

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

CAMILA SILVA SOUZA

**MONITORAMENTO DA DENTIÇÃO DECÍDUA
VISANDO UMA OCLUSÃO ADULTA SAUDÁVEL.**

**PATOS DE MINAS
2011**

CAMILA SILVA SOUZA

**MONITORAMENTO DA DENTIÇÃO DECÍDUA
VISANDO UMA OCLUSÃO ADULTA SAUDÁVEL.**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia

Orientador: Profº. .Maurício Lisboa Ribeiro

**PATOS DE MINAS
2011**

616.314 SOUZA, Camila Silva.
S719m Monitoramento da dentição decídua visando uma
oclusão adulta saudável. / Camila Silva Souza. –
Orientador(a): Maurício Lisboa Ribeiro. Patos de Minas:
[s.n.], 2011.
26p.

Monografia de Graduação – Faculdade Patos de
Minas - FPM
Curso de Bacharel em Odontologia

1.Dentição Decídua. 2.Dentição Permanente. 3.Oclusão.
I. Camila Silva Souza II. Título

Fonte: Faculdade Patos de Minas - FPM. Biblioteca.

MONITORAMENTO DA DENTIÇÃO DECÍDUA VISANDO UMA OCLUSÃO ADULTA SAUDÁVEL.

Camila Silva Souza

¹RESUMO

O estabelecimento da oclusão normal está na dependência de padrões morfogenéticos, funcionais normais, do crescimento e desenvolvimento crânio-facial adequados. O conhecimento da associação entre os aspectos morfológicos da dentição decídua e o desenvolvimento da oclusão para dentição permanente proporcionam a possibilidade de antecipações em relação à oclusão definitiva. Sabe-se que durante o período de transição das dentições, a ausência dos fatores etiológicos, da maloclusão, favorecendo o estabelecimento da oclusão normal. Contudo, a presença de hábitos de sucção prolongados, respiração bucal, deglutição atípica associada a padrão de crescimento desfavorável podem levar a alterações no arco e maloclusão. O cirurgião dentista deve orientar os responsáveis de forma que seus filhos não tenham hábitos indesejáveis para que não ocorra problemas no desenvolvimento. **Objetivo:** Identificar as alterações no desenvolvimento na dentição decídua, obter o diagnóstico precoce das alterações, normalizar o desenvolvimento da dentição decídua, contribuir no desenvolvimento da dentição permanente com finalidade de obter uma oclusão mutuamente protegida em Relação Cêntrica (RC). **Metodologia:** Optou-se pela pesquisa qualitativa, revelando uma pesquisa exploratória por meio de levantamento bibliográfico. Conclui-se que, a presença de hábitos indesejáveis é um fator mais predisponente de maloclusão, principalmente, em crianças mais jovens. Por isso, é necessário medidas políticas que previnam a manifestação e o agravamento das más oclusões. Quanto mais precocemente intervir no problema, maiores as chances de evitar que se instale por completo.

Palavras-chave: Dentição decídua. Dentição permanente. Oclusão.

¹ Graduando em Odontologia pela Faculdade Patos de Minas. Rua Paraná,276. Patos de Minas. camiladss.odonto@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

O tema de má oclusão depende da compreensão do conhecimento das características de uma oclusão dentária normal, que geralmente é descrita como os contatos dos dentes da maxila e mandíbula e a força resultante entre os dentes onde ocorre o contato.

Uma oclusão ideal, numa visão estática, é quando o sistema estomatognático, está em harmonia, e quando os dentes estão em máxima intercuspidação e em relação cêntrica. (PROSINI, 1998).

Sob o ponto de vista funcional, oclusão ideal é aquela em que “os contatos são simultâneos e estáveis entre todos os dentes na posição intercuspideana, sem que haja interferência nos movimentos mandibulares funcionais; deve haver distribuição das forças oclusais, nas zonas de trabalho, pelo maior número de dentes; a resultante das forças oclusais deve seguir uma direção axial ótima para as estruturas de suporte do dente; e finalmente, deve existir um equilíbrio funcional com a articulação têmporo-mandibular e o sistema neuromuscular da mandíbula.” (Marchesan, 1993, p. 18).

1.1 Tema e Delimitação do tema

O presente estudo será sobre a prevenção da má oclusão, tendo a delimitação do tema, monitoramento da dentição decídua visando uma oclusão adulta saudável. Este período de transição deve ocorrer de forma ordenada, resultando em uma oclusão estável, funcional e estética.

1.2 Formulação do Problema e Hipóteses

Basea-se na importância do conhecimento, avaliação e monitoramento pelos profissionais da área odontológica, que atendem crianças e adolescentes, para o desenvolvimento de uma oclusão mutuamente protegida em Relação Cêntrica.

Expondo como hipóteses, identificar as alterações no desenvolvimento da dentição decídua; obter o diagnóstico precoce das alterações; normalizar o desenvolvimento da dentição decídua; contribuir no desenvolvimento da dentição

permanente, com a finalidade de obter uma oclusão mutuamente protegida em Relação Cêntrica (RC).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Compreender e enfatizar a importância do conhecimento, avaliação e monitoramento da oclusão em desenvolvimento, em crianças e adolescentes.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as alterações no desenvolvimento na dentição decídua e normalizar o desenvolvimento da dentição decídua.
- Obter o diagnóstico precoce das alterações.
- Contribuir no desenvolvimento da dentição permanente, com finalidade de obter uma oclusão mutuamente protegida em Relação Cêntrica (RC).

1.4 Justificativa

Esse trabalho se justifica por compreender a importância do conhecimento, avaliação e monitoramento pelos profissionais da área odontológica e também pela colaboração dos pais e responsáveis em casa. Assim, o paciente poderá atingir uma saúde oclusal adequada.

O presente estudo permite concluir, a necessidades de políticas que incentivem boas práticas de higiene bucal, visando combater a cárie dental que é em grande parte responsável pelo desenvolvimento da má oclusão em crianças e adolescentes.

1.5 Metodologia

Neste estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa.

Revela-se uma pesquisa exploratória.

Também será realizada uma pesquisa bibliográfica. Quanto ao procedimento técnico, serão elaborados a partir de materiais publicados, construídos a partir de livros, artigos de periódicos e com material disponibilizado na Internet e pelo orientador.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O termo oclusão é relativo ao “ato de fechar ou o estado de estar fechado” e, na Odontologia, “é a relação dos dentes maxilares e mandibulares quando estão em contato funcional durante a atividade da mandíbula” (DORLAND, 1985 apud FADEL, 2010).

Para Fadel (2010), a oclusão não só abrange o ato de que os dentes estejam em oclusão, estão ali em contatos uns com outros, mas abrangem também todo o sistema musculoesquelético, biomecânico, dinâmico, juntamente com o sistema mastigatório. Não podemos esquecer de todos os fatores que podem causar, afetar, influenciar ou resultar da má posição mandibular, de sua função, parafunção e disfunção.

No século XIX , com a necessidade dos profissionais em recuperar os dentes extraídos com próteses, Dr. Edward Hartley Angle teve um grande destaque no conceito da oclusão baseando-se em dentição natural. Os dentes eram na maioria das vezes extraídos por falta de espaços por estarem desalinhados e às vezes com apinhamento. Em 1899, foi publicada uma classificação das más oclusões por Angle, que foi um passo muito importante na ortodontia, pois subdividiu os principais tipos de maloclusões. Daí definiu de uma forma clara e simples a oclusão normal baseando numa dentição natural. [...] Os primeiros molares superiores são a chave de oclusão; assim, os molares superiores e inferiores devem se relacionar de forma que a cúspide mesio vestibular do molar superior oclua no sulco méso vestibular do molar inferior. (Fadel, 2010).

Existindo esta relação molar e, estando os dentes posicionados numa linha de oclusão com uma curva suave, chamada de curva de Spee, obtem-se como resultado uma oclusão normal.

Segundo Coutinho et al.(2006), para ter uma oclusão normal dependerá dos padrões morfogenéticos e funcionais normais, assim como, do desenvolvimento e crescimento crânio-facial adequados. Neste período de desenvolvimento e crescimento fatores etiológicos podem interferir nos padrões normais do indivíduo, resultando em uma má oclusão.

Na maioria das vezes, estes termos referem-se somente a posições estáticas, e não funcionais, sendo difíceis de utilizar, porque são facilmente relacionados com interpretações individuais. Portanto, sendo comum ou normal, havendo ou não ausência de doenças, o ideal é estar de acordo com um padrão em relações dentais perfeitas e harmoniosas.

A má oclusão é uma deformidade dento-facial, sendo uma variação clínica significativa do crescimento normal, que pode ser resultante de vários fatores durante o desenvolvimento, tais como a interação entre influências ambientais e congênitas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2008).

Sendo a má oclusão é um desvio morfo-funcional do aparelho mastigatório, pode-se dizer que todo e qualquer fator que interfira na formação do esqueleto crânio-facial resultará em alteração de forma e função (MINISTERIO DA SAÚDE, 2008).

O problema de oclusão dentária, denominadas maloclusão, consistem de anomalias do crescimento e desenvolvimento, afetando os músculos, os ossos maxilares, e ou a disposição dos dentes nos ossos alveolares. Esses distúrbios são resultantes da interação de variáveis relacionadas à genética ,comportamento e meio ambiente, incluindo estímulos positivos e nocivos presentes principalmente durante a formação e desenvolvimento do complexo orofacial na infância e adolescência, os quais podem produzir alterações de impacto estéticos nos dentes e na face, e/ou de impacto funcional na oclusão , mastigação, deglutição e fonação (JAHN, p. 1, 2008).

Muitos estudos revelam alta prevalência dos problemas de oclusão tanto no Brasil como no contexto internacional.

Fadel (2010) comenta que, a publicação de Angle em 1899 traz uma classificação das más oclusões que está sendo uma referência para muitos dentistas, pois ele se baseia em três tipos de má oclusão na dentição permanente, sempre baseando pelos primeiros molares. Ele diz que, o primeiro molar superior permanente ocupava no esqueleto craniofacial numa posição estável, e que as desarmonias decorriam de alterações anteroposteriores da arcada em relação a ele. As classes de más oclusões foram divididas em I, II e III:

- CLASSE I – relação normal dos molares, mas a linha de oclusão está incorreta por mal posicionamento dentário, rotações ou outras causas.
- CLASSE II – o molar inferior está posicionado distalmente em relação ao molar superior, sem ter especificações para a linha de oclusão.
- CLASSE III – o molar inferior está posicionado mesialmente em relação ao molar superior, sem maiores especificações para a linha de oclusão.

As más oclusões podem ser influenciadas por fatores genéticos, ambientais e comportamentais, como por exemplo, postura inadequada, hábitos indesejáveis e a perda precoce de dentes decíduos. Existem intervenções preventivas que vão inibir um mal desenvolvimento e posicionamento dentário e dos maxilares.

Segundo Fadel (2010), além dos Ortodontistas, todos os profissionais da área odontológica, assim como, Pediatras, Otorrinolaringologistas, Neurologistas, Fonoaudiólogos e Fisioterapeutas, devem saber como é o mecanismo de desenvolvimento da dentição para cada idade, identificando desta maneira os fatores etiológicos das maloclusões, pois estes profissionais podem evitar que estes fatores possam se instalar nos pacientes, e nesta fase de crescimento da criança são mais fáceis e passíveis de controle. Há várias classificações devido ao agravamento das etiologias, para determinar as causas primárias e estabelecer um diagnóstico rápido, assim traçando um plano de tratamento. Atualmente são divididos em fatores intrínsecos e extrínsecos. Este sistema é o mais fácil de utilizar e o mais didático, desde que se considere a interdependência entre estes fatores.

2.1 Dentição Decídua

Na primeira dentição, começa a irromper os dentes decíduos por volta dos sete meses de idade e ao 2,5 ou 3 anos a dentição decídua está completa, que será constituída por 20 dentes.

Os arcos dentários apresentam uma forma semi-circular, podendo ou não ter espaços interdentários. Há um crescimento considerável dos maxilares e dos

processos alveolares nos primeiros anos de vida, onde podem ter espaços na dentição decídua, resultando pequenos diastemas entre os dentes.

De acordo com Fadel (2010), ocorre um crescimento ósseo considerável, que pode trazer alguns espaços na dentição decídua. Com ou sem estes espaços, Baume classificou o arco dentição decídua em: tipo 1: tem diastemas generalizados, tipo 2: sem espaço generalizados. Com estes espaços primatas, os dentes permanente vão irromper no seu lugar correto e em alinhamento harmonioso do arco.

De acordo com Pinto (2000), a dentição temporária, tem um papel fundamental na cavidade bucal. Até que a dentição permanente irrompa, os dentes decíduos têm a responsabilidade da mastigação, estética e fonação da criança. Além disso, a dentição decídua é importante para o desenvolvimento dos maxilares e músculos da face, servindo de guia para os dentes permanentes irromperem na posição correta e evitando assim os problemas associados à diminuição do perímetro do arco, migrações dentárias, perda de espaço e outros problemas que podem causar desequilíbrio na oclusão.

A idade e a seqüência de irrupção dos dentes decíduos são mostradas quadro 1:

Dente	Mandíbula	Maxila
Incisivo Central	6 meses	10 meses
Incisivo Lateral	13 meses	11 meses
Canino	20 meses	10 meses
1º Molar	16 meses	16 meses
2º Molar	27 meses	29 meses

Quadro 1 - Cronologia do Desenvolvimento Dentário Decíduo.

Fonte: FADEL, (2010)

2.2 Etiologia das más oclusões

Etiologia é o estudo, a investigação e o diagnóstico das causas de um fenômeno. Em Ortodontia, refere-se às causas das anomalias da oclusão dental. O

conhecimento da etiologia da má oclusão é fundamental para eliminar as causas e corrigir as más oclusões.

Existem variações em classificar os fatores etiológicos entre os profissionais, mas geralmente se classifica em fatores locais ou intrínsecos e sistêmicos ou extrínsecos, por ser fácil e didático (ALMEIDA et al.,2000).

Além do desenvolvimento preestabelecido pelo código genético, a oclusão sofre influências extrínsecas que redirecionam ou provocam alterações indesejáveis. (GIMENEZ et al, 2008).

Os fatores extrínsecos (gerais) são fatores que agem durante a formação do indivíduo, dificilmente resolvidos pelo profissional.

Hereditariedade (Influência racial hereditária; tipo facial hereditário; influência hereditária no padrão de crescimento e desenvolvimento)
Moléstias ou deformidades congênicas (Lábio leporino; paralisia cerebral; disostose cleidocraniana; sífilis congênita)
Meio ambiente (Influência pré e pós natal)
Ambiente metabólico e enfermidades pré disponentes
Problemas dietéticos (Raquitismo; escorbuto; beribéri)
Hábitos e pressões anormais (sucção digital, interposição de língua, morder lábios, onicofagia, chupetas.)
Postura
Acidentes e traumatismo

Quadro 2 - Fatores Extrínsecos

Fonte: FADEL,(2010)

Os fatores intrínsecos (locais) são os fatores diretamente relacionados à cavidade bucal e perfeitamente controláveis pelo profissional.

Anomalias de número (dentes supranumerários; ausências dentais)
Anomalias de tamanho (macrodententes; microdententes)
Anomalias de forma (dentes conóides; cúspides extras; geminação; fusão; molares em forma de amora; dentes de Hutchinson)
Freios labiais e bridas mucosas
Perda prematura de dentes decíduos
Retenção prolongada de dentes decíduos

Erupção tardia dos dentes permanentes
Via de erupção anormal
Anquilose
Cárie dentária
Restaurações dentais inadequadas

Quadro 3 : Fatores Intrínsecos

Fonte: FADEL (2010)

A má oclusão tem uma etiologia multifatorial e que as duas categorias básicas são a genética e a ambiental (PINTO, 2008).

A prevalência das más oclusões é alta e por isto mesmo é um fenômeno com alta frequência na maioria das populações do mundo, havendo citações de Proffit (1993) relatando prevalência estimada de má oclusão em 35% a 95% nos Estados Unidos nos anos 1930 a 1965. O mesmo autor relata um levantamento realizado com crianças de 6 a 11 anos de idade entre 1963 e 1965 e em jovens entre 12 e 17 anos entre 1969 e 1970 pela Divisão de Saúde Pública do Serviço Americano de Saúde Pública (USPHS), onde 75% das crianças apresentaram desvio da oclusão ideal. As autoras Tomita e Peres (2006) sintetizaram os resultados de estudos internacionais sobre a prevalência de más oclusões na dentição decidua, observando que houve variação entre 5,3% a 84%.(FADEL, p. 54, 2010)

2.3 Prevenção das más oclusões

Na prevenção da má oclusão pode-se traçar métodos preventivos e interceptativos para que esta não se estale no paciente.

Métodos preventivos são os meios utilizados para preservar as condições de um equilíbrio oclusal evitando que se instale uma má oclusão. (MORAES, 2009).

Meios preventivos: escovação, aplicação tópica de flúor, mantenedores de espaços removíveis ou fixos, restaurações corretas, aparelhos para quebra de hábitos, etc.

Métodos interceptativos são os procedimentos usados para interromper uma má oclusão em desenvolvimento; eliminando as causas ou diminuindo a sua severidade. (MORAES, 2009).

Meios interceptativos: recuperador de espaço, eliminação de hábitos, placas com molas digitais, planos inclinados, placas de mordidas, aparelhos extra-orais,

placa lábio ativa (bumper), aparelhos removíveis com parafuso expensor para pequena movimentação, etc.

A prevenção da má oclusão é elevada a um potencial de tratamento, uma vez que as más oclusões mais comuns são condições funcionais adquiridas, atribuídas a dietas pastosas, problemas respiratórios e hábitos bucais deletérios.

De acordo com Fracasso et al. (2008), a odontologia para bebês tem como meta de promoção a prevenção da saúde bucal, trazendo um correto desenvolvimento do sistema estomatognático da criança. O atendimento precoce assume grande importância na instalação de hábitos saudáveis. O atendimento educativo preventivo entre pais e o odontopediatra permite evitar problemas dentários, principalmente porque a cárie dentária ainda é a patologia bucal com mais prevalência.

2.4 Hábitos Bucais

O desenvolvimento e crescimento craniofacial de uma criança na infância ocorrem de forma intensa e constante, neste período de crescimento são suscetíveis a várias modificações estruturais.

Quando uma criança apresentar hábitos indesejáveis terá uma grande influência negativa no crescimento e desenvolvimento craniofacial, podendo trazer grandes alterações.

Segundo Carminatti (2000), tendo uma interação de uma criança com um tipo facial e com vários hábitos que estão presentes, permite ter uma grande variabilidade de ter uma relação de causa e efeito, tendo o fator determinante das características individuais.

Pela Equação Ortodôntica ou chamada de Equação de Dockrell, os fatores causais que estão ali atuando em períodos contínuos, sobre os tecidos moles, ossos, neuromusculatura, dentes, podem sim produzir um desequilíbrio facial.

A prevenção destes hábitos é importante, porque as funções atuam no crescimento, dando a forma ao osso, se essa função estiver alterada, o osso vai crescer inadequado e a função não se realizará corretamente. (CARMINATTI, 2000).

Respiração bucal

O respirador bucal possui suas vias aéreas superiores obstruídas, obrigando a pessoa a respirar pela boca, assim buscando suprir a exigência pulmonar. [...] Em decorrência destas posturas neuromusculares e conseqüências de funções inadequadas, podem ocorrer efeitos secundários nocivos promovendo a rotação da mandíbula no sentido horário. (CARMINATTI, 2000).

Deglutição atípica

Cabrera e Enlow (1997), afirma que é complicado ter um padrão de deglutição da infância até a maturidade, muitas crianças possui a interposição de língua entre os arcos dentários, com isso não obtêm um vedamento correto, trazendo assim um prejuízo á criança. Isso pode causar mordidas abertas, diastemas nos incisivos, entre outros problemas. E se tiver uma ação recorrente (contínua) pode ocorrer uma alteração no arco dentário. Em crianças que possuem respiração bucal e deglutição atípica, poderá alterar o equilíbrio do sistema estomagnático, trazendo assim resultados indesejados.

Sucção prolongada

De acordo com Ferreira (1997), os recém nascido, tem necessidades nutricionais (sucção nutritiva) e necessidades emocionais (sucção não nutritiva). Nas primeiras semanas de vida, as crianças que possuírem problemas de alimentação, ou quando estão nervosas começam a ter hábito de sucção digital para liberar as tensões emocionais. Estes hábitos podem provocar mordida aberta, deformação por pressão nos arcos, prejudica o osso alveolar, e muitos não tem contatos funcionais nos dentes. O recém nascido possui o instinto de sucção, com a necessidade

fisiológica, na falta do peito da mãe, ele começa com o hábito de sucção de chupetas. Este estímulo é amenizado quando nasce os dentes. E não se recomenda a utilização de chupetas.

Hábitos de lábios

Os hábitos de lábios podem ser ativos ou passivos. [...] quando a criança é ativa, ela começa a morder os lábios, deslizar os lábios sobre os dentes, podendo trazer alguma alteração na inclinação dos dentes. (CERVERA, 1996). Os hábitos passivos referem-se às posições de apoio no dente superior.

Onicofagia

Onicofagia é o hábito de roer unhas. Mas também está associada ao ato de morder lápis e outras coisas. Por estes hábitos pode causar má posição dentária. (SOARES, TOTTI, 1996).

Posturas incorretas durante o sono

As pessoas possuem várias posições para dormir. Uma forma incorreta pode causar um crescimento assimétrico e também alterações na arcada dentária, que resultam mordidas cruzadas. (SOARES; TOTTI, 1996). Algumas crianças possuem o hábito de sustentar a cabeça com auxílio das mãos, isto também traz alterações no crescimento e desenvolvimento da face.

Os hábitos deletérios, porém, atuam sob uma tríplice ação: FREQUÊNCIA, DURAÇÃO e INTENSIDADE. Assim, a frequência e a intensidade com que ocorre o hábito e o período de vida que ele dura, o qualifica e, conseqüentemente, sua influência sobre o crescimento e desenvolvimento craniofacial. (Carminatti, p. 20, 2000).

3 POSSÍVEIS TRATAMENTOS

Segundo Hebling et al.(2007), é muito importante que não só o ortodontista, mas também o clínico geral e o odontopediatra devem ter um programa de prevenção e uma implantação de métodos para obter uma normalidade na oclusão bucal, pois muitas vezes com pequenas intervenções, pode-se evitar que ocorra um mal desenvolvimento oclusal e também algumas dificuldades em tratamentos futuros. Se consegue-se retirar os hábitos e posturas incorretas e promoção de saúde pode-se trazer grandes benefícios às crianças. Não só o cirurgião dentista pode interferir, mas os médicos, psicólogos, nutricionista e entre outros podem sim ajudar a identificar o problema e passar as orientações corretas. É necessário promover saúde, função, conforto e estética.

Existem vários tipos de tratamentos para a oclusão de uma pessoa, pode ser um ajuste oclusal, tratamento conservador, ou até mesmo um tratamento radical. Bastos (2011) fala que depende de vários fatores, como, percepção clínica (diagnóstico), habilidades, compreensão e discernimento do paciente.

O profissional tem que aplicar manejos em atitudes preventivas. É melhor você abordar precocemente o problema do que precisar de tratamentos corretivos. E também é de suma importância o profissional saber o que é normal para cada idade, para saber diagnosticar alguma alteração. Poderiam elaborar programas para pais crianças e gestantes, para implantar métodos de prevenção e educacional. É muito importante esclarecer orientação sobre chupetas e mamadeiras. No aleitamento materno podemos orientar as mães que, se estiver saindo muito fluxo do leite materno, retirar o leite e colocar em uma mamadeira que tenha o bico pequeno para que o bebê possa ter um correto movimento para sucção do leite e também orientar as melhores horas para que eliminam alguns hábitos. Aconselhamento para eliminar possíveis hábitos de sucção e hábitos secundários que possam estar presentes. Orientação e conscientização sobre educação de saúde bucal e geral, sempre lembrando a higiene bucal, controle do biofilme bacteriano e a ingestão de flúor na suas diversas formas. Sempre empregar a odontologia conservadora da dentição decídua, lembrando de manter os espaços nas perdas precoce de dentes decíduos, usando aparelhos com sua indicações corretas. (MCDONALD, p. 492, 2001).

A ortodontia interceptora tem o objetivo de intervenção para corrigir o problema instalado, eliminando os fatores etiológicos e a prevenção de desarmonia dentária, esqueléticas e funcionais. (HEBLING,2007).

Segundo o McDonald (2001), o tratamento precoce favorece a correção das deformidades dento alveolares. Sempre apresenta vantagens e desvantagens em alguns tratamentos precoces. Benefícios do tratamento precoce seriam os seguintes:

- Influenciar o crescimento dos maxilares de maneira positiva;
- Harmonizar as larguras dos arcos dentários;
- Melhorar o padrão de erupção;
- Menor risco de trauma nos incisivos superiores projetados;
- Correção dos hábitos viciosos;
- Melhorar a estética e a auto-estima;
- Simplificar e/ou diminuir o tratamento ortodôntico futuro;
- Reduzir a probabilidade de dentes permanentes impactados;
- Melhorar os problemas de fonação;
- Preservar ou ganhar espaço para dentes permanentes em erupção.

3.1 A importância da dentição decídua

A dentição temporária tem um papel fundamental na cavidade bucal. Com seis anos de idade, a criança inicia sua dentição permanente. [...] Na dentição decídua é importante o desenvolvimento da mastigação, fonação e um guia para que o permanente irrompa no lugar certo. (PINTO, 2000)

Fadel (2010), afirma que a perda precoce do dente decíduo é um dos fatores, mais prevalente, pois traz o fechamento de espaço e é fácil a instalação de uma má oclusão. As principais conseqüências das perdas prematuras de dentes decíduos são: migração de dentes adjacentes, redução do espaço, encurtamento do arco; extrusão do antagonista. No Brasil tem um índice grande de extrações precoces,

ocasionando problemas funcionais. As manifestações variam de localização, requisitos estéticos, psicológicos, e entre outros. Os dentes decíduos são importantes para manutenção do espaço dos dentes permanentes.

3.2 Dentição Permanente

Fadel (2010), afirma que ao 6 anos de idade dá início a dentição permanente. Aos 13 anos de idade, todos os dentes permanentes estão em oclusão, menos o terceiro molar. No sexo feminino irrompem mais rápido do que no sexo masculino. A ordem de irrupção dos dentes permanentes é: primeiros molares, incisivos central e lateral inferiores, incisivo central superior, incisivo lateral superior, canino inferior, primeiro pré molar, segundo pré molar, canino superior, segundo molar e terceiro molar.

DENTE	IDADE
Incisivo Central Inferior	6 anos e 1/4
Incisivo Central Superior	7 anos e 1/4
Incisivo Lateral Inferior	7 anos e 1/2
Incisivo Lateral Superior	8 anos e 1/4
Canino Inferior	10 anos e 1/2
Canino Superior	11 anos e 1/2
1º Pré Molar Inferior	10anos e 1/2
2º Pré Molar Inferior	11 anos e 1/4
1º Pré Molar Superior	10 anos e 1/4
2º Pré Molar Superior	11 anos
1º Molar Inferior	6 anos
1º Molar Superior	6 anos e 1/4
2º Molar Inferior	12 anos
2º Molar Superior	12 anos e 1/2

Quadro 4 – Cronologia de Erupção dos Dentes Permanentes.

Fonte: Fadel, (2010).

3.2.1 As seis chaves para uma oclusão saudável

As seis chaves para uma oclusão ideal foi descoberta por Lawrence F. Andrews. Em um estudo com 120 casos ele observou que, as seis chaves possuíam características significativas que estavam consistentemente presentes neste estudo, os modelos foram coletados num período de 4 anos, de 1960 á 1964, e que tem os seguintes critérios:

- Os modelos eram de dentes de pessoas que nunca tiveram tratamento ortodôntico;
- A oclusão estava em posições que pareciam corretas;
- Anatomicamente perfeitos com funções adequadas;
- Os pacientes não se beneficiariam com tratamento ortodônticos.

As seis chaves de Andrews (CABRERA, 2011):

- Chave – 1: Relação interarcos ou Relação molar;
- Chave – 2: Angulação de Coroa (mésio-distal);
- Chave – 3: Inclinação de Coroa (vestíbulo-lingual);
- Chave – 4: Rotações ou Ausência de Rotações;
- Chave – 5: Contatos juntos ou Ausência de espaços;
- Chave – 6: Curva de spee ou Plano oclusal.

Mais importante ainda é que as seis chaves podem ser usadas como objetivos de tratamento para a maioria dos pacientes.

Em 1974, em um encontro anual da fundação de educação e pesquisa ortodôntica da universidade de Saint Louis, o Ronald H. Roth reportou sua experiência com as seis chaves: “ ... Se eu fosse simplesmente definir os requisitos de uma oclusão ideal, tanto anatomicamente com o funcionalmente, para a dentição natural, eu teria de dizer: eu incorporaria as seis chaves... com a mandíbula em relação cêntrica gnatológica.”

Quando iniciado um tratamento ortodôntico, independente do motivo, é imprescindível que os conceitos de oclusão funcional e estática sejam respeitadas.

Oclusão funcional e estática ideal contribuem para a função equilibrada do sistema estomatognático durante os movimentos mandibulares.

A oclusão estática baseia nas seis chaves de oclusão.

A oclusão funcional (dinâmico) baseia na posição estática dos dentes, na posição condilar, e com movimentos mandibulares, sempre lembrando em deixar oclusão protegida em RC.

Tanto, a Máxima Intercuspidação em Habitual (MIH) quanto a Oclusão Mutuamente Protegida em Relação Cêntrica (RC) contribuem para equilíbrio do sistema.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permite concluir, que, é necessário que políticas públicas e privadas incentivem boas práticas de higiene bucal, visando combater a cárie, que ainda é diretamente responsável pela prevenção da má oclusão em crianças e adolescentes, prevenindo a manifestação e o agravamento de más oclusões possíveis de prevenir e corrigindo precocemente problemas iniciais. Assim, o paciente poderá atingir um grau de qualidade de vida mais apropriado e saudável.

ABSTRACT

The establishment of normal occlusion is dependent on normal morphogenetic and functional patterns and appropriate craniofacial growth and development. During growth and development of individuals, there are some normal standards. In this period may occur the installation of some etiological factors that can trigger a bad development. The knowledge of the association between the morphological aspects of the primary dentition and the development of the occlusion in the permanent dentition offers the possibility of anticipation in relation to permanent occlusion. It is known that during the period of transition of the dentitions, the absence of etiological factors can interfere with the establishment of normal occlusion. In this context, the presence of prolonged sucking habits as mouth breathing and tongue thrusting associated with unfavorable growth patterns may lead to changes in the arch and malocclusion. The dentist has to know how to guide the mother of a child, so there is

no acquisition of undesirable habits, so a problem in development doesn't occur. It is concluded that the presence of undesirable habits is a predisposing factor of malocclusion, especially in young children. Therefore it is necessary to establish policy measures preventing the onset and worsening of malocclusion. The earlier it is prevented that the problem is installed, more chances of having a healthy life. The faster the initial problems are corrected better prognosis for the individual. The faster the initial problems are corrected, there is a better prognosis for the individual.

Keywords: Primary dentition. Permanent dentition. Occlusion

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Renato R. de et al. Etiologia das Más Oclusões - Causas Hereditárias e Congênitas, Adquiridas Gerais, Locais e Proximais (Hábitos Bucais). **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, n. , p.107-129, 2000.

BASTOS, Prof. Ricardo Lessa. FUNDAMENTOS DE OCLUSÃO. **Fo-uerj**, Rio de Janeiro, n. , p.1-8, 2011.

CABRERA, Laura de Castro. **Efeitos cefalométricos produzidos pelo uso do distalizador carriére após a distalização de molares**. 2011. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Bauru, Bauru, 2011.

CABRERA, C; ENLOW, D.H. - Desenvolvimento e Crescimento Craniofacial. In Cabrera, C. & Cabrera, M. - Ortodontia Clínica. Curitiba. Produções Interativas, 1997, p.01-41.

CARDOSO, M. A. **Etiologia das maloclusões: fatores extrínsecos**.1999.Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Ortodontia, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

CARMINATTI, Katia. **HÁBITOS DELETÉRIOS X MALOCLUSÃO**. 2000. 43 f. Tese - Cefac, Rio de Janeiro, 2000.

CERVERA, D.A. **Apostila do Curso Ledosa**. Espanha, ciclo 1996.

COUTINHO, T. C. L. et al. Malocclusão em crianças e sua relação com a presença de hábitos e alterações funcionais. **Rev Fluminense Odontol**, -, n. , p.44-48, 2006.

FADEL, Marianella Aguilar Ventura. **A importância da manutenção dos dentes decíduos na prevenção do agravamento das más oclusões**. 2010. 204f. Tese (Doutorado em Odontologia.) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FADEL, Marianella Aguilar Ventura; LOCKS, Arno. Prevalência de perda precoce de dentes decíduos em escolares de 6 a 8 anos de idade no município de Florianópolis-SC-Brasil. **Revista Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Florianópolis, n., p.65-77, 2010.

FADEL, Marianella Aguilar Ventura; LOCKS, Arno. Prevalência de má oclusão em escolares de 6 a 8 anos de idade no município de Florianópolis – SC – Brasil. **Periódico American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**. Florianópolis, n., p 79-93, 2010.

FERREIRA, M.A. - Hábitos Bucais no contexto da maturação. **Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia maxilar**, 2:11 – 6, 1997.

FRACASSO, Marina de Lourdes Calvo et al. PERFIL DAS MÃES E CRIANÇAS FREQUENTADORAS DO PROGRAMA CLÍNICA DE BEBÊS, NO NÚCLEO INTEGRADO DE SAÚDE NIS III – IGUAÇU EM MARINGÁ - PR. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, n. , p.325-329, 2008.

GIMENEZ, C. M. M. et al. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**. Maringá, v. 13, n. 2, p. 70-83, mar./abr. 2008.

GUEDES-PINTO, A.C.; ISSAO, M.; PRADO, C. Desenvolvimento da dentição mista. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 6 ed. São Paulo: Santos, 1997.

HEBLING, Sandra Regina Faccioli et al. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciencias e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, n. , p.1067-1078, 2007.

JAHN, Graciela Medeiros Jabôr. "Oclusão dentária em escolares e adolescentes no Estado de São Paulo. **Biblioteca Digital Oai**, Sao Paulo, n. , p.1-34, 2008.

MARCHESAN, I. Q. **Motricidade oral: visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades.** São Paulo, Pancast, 1993. p.88.

MCDONALD, Ralph.E; AVERY, David.R. **Odontopediatria.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2001.Cap. 27.

MINISTERIO DA SAÚDE. SAÚDE BUCAL. **Cadernos de Atenção Básica,** Brasília, n. , p.1-98, 2008.

MORAES, Hélio Almeida de et al. ORTODONTIA GENERALIDADES HISTÓRICO EVOLUÇÃO DIVISÃO. **Odontologia São Leopoldo Mandic,** Campinas, n. , p.1-22, 2009.

OPAS/OMS. **Saúde Bucal.** 2007. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.pdf>>. Acesso em: 02 fevereiro 2011.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva.** 4. ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 2000.

PINTO, E. M.; GONDIM, P. P. C.; LIMA, N. S. Análise crítica dos diversos métodos de avaliação e registro das más oclusões. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial.** Maringá, v.13, n.1. jan./fev 2008.

PROSINI, Veridiana. **INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM PORTADORES DE MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III (DENTÁRIA E/OU ESQUELÉTICA).** 1998. 32 f. Tese (Especialização) - Cefac, Recife, 1998.

SOARES, C.A.S. & TOTTI, I.I.S. - Hábitos deletérios e suas consequências. **Revista do CROMG, 2:** 21-5, 1996.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à Deus, que me deu a vida, e que sempre me deu força e não deixou que desaminasse desse meu objetivo de concluir este curso. Agradeço à Nossa Senhora que também sempre esteve do meu lado olhando por mim. Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a muitos e tantos

queridos familiares e amigos – os eternos, os novos, e os que vamos reconhecendo ao longo do caminho – aqueles que são os presentes que damos à nós mesmos, levando-os no coração!

Há muito mais a quem agradecer... Assim, agradeço a todos aqueles que, embora não citados, me brindaram com seu inestimável apoio em diversos momentos e muitas vezes apenas por suas carinhosas presenças, muito obrigado!

Aos meus Pais, do fundo do meu coração, posso dizer a vocês, pai e mãe, que fazem parte dessa vitória, o meu muito obrigado por acreditarem em meu potencial e sempre terem a certeza de que, apesar das dificuldades, este momento se tornaria possível. Sou e serei eternamente grata. Obrigado.

A minha irmã Caroline, obrigada por me entender, por me ajudar quando eu precisei. Obrigada por existir! Nem o Céu e a Terra separam agente e nunca se esqueça disso. Você me ensinou o sentido da palavra amizade! Te amo irmã.

Ao meu irmão Júnio, um anjo da guarda, um amigo. Ser irmão é mais que ter um companheiro de estrada, e sim ter alguém para descobrir uma fonte de felicidade e alegria, agradeço por ter você hoje e sempre. Amo Vocês!

Ao meu orientador Professor Dr. Mauricio Lisboa Ribeiro. As palavras são insuficientes para expressar toda minha gratidão, mas tenho que dizer o quanto estou honrada por ter a oportunidade de conviver e aprender contigo neste período, o quanto os teus gestos me ensinaram, o quanto tuas palavras me estimularam, o quanto teu exemplo como profissional e, sobretudo, como ser humano me inspiraram.

Com tua generosidade, com teu bom humor, com teu sorriso franco, com teu sempre incentivo à minha autonomia, comprovei mais uma vez que a vida vale à pena e que o trabalho pode sim ser (e é !) uma fonte de prazer e realização.

Minha mais profunda admiração,

Meu carinho mais sincero e a minha eterna gratidão.

Aos queridos amigos da Disciplina de Clínica Integrada, professores, funcionários, colegas de graduação; com quem compartilho cotidianamente várias horas de trabalho, sempre num clima excelente, descontraído e muito produtivo.

Aos Professores com quem tenho orgulho. Muito obrigada pelo incentivo, carinho e companheirismo! Cada um de vocês ocupa um lugar especial no meu coração!

A professora Nayara Lima, que sempre esteve do nosso lado, nos ensinando, tendo paciência. Obrigada pela sua gentileza e carinho de sempre, além da valiosa contribuição na minha vida. E além de tudo, obrigada pela sua amizade.

A minha amiga Luciana, por quem tenho profunda admiração, respeito e amizade. A quem me falta palavras para agradecer tudo o que têm feito por mim. Obrigada, pelo carinho e atenção. Conte sempre comigo. Obrigada.

Data de entrega do artigo: 03/11/2011