

**UNINGÁ – UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ
CURSO DE MESTRADO EM ORTODONTIA**

MÁRCIO DA COSTA ALMEIDA

**CARACTERÍSTICAS OCLUSAIS EM INDIVÍDUOS DE TRÊS REGIÕES
BRASILEIRAS**

Maringá

2011

UNINGÁ – UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ
CURSO DE MESTRADO EM ORTODONTIA

MÁRCIO DA COSTA ALMEIDA

**CARACTERÍSTICAS OCLUSAIS EM INDIVÍDUOS DE TRÊS REGIÕES
BRASILEIRAS**

Dissertação apresentada à Unidade de Ensino Superior Ingá, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de Ortodontia.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Pinelli Valarelli
Co-Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Hermont Cançado

Maringá

2011

Costa Almeida, Márcio
Características Oclusais em Indivíduos de três regiões brasileiras/Costa
Almeida, Márcio. – Maringá, 2011.
149 p. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Pinelli Valarelli

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética:

Nº do Protocolo:

Projeto de pesquisa aprovado em

Data: ___/___/2011

MÁRCIO DA COSTA ALMEIDA

**CARACTERÍSTICAS OCLUSAIS EM INDIVÍDUOS DE TRÊS REGIÕES
BRASILEIRAS**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre à
Comissão Julgadora da UNINGÀ - Faculdade Ingá.

Aprovada em _____ / _____ / _____
COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr.
Universidade

Prof. Dr.
Universidade

Prof. Dr.
Universidade

Maringá, 27 de Maio de 2011

DEDICATÓRIA

À minha esposa e companheira Paola Beatriz que tanto me ensinou e continua ensinando, ao longo de nossa convivência, o valor da humildade e da paciência na constituição da personalidade do ser humano, como forma de se alcançar sabedoria. Eternamente grato por Deus ter lhe colocado na minha vida como exemplo de dedicação, apoio, companheirismo. Enfim, exemplo de pessoa, filha, mulher e em breve de mãe. É com prazer e orgulho dizer que é fácil ser seu aprendiz. Por tudo que você é, eu simplesmente te amo.

Dizem que “o filho bom a casa torna”. Creio que esse dito foi criado por meus avós. Portanto, ao meu adorável pai Luís dos Santos Almeida com seu jeito singular, alegre, quase “alheio” à nossa realidade, mas que sempre me incentivou- da sua maneira- tanto na vida acadêmica, quanto na profissional; à minha amada e idolatrada mãe Lindomar da Costa Almeida, uma mulher de fibra, mas sem perder a candura, meiguice e graça; e ao meu zeloso e incomparável irmão Luís Júnior por seu cuidado e apoio.

Posso dizer que poucos nessa vida foram tão privilegiados quanto eu fui, por tê-los como sangue do meu sangue. São exemplos de dignidade e correição a serem imitados. Quanta história de vida e quantos momentos inesquecíveis ficaram e ficam de vocês em minha memória. Sinto-me abençoado por gratuitamente ter caído no seio desta família.

À minha cunhada Liana, mulher virtuosa que completa a vida de meu irmão, a qual deu à luz minha linda e graciosa sobrinha Luísa e brevemente a(o) sobrinho(a) que ainda está por vir. Certamente, crianças que iluminam/iluminarão meus dias com sua pureza e autenticidade. São partes integrantes do que é alegria em minha vida.

A vocês dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por seu amor incondicional a todas as pessoas e ao privilégio de tê-lo como Pai. Saber que Ele nos abençoa, mesmo com nossas imperfeições, faz aumentar nossa responsabilidade, obediência e gratidão que devem ser manifestadas pela fé.

Ao coordenador do curso de Odontologia das Faculdades Ingá.

A (o) diretor (a) de pós-graduação das Faculdades Ingá.

À coordenadora da pós-graduação das Faculdades Ingá.

Ao companheirismo de todos os meus colegas de turma do mestrado, Luciano, Isaac, Christian, Sílvio, Francisco e Sandra. Em especial atenção: à João Dalto pelo apoio fraternal, Matheus pela atenção dispensada, José Carlos com quem muito aprendi e Manuela pela idéia e o incentivo, inclusive, da minha dissertação.

À Suzanny pela dedicação, apoio e atenção; aos funcionários e anônimos das unidades das Faculdades Ingá visitadas que direta ou indiretamente participaram da elaboração desta pesquisa.

Às minhas funcionárias Tina e Meire, e ao estagiário Kalil pelo auxílio a mim prestado quando necessário.

A confiança e consideração de meu mestre e amigo Dr. José Eduardo Sesso, sem o qual seria impossível a realização deste sonho na minha vida.

A todos vocês meu eterno obrigado e que Deus os abençoe.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Inicialmente ao meu orientador Prof. Dr. Fabrício Pinelli Valarelli, pelos ensinamentos transmitidos, comprometimento e perfeccionismo. Indubitavelmente a exigência da qualidade no que faz é sua marca registrada.

Meus sinceros agradecimentos à Profa. Dra. Karina Maria Salvatore de Freitas, coordenadora do curso de Mestrado pela colaboração, incentivo, apoio e dedicação a mim ofertados.

E finalmente, agradeço de coração ao Prof. Dr. Rodrigo Hermont Cançado pela disposição e paciência, pois não mediu esforços em me ajudar além de propor sugestões valorosas para o enriquecimento deste trabalho. Ao contrário do sobrenome, é “incansável”.

A vocês três meu muito obrigado pela atenção dispensada. Agradeço profundamente por terem socializado seus conhecimentos e sabedoria não somente na área técnica, como também de vida. Tenho muito orgulho de tê-los como meus mestres e considero nossa convivência e trocas de experiências mais do que um curso de mestrado, foi sim uma dádiva divina. Que Ele os abençoe.

RESUMO

Realizou-se estudo epidemiológico no qual foram avaliadas documentações ortodônticas completas contendo: telerradiografia, panorâmica, modelos e fotografias, recolhidas das sedes dos cursos de especialização em Ortodontia promovidos pelas seccionais das Faculdades Ingá lotadas nas cidades de Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP; representando respectivamente as regiões Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil, com o objetivo de detectar se há diferenças populacionais inter-regionais na prevalência de determinadas características oclusais. A amostra do estudo foi constituída de 947 documentações ortodônticas completas, assim distribuídas: 363 documentações da seccional Fortaleza-CE, 270 da seccional Maringá-PR e 314 da seccional Bauru-SP abrangendo indivíduos no período da dentição decídua, mista e permanente com o mínimo de 3 e o máximo de 56 anos. A partir de análise estatística descritiva com a utilização do teste ANOVA e por meio da aplicação do teste do Quiquadrado, concluiu-se que os pacientes da unidade de Bauru-SP possuem uma maior prevalência de mordida cruzada (4,75%) e sobremordida acentuada (3,59%) e diastemas (5,17%), enquanto que na unidade de Maringá-PR prevaleceu a sobressaliência do tipo normal (13,30%) e a mordida aberta (4,75%).

Palavras-chave:

epidemiologia – ortodontia - maloclusão

ABSTRACT

It was carried the epidemiological study which were initially assessed a orthodontics documentations containing: telerradiography, roentnography, models and photographs collected from the headquarters of specialized courses in Orthodontics sponsored by the sectionals Faculties Ingá crowded on the cities of Fortaleza-CE, Maringá-PR and Bauru-SP, respectively representing the Northeast, South and Southeast of Brazil, with the goal of trying to detect whether there are population differences in inter-regional prevalence of certain occlusal characteristics. The sample was composed of 947 orthodontic completes documentation, as follows: 363 documentation of cross-sectional to Fortaleza, 270 of the sectional Maringá-PR and 314 of the sectional Bauru-SP, covering subjects during the deciduous, mix and permanent dentition phase's with the minimum 3 and maximum 56 years-old. Utilizing statistical analyze descriptive like ANOVA test and Chi-square test, it was concluded than the patients to Bauru-SP have the most prevalence to the crossbite (4,75%), increased overbite (3,59%) and diastemas (5,17%) whereas predominated in the unit of Maringá-PR the normal type overjet (13,30%) and the openbite (4,75%).

Key words:

epidemiology - orthodontia - malocclusion

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1a - Fotos Intra-Oral e Modelos de Gesso.....	57
FIGURA 1b - Telerradiografia e Panorâmica	58
FIGURA 2 - Instrumentos para Medições.....	59
FIGURA 3 - Relação Ântero-Posterior.....	60
FIGURA 4 - Apinhamento.....	61
FIGURA 5 - Mordida Aberta.....	61
FIGURA 6 - Impacção Dentária e Diastemas.....	62
FIGURA 7 - Agenesia de Incisivos Laterais e Perda de Primeiro Molar Superior.....	62
FIGURA 8 - Sobremordida e Sobressaliência.....	63
FIGURA 9 - Mordida Cruzada Unilateral Esquerda.....	63

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Gênero da Amostragem.....	70
GRÁFICO 2 - Média de Idade da Amostra (em anos).....	94
GRÁFICO 3 - Distribuição Geral da relação Oclusal Antero-Posterior.....	95
GRÁFICO 4 - Presença de Apinhamento.....	96
GRÁFICO 5 - Ausência e Presença de Mordida Cruzada.....	97
GRÁFICO 6 - Ausência e Presença de Sobremordida Acentuada.....	97
GRÁFICO 7 - Ausência e Presença de Mordida Aberta.....	98
GRÁFICO 8 - Ausência e Presença de Diastemas.....	103

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Agencias Dentárias.....	44
TABELA 2 -	Comparação das idades entre os três grupos, com o teste ANOVA um critério de seleção e Tukey.....	70
TABELA 3 -	Distribuição do Relacionamento Oclusal Ântero-Posterior entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras.....	72
TABELA 4 -	Distribuição do Apinhamento entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras.....	74
TABELA 5 -	Distribuição da Mordida Aberta entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras.....	75
TABELA 6 -	Distribuição da Mordida Aberta em Indivíduos Maiores de 12 Anos nas Três Regiões Brasileiras.....	77
TABELA 7 -	Distribuição das Perdas Dentárias entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras.....	79
TABELA 8 -	Distribuição da Agenesia entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras.....	80
TABELA 9 -	Distribuição da Retenção Dentária entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras.....	82
TABELA 10 -	Distribuição da Sobressaliência entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras.....	84
TABELA 11 -	Distribuição da Mordida Cruzada entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras.....	85
TABELA 12 -	Distribuição da Sobremordida entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras.....	87
TABELA 13 -	Distribuição do Diastema entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras.....	88
TABELA 14 -	Distribuição da Microdontia entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras.....	89
TABELA 15 -	Distribuição de Dentes Supranumerários entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras.....	90

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 REVISÃO DA LITERATURA	16
1.1 MALOCLUSÃO	17
1.2 MORDIDA ABERTA	38
1.3 AGENESIAS DENTÁRIAS.....	40
1.4 RETENÇÃO/IMPACÇÃO DENTÁRIA.....	46
1.5 PERDAS DENTÁRIAS	48
1.6 MICRODONTIA, DENTES SUPRANUMERÁRIOS E DIASTEMAS	50
2 PROPOSIÇÃO	53
3 MATERIAIS E MÉTODOS	55
3.1 MATERIAL.....	56
3.1.1 Amostra	56
3.1.2 Critérios de Inclusão.....	57
3.1.3 Critérios de Exclusão	58
3.2 MÉTODO	59
3.2.1 Tipo de Estudo	59
3.2.2 Método de Análise	59
3.2.3 Elaboração da Ficha de Coleta dos Dados (Anexo)	59
3.2.4 Exame Documental e Preenchimento da Ficha de Coleta dos Dados	64
3.2.5 Análise Facial	64
3.2.6 Relação Dentária	64
3.2.7 Relação Oclusal	65
3.2.8 Relação Transversal	65
3.2.9 Relação Vertical	66
3.2.10 Interpretação Radiográfica	66
3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	66
4 RESULTADOS	68
4.1 QUANTO AO GÊNERO	69
4.2 QUANTO À IDADE	70
4.3 QUANTO À RELAÇÃO OCLUSAL ÂNTERO-POSTERIOR.....	71
4.4 QUANTO AO APINHAMENTO.....	72
4.5 QUANTO À MORDIDA ABERTA	74

4.6 QUANTO A PRESENÇA DE MORDIDA ABERTA EM INDIVÍDUOS MAIORES DE 12 ANOS	75
4.7 QUANTO A PRESENÇA DE AGENESIA.....	77
4.7.1. Quanto a Perdas Dentárias	77
4.7.2. Quanto à Agenesia	79
4.8 QUANTO À RETENÇÃO DENTÁRIA	81
4.9 QUANTO À SOBRESSALIÊNCIA.....	82
4.10 QUANTO À MORDIDA CRUZADA.....	84
4.11 QUANTO À SOBREMORDIDA	86
4.12 QUANTO A PRESENÇA DE DIASTEMA.....	87
4.13 QUANTO A PRESENÇA DE MICRODONTIA E SUPRANUMERÁRIO	88
5 DISCUSSÃO	91
5.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	92
5.2 QUANTO À IDADE	93
5.3 QUANTO À RELAÇÃO OCLUSAL ÂNTERO-POSTERIOR.....	94
5.4 QUANTO À PRESENÇA DO APINHAMENTO.....	95
5.5 QUANTO À RELAÇÃO TRANSVERSAL	96
5.6 QUANTO À RELAÇÃO VERTICAL ANTERIOR.....	97
5.7 QUANTO A AUSÊNCIA DENTÁRIA.....	99
5.7.1 Quanto a Perdas Dentárias	99
5.7.2 Quanto à Agenesia	99
5.8 QUANTO A RETENÇÃO DENTAL	101
5.9 QUANTO À RELAÇÃO HORIZONTAL ANTERIOR.....	102
5.10 QUANTO A PRESENÇA DE MICRODONTIA E DENTES SUPRANUMERÁRIOS.....	103
5.11 QUANTO À PRESENÇA DE DIASTEMAS	103
5.12 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
6 CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	116

Introdução

INTRODUÇÃO

O conceito de oclusão normal individual não coincide com a oclusão ideal. A oclusão ideal, no homem, é hipotética. Não existe e nem poderá existir (Ferreira, 2004). Partindo desta afirmação, é razoável admitir que a existência de maloclusões seja inerente à formação e desenvolvimento humanos. Cavalcanti, et al. (2006); Suliano, A. A., et al. (2007) afirmam que as mesmas se constituem no terceiro maior problema odontológico, após a cárie dentária e a doença periodontal.

Estudos epidemiológicos são importantes ferramentas para o conhecimento das necessidades de tratamento e para a avaliação das medidas instituídas. Frazão, et al. (2002) destacam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda às autoridades sanitárias a realização de levantamentos epidemiológicos das principais doenças bucais nas idades de 5, 12 e 15 anos e nas faixas etárias de 35-44 e 65-74 anos, numa periodicidade entre cinco e dez anos. O conhecimento da situação de saúde bucal de diferentes grupos populacionais, por meio de levantamentos epidemiológicos, é fundamental para o desenvolvimento de propostas de ações adequadas às suas necessidades e riscos, bem como para a possibilidade de comparações que permitam avaliar o impacto dessas ações (Frazão et al., 2002; Freitas et al., 2002).

Ribas et al. (2004) esclarecem que no Brasil, o estabelecimento da classificação das maloclusões de suas populações representa enormes dificuldades, pois se trata de um verdadeiro caldeirão de raças. É preciso considerar as diferenças regionais. No norte do país prepondera a miscigenação triíbrida dos elementos índio, negro e branco. No centro há uma grande mestiçagem dos elementos brancos com negros e, no sul, observa-se um maior contingente de

brancos. Entretanto não é possível escolher nenhum deles como representativo do “tipo brasileiro”, pois qualquer generalização seria temerária. Portanto é necessária a caracterização das diferenças na distribuição dos tipos de maloclusões entre populações bem definidas geneticamente e as que sofreram cruzamentos inter-raciais para que se possa comparar as predominâncias apresentadas e identificar o padrão de maloclusão vigente na população que se quer estudar.

Narvai, et al. (2006) relatam a diminuição na prevalência de doenças bucais na população dos países desenvolvidos nas três últimas décadas do século XX e início do século XXI. No Brasil verificou-se redução nos índices de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) especialmente entre os anos de 1980 e 2003. A redução observada nestes índices foi de forma generalizada em todas as cinco regiões brasileiras, no entanto houve particularidades ao se pesquisar individualmente as mesmas, com diferenças significativas entre os índices alcançados pelas regiões Sul e Sudeste quando comparadas as outras regiões do Brasil.

Uma provável hipótese para explicação da situação acima referida pode residir nas diferenças dos indicadores sociais entre as regiões do Brasil. Fundamentando esta afirmativa, Narvai, et al. (2006) demonstraram a interrelação entre o índice CPOD, por região, com o índice de escolaridade, IDH, renda *per capita* e a porcentagem das pessoas com acesso à água encanada em 2000. Como resultado observou-se uma correlação positiva entre melhores índices de desenvolvimento humano (IDH), escolaridade, renda *per capita* e maior porcentagem das pessoas com acesso à água encanada das regiões Sul e Sudeste, com menores índices CPODs. Viana, et al. (2009) detectaram uma maior prevalência de problemas bucais e maior índice CPOD, devido a ausência de fluoretação da água na cidade de Manaus-Brasil.

A partir da observação dessas particularidades no Brasil; sejam sócioeconômicas, culturais e/ou genéticas, ou das escassas pesquisas que realizaram uma análise comparativa na epidemiologia da maloclusão entre as regiões no país, construiu-se a proposta deste estudo cujo objetivo, além de fomentar a lista de trabalhos que versem especificamente sobre o tema, verificar se há diferenças inter-regionais na prevalência das características oclusais estudadas.

Revisão da Literatura

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 MALOCLUSÃO

Korkhaus (1928) avaliou, a partir de exames clínicos, 1000 escolares com idades de 6 e 14 anos de idade na cidade de Bonn, Alemanha e obteve como resultado que 692 crianças, correspondente a 69,2% dos indivíduos analisados eram portadores de Classe I de Angle, 266 alunos (26,6%) possuíam Classe II e 42 crianças (4,2%) Classe III.

Analisