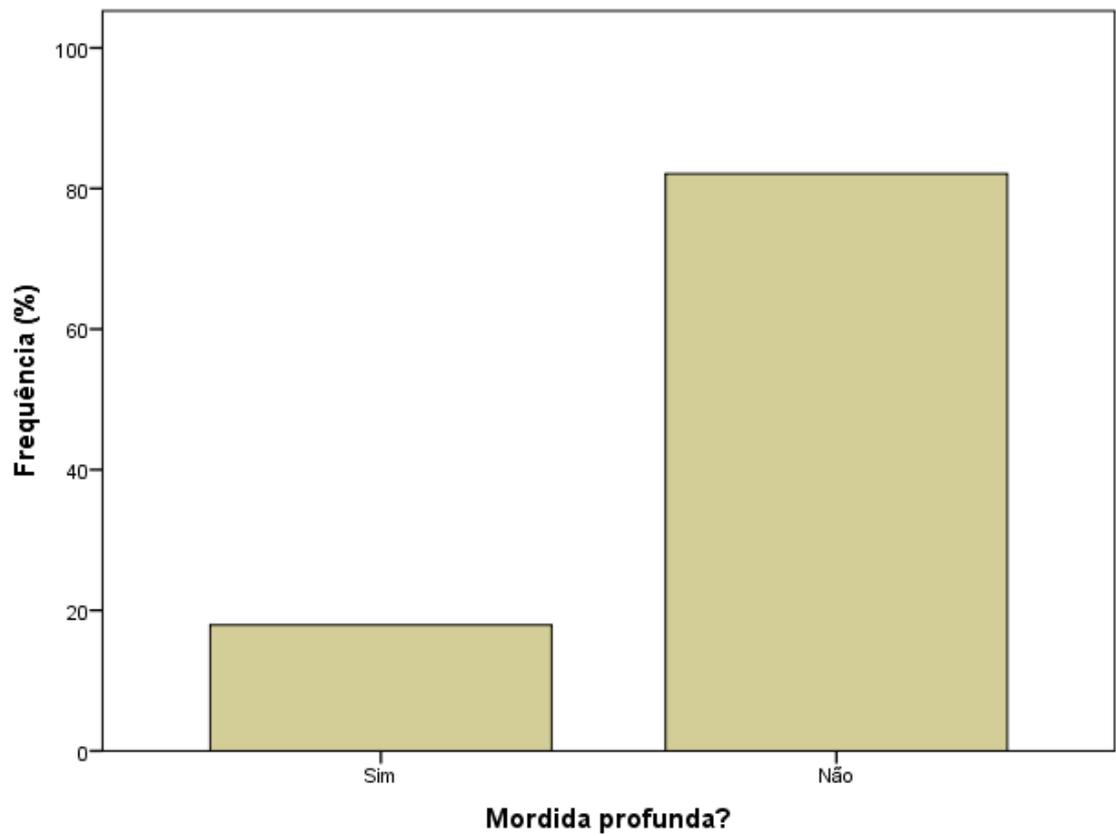
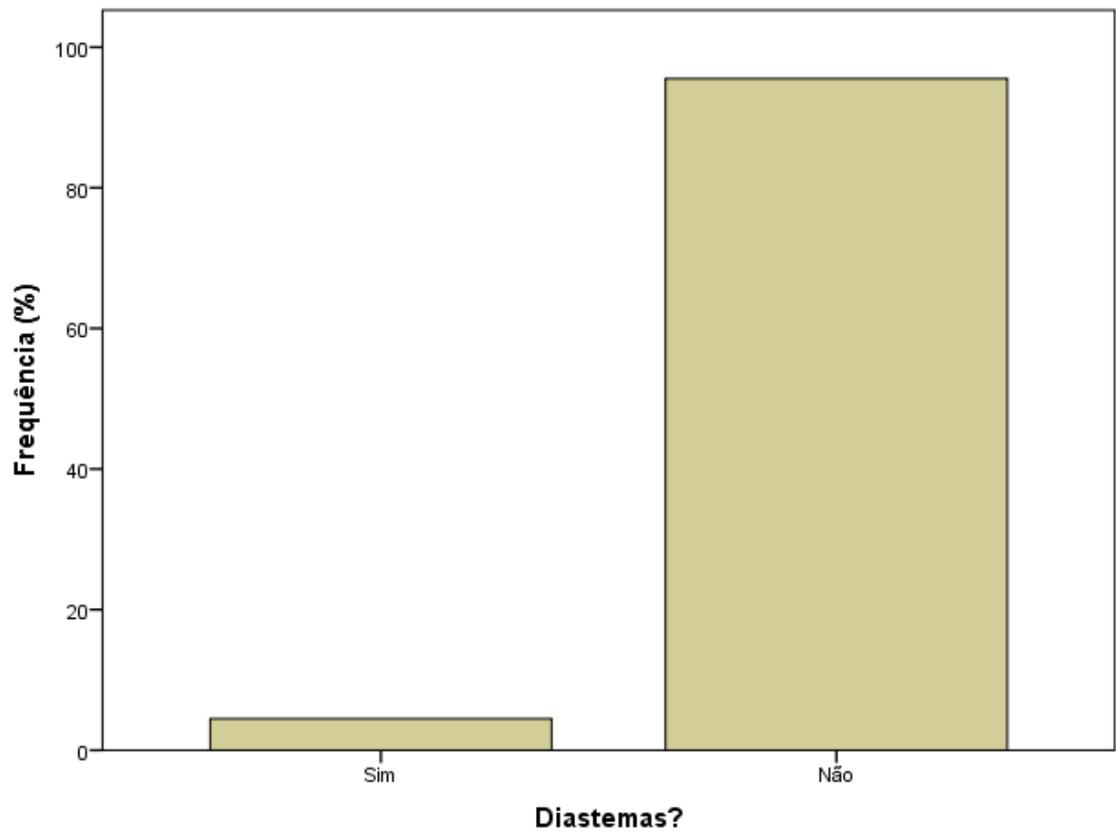












A Tabela 3 apresenta a distribuição dos pacientes de acordo com a classificação de Angle e a presença de desvio de linha média. A maioria das crianças era Classe II no lado (n=33; 49,3%).

Tabela 3. Distribuição dos pacientes de acordo com a classificação de Angle e a presença de desvio de linha média.

Variáveis	n	%
Classificação de Angle		
Classe I	31	46,3
Classe II	33	49,3
Classe III	3	4,5

Fonte: Departamento de Odontologia da UEPB, Campus I.

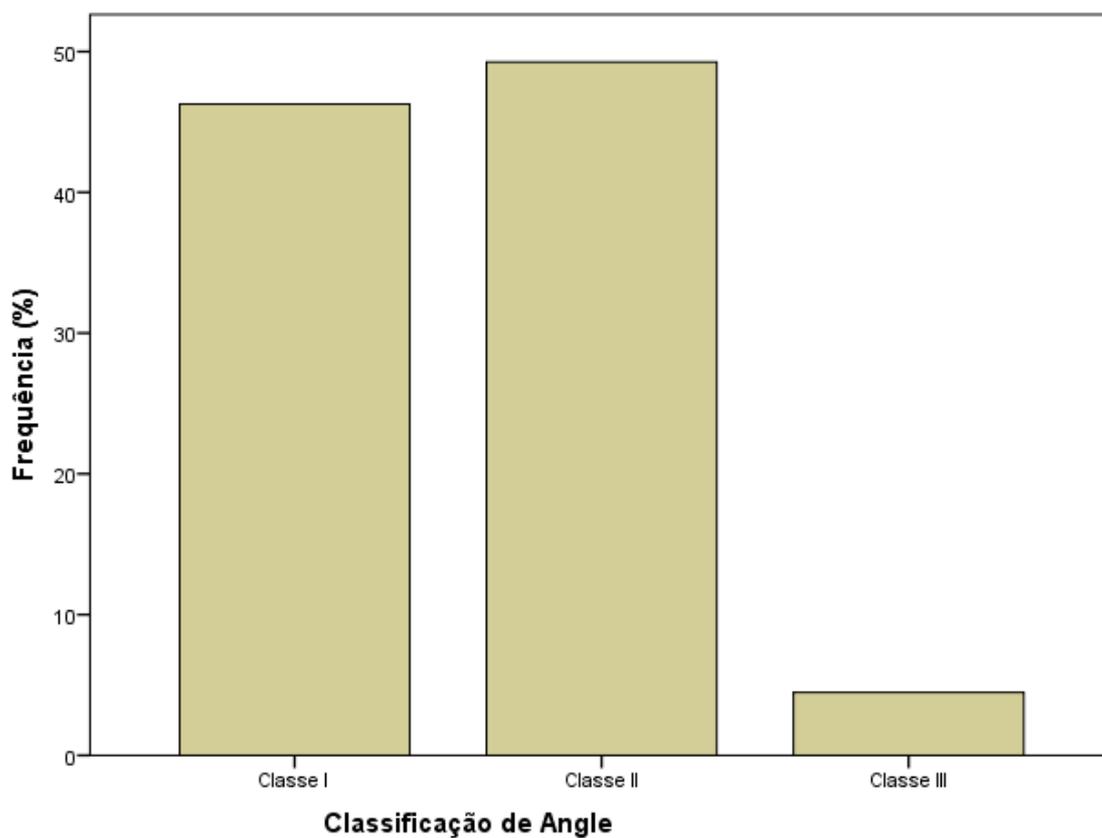


Tabela 4 mostra a distribuição dos pacientes de acordo com os hábitos deletérios. Os dados evidenciaram que os hábitos deletérios mais comuns entre as crianças foram: onicofagia (n=21; 31,3%), interposição lingual (n=11; 16,4%) e sucção labial (n=8; 11,9%).

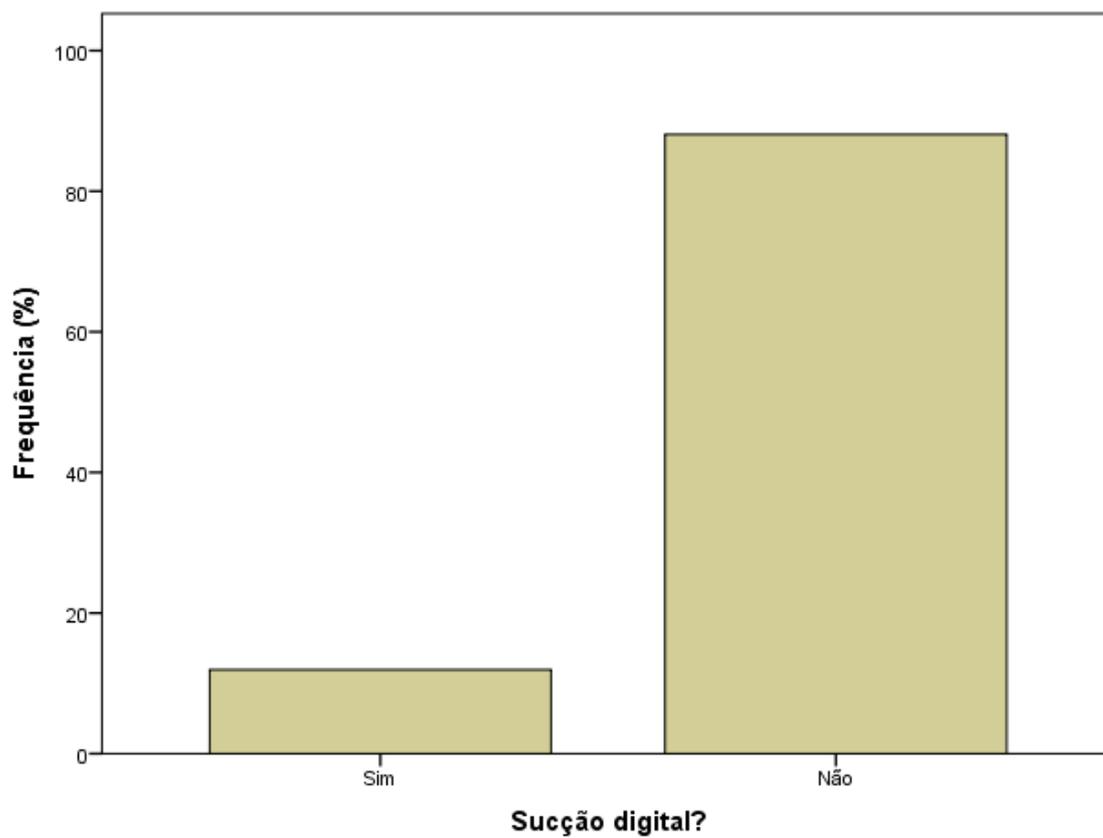
Tabela 4. Distribuição dos pacientes de acordo com os hábitos deletérios.

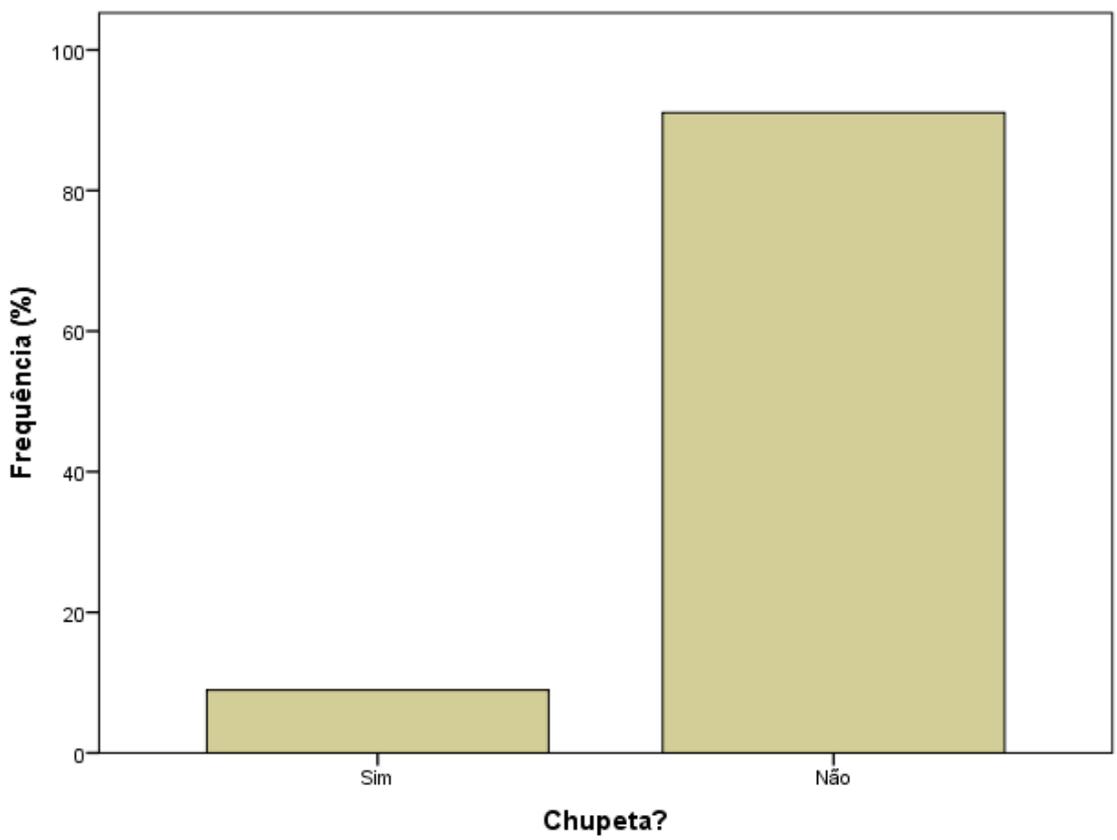
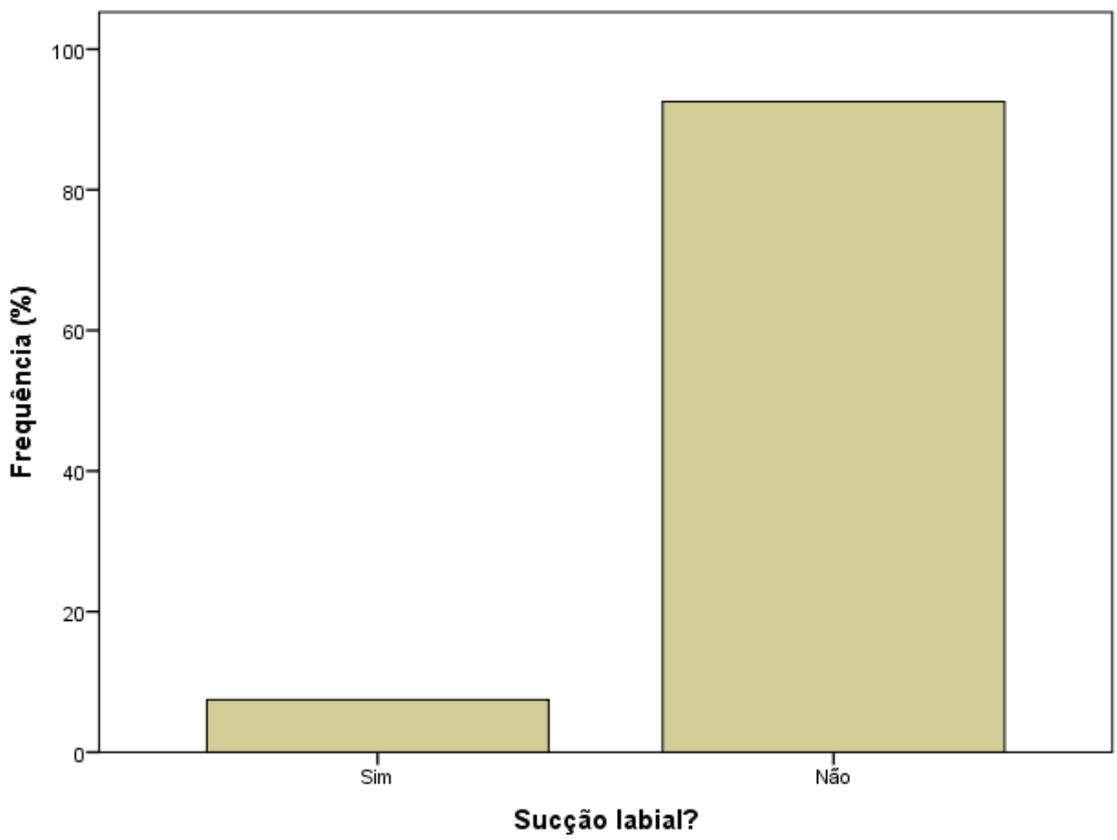
Variáveis	N	%
Sucção digital?		
Sim	8	11,9
Não	59	88,1
Sucção labial?		
Sim	5	7,5
Não	62	92,5
Chupeta?		
Sim	6	9,0
Não	61	91,0
Roer unhas (Onicofagia)?		
Sim	21	31,3
Não	46	68,7
Roer objetos?		
Sim	0	0,0
Não	67	100,0
Bruxismo?		
Sim	3	4,5
Não	64	95,5
Interposição lingual?		
Sim	11	16,4
Não	56	83,6

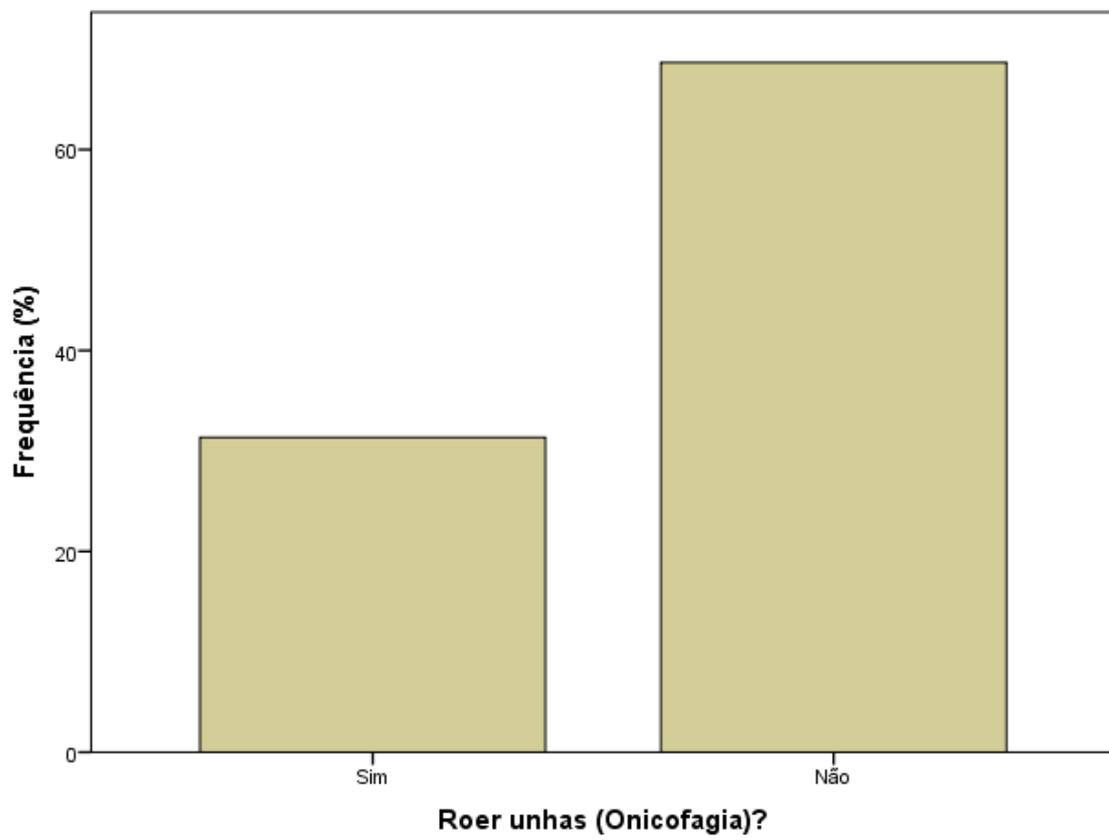
Outros hábitos deletérios?

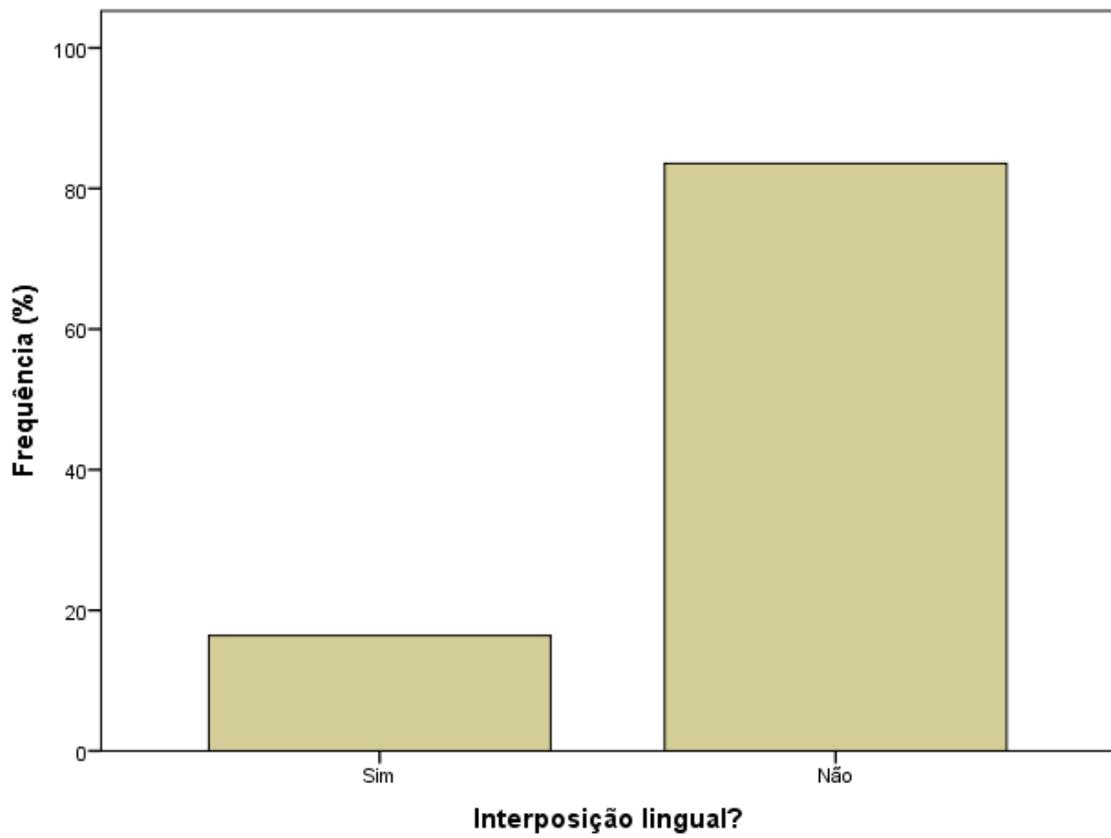
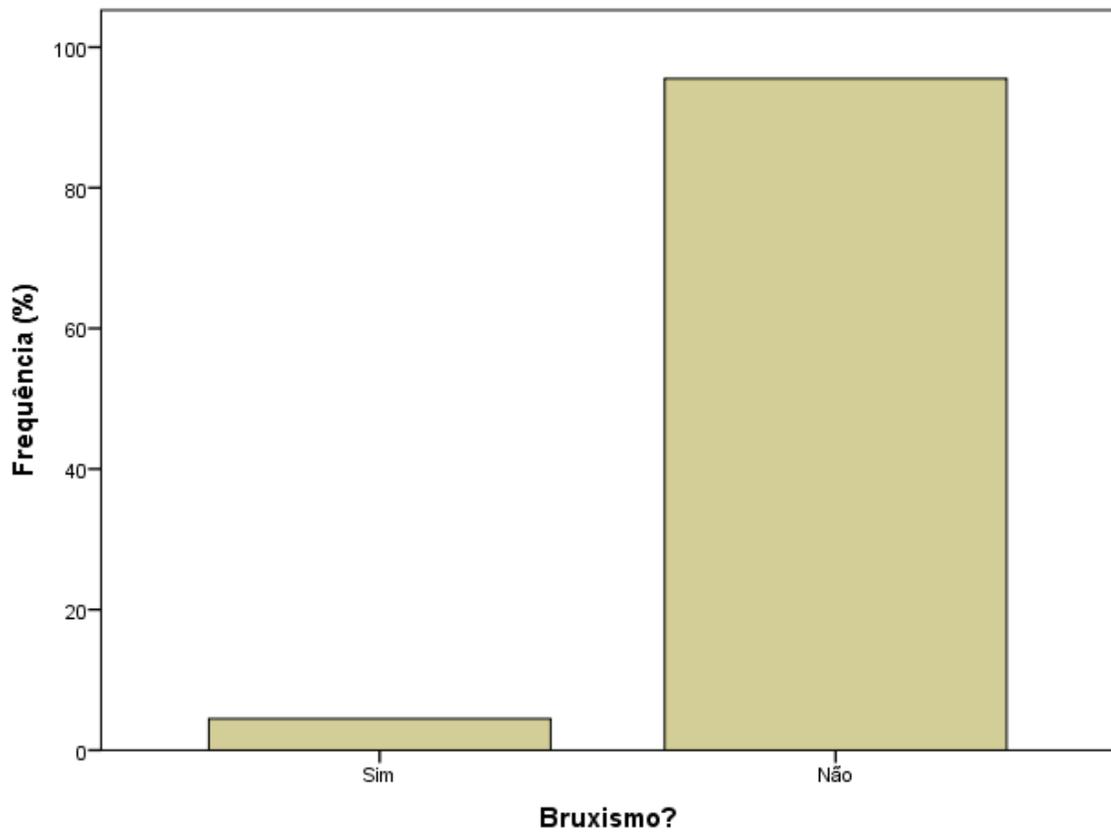
Sim	0	0,0
Não	67	100,0
Total	67	100,0

Fonte: Departamento de Odontologia da UEPB, Campus I.









DISCUSSÃO

Protocolos de tratamento, contenção e prognósticos específicos nas diferentes faixas etárias são auxiliados pelo uso da classificação do padrão facial, proposta por Capelozza, resultado de vários anos de estudos clínicos realizados em todo mundo (REIS, 2006).

Há, entretanto, uma dificuldade para os iniciantes nessa linha de pesquisa em classificar adequadamente a face pela análise morfológica, pressuposto indispensável no auxílio das avaliações clínicas. Essa subjetividade é observada principalmente nos indivíduos portadores de discrepâncias leves e moderadas, e que conseguem preservar a normalidade funcional. No estudo de Reis (2006) 41% apresentavam o padrão facial II, encontrando resultados semelhantes com os da presente pesquisa em prontuários da clínica de ortodontia da UEPB onde observamos 46% dos pacientes com esse perfil.

Durante a dentadura decídua o crescimento craniofacial é bastante desenvolvido, especialmente na mandíbula e no sentido vertical, porém desvios no padrão de crescimento já podem ser identificados e auxiliar a protocolos interceptivos na tentativa de restabelecer uma adequação do crescimento craniofacial (SILVA FILHO et al, 2008).

Quanto ao dimorfismo sexual, Silva Filho et al. (2008), revela em seu estudo composto por 2.009 crianças, de etnia brasileira, que não ocorre diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) nas distribuições dos padrões sagitais de acordo com o sexo, isto é, padrão II se distribuíram igualmente nos dois sexos. Chiozzini et al. (2011) em seu estudo indicou também que não houve dimorfismo sexual quanto à relação de maloclusão e sexo. Concordando com esse estudo observa-se que não houve diferença significativa entre os sexos, sendo 53,7% ($n=36$) do sexo masculino e 46,3% ($n=31$) do sexo feminino.

A sobremordida foi a má oclusão mais encontrada no presente estudo, Brito (2009) em seu estudo descreve a sobremordida exagerada como um conjunto de características esqueléticas, dentárias e neuromusculares que produz uma quantidade excessiva de trespassse vertical na região dos incisivos. A etiologia dessa má oclusão então pode estar associada a alterações de

crescimento na mandíbula e/ou maxila. Castro et al. (2002) observou em sua pesquisa que a sobremordida pode ser bastante influenciada pelos hábitos bucais, pois após a análise de seus dados, foi visto alterações na evolução da dentição decídua, justamente quando os efeitos de possíveis hábitos bucais deléterios tiveram tempo suficiente para se expressarem.

Quanto ao trespasse horizontal, Schwertner et al. (2007) em seu relatocom 358 crianças de 7 a 11 anos de idade na cidade de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, pertencentes a 54 instituições da rede pública do município; relatou casos de mordida cruzada unilateral com maior prevalência (7,3%). Embora este índice tenha sido maior do que o encontrado, podemos destacar a importância de detectar precocemente os casos de maloclusão com mordida cruzada, de modo a eliminar as interferências que podem causar desvios dos processos normais de crescimento e desenvolvimento facial e dos arcos dentários.

Quanto a presença de apinhamentos, Silva Filho (2002) observou em uma amostra de 539 crianças com oclusão normal, na fase da dentição decídua, da cidade de Bauru, SP, que o apinhamento estava presente nos arcos com oclusão normal em 6,68% das crianças. Na presente pesquisa observamos 10,4% das crianças com a presença de apinhamento nos arcos.

Chiozzini et al. (2011) em seu trabalho avaliando a prevalência de maloclusões em escolares na faixa etária de 6 a 12 anos, matriculadas em escolas municipais de Araraquara, encontrou a relação dentária mais prevalente foi a de Classe I representando 65,31% e a maloclusão predominante foi a mordida profunda (26,63%), sendo semelhante com os resultados desta pesquisa.

Corroborando com a presente pesquisa, Silva Filho et al. (2009), descreve que o padrão II não representa a condição esquelética mais comum na população, devido a sua incidência de 30% entre crianças na dentadura decídua. Já a má oclusão Classe II, além de ter uma incidência parecida com a Classe I, constitui uma das más oclusões mais presentes em um ambiente odontológico. Portanto conclui-se que a má oclusão Classe II ocorre independentemente do padrão II.

Enquanto, Schwertner et al. (2007) em sua pesquisa relatou que quanto ao perfil, os resultados de seu estudo indicaram maior prevalência do tipo

convexo com 66,5%, seguida do reto com 31,3% e, com menor prevalência do côncavo 2,2%. Foi comprovado também na amostra desta investigação, de que 72,9% dos componentes tinha maloclusão de Classe I.

A maioria das crianças neste estudo apresentou algum tipo de hábito deletério, segundo os dados disponíveis nos prontuários, o que deve ser chamado atenção, por esses fatores favorecerem o surgimento de oclusopatias (TOMITA 2000; DUKAN 2008).

O hábito mais prevalente entre as crianças foi a onicofagia (31,3%), tal resultado coincide com a observação do estudo Vasconcelos et al. (2009) no qual verifica, em uma amostra de crianças com idade entre 5 e 12 anos, a onicofagia como o hábito de maior prevalência 44,6%. Dados semelhantes também foram encontrados no estudo de com escolares em Brasília-DF, com estudantes que apresentaram uma incidência de 38,95% do referido hábito (GONÇALVES, 2010).

Vasconcelos et al. (2012) em seu estudo, avaliando 1.118 documentações ortodônticas do programa de pós-graduação em Ortodontia da Umesp, observou que aproximadamente um quarto dos pacientes que procuram por atendimentos em saúde pode apresentar onicofagia, podendo ser considerada como um hábito de preocupação para a saúde, uma vez que pode acarretar prejuízos que afetam o funcionamento do sistema estomatognático.

A onicofagia pode estar associada a ansiedade, ao estresse, a solidão, a imitação de algum membro da família, a inatividade, a hereditariedade, a transferência de um hábito para outro (como sucção dos dedos para roer unhas) ou, ainda, a unhas malcuidadas (TANAKA et al, 2008). Portanto, um acompanhamento posterior multidisciplinar dessas crianças avaliadas deve ser considerado, juntamente a uma anamnese detalhada pelo profissional, a fim de que a conduta seja adequada para cada situação, sendo executada desde a conscientização com o encaminhamento para a psicologia.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos na análise estatística descritiva da prevalência de má oclusão em pacientes padrão facial II avaliados em prontuários da Clínica de Ortodontia da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I, podemos constatar que amordida profunda (17,9%), seguida da mordida cruzada posterior bilateral (14,9%), e da mordida cruzada anterior (11,9%) e oapinhamento (10,4%), foram as más oclusões mais encontradas nesse grupo.

Com relação a prevalência do padrão entre os sexos, foi observado que a maioria era do sexo masculino (53,7%).

Quanto a distribuição dos pacientes de acordo com a classificação de Angle e a presença de desvio de linha média, a maioria das crianças era Classe II (49,3%).

Evidenciou-se também que os pacientes do grupo apresentaram algum tipo de hábito deletério, sendo os mais comuns entre as crianças; a onicofagia (31,3%), a interposição lingual (16,4%) e sucção labial (11,9%).

Os resultados chamam a atenção para a necessidade da realização de estudos longitudinais, a fim de fornecer evidências científicas que possam orientar os profissionais e estudantes de Odontologia nas suas condutas clínicas no que concerne à promoção de saúde bucal nesta população levando em consideração a etiologia das más oclusões que podem estar associadas, também, aos hábitos deletérios, interceptação e caso necessário a correção destes problemas.

PREVALENCE OF MALOCCLUSION IN FACIAL II PATTERN PATIENTS

ABSTRACT

Objective: Evaluate through observation on the records of the Odontology Clinic of Paraíba State University, to malocclusion most prevalent on patients who present a facial II pattern profile. In a specific way, evaluate if there is a difference on the prevalence of a determined malocclusion between sexes, the Angle's classification and verify the presence and/or absence of deleterious habits.

Methods: A sample of 67 records of patients with a facial II pattern profile, varying from 4 to 11 years old were analyzed considering the variables of interest for the research: age, sex, type of malocclusion and deleterious habits, besides the Angle's classification. It was made, then, the statistics analysis aiming to characterize the sample. **Results:** It was observed that the deep bite (17.9%), followed by the bilateral posterior crossed bite (14.9%), front crossed bite (11.9%) and the crowding (10.4%), were the most found malocclusion in this group. Most of them were male and Angle Class II. It was pointed that the deleterious habits among children more common were onychophagy (31.3%), followed by lingual interposition (16.4%) and lip suction (11.9%). **Conclusions:** The knowledge of the prevalence of malocclusion, and its etiology are important, to assist the professionals on the prevention, interception and, if necessary, the correction of these problems.

Keywords: Orthodontics, diagnosis, epidemiology

REFERÊNCIAS

1. ANGLE, E. H. Classification of malocclusion. **Dent Cosmos**. v.41, p.248-357, 1889.
2. BRITO, H. H. A., LEITE, H. R., MACHADO A. W. Sobremordida exagerada: diagnóstico e estratégias de tratamento. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 128-157, 2009.
3. CAPELOZZA-FILHO, L. Diagnóstico em Ortodontia. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v.14, n.2, 2009.
4. CASE, C. A practical treatise on the techniques and principals of dental orthopedia and correction of cleft palate. **Case Company**, Chicago, v.2, 1922.
5. CASTRO, L. M. et al. Estudo transversal da evolução da dentição decídua: forma dos arcos, sobressaliência e sobremordida. *Pesqui Odontol Bras*, v.16, n. 4, 2002.
6. CHIOZZINI, N. M. et al. Prevalência de maloclusão em escolares de 6 a 12 anos de rede municipal de ensino de Araraquara. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara, v. 40, p. 68, 2011.
7. DUKAN, K. et al. Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon longitudinal study of pregnancy and childhood. **Int J Pediat Dent**, v. 18, n. 3, p.178-188, 2008.
8. FILHO, C. L. et al. A altura facial anterior inferior nas más oclusões do padrão II, deficiência mandibular. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v.9, n. 6, p. 39-47, 2004.
9. GONÇALVES L. P. V.; TOLEDO O. A.; OTERO S. A. M. The relationship between bruxism, occlusal factors and oral habits. **Dental Press J Orthod**, v. 15, n. 2, p. 97-104, 2010.
10. MORESCA, R. et al. Estudo Comparativo Cefalométrico Radiográfico do Padrão Facial na Má-Oclusão de Classe II, 1 de Angle, Empregando as Análises Cefalométricas de Ricketts e Siritwat & Jarabak. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Curitiba, v.7, n.42, p. 520-525, 2002.
11. MORIHISA, O.; MALTAGLIATI, L. A. Avaliação comparativa entre agradabilidade facial e análise subjetiva do Padrão Facial. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v.14, n.6, 2009.
12. REIS, S. A. B. et al. Estudo comparativo do perfil facial de indivíduos Padrões I, II e III portadores de selamento labial passivo. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 11, n. 4, p.36-45, 2006.
13. REIS, S. A. B. et al. Análise Facial Subjetiva. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v.11, n.5, 2006.

14. REIS, S. A. B. et al. Concordância dos ortodontistas no diagnóstico do padrão social. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá, v.16, n.4, p.60-72, 2011.
15. SCHWERTNER, A. et al. Prevalência de maloclusão em crianças entre 7 e 11 anos em Foz do Iguaçu, PR. **RGO**, Porto Alegre, v. 55, n.2, p. 39-45, 2007.
16. SIÉCOLA, G. S. Prevalência de Padrão Facial e má oclusão em populações de duas escolas diferentes de Ensino Fundamental. Bauru, p.118, 2007.
17. SILVA FILHO, O. G. et al. Relação intra-arco na dentadura decídua normal: diastemas, ausência de diastemas e apinhamento. **J Bras Ortod Ortop Facial**. v.42, n.7, p. 501-509, 2002.
18. SILVA FILHO, O. G. et al. Correlação entre padrão facial e relação sagital entre os arcos dentários no estágio de dentadura decídua: considerações epidemiológicas. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v.13, n.1, 2008.
19. SILVA FILHO, O. G. et al. Padrão facial na dentadura decídua: estudo epidemiológico. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 45-59, 2008.
20. SILVA FILHO, O. G. et al. Crescimento facial espontâneo Padrão II: estudo cefalométrico longitudinal. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 40-60, 2009.
21. TAKANA, O. M. et al. Nailbiting, or onychophagia: a special habit. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 134. n. 2, p. 305-308, 2008.
22. TOMITA, N. E.; BIJELLA V. T.; FRANCO L. J. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 299-303, 2000.
23. VASCONCELOS, F. M. N. et al. Ocorrência de hábitos bucais deletérios em crianças da Região Metropolitana de Recife - Pernambuco, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 9. n. 3, p. 327-332, 2009.
24. VASCONCELOS, A. C. et al. Prevalência de onicofagia na clínica ortodôntica. **Revista da Faculdade de Odontologia – UPF**, v. 17, n. 1, 2012.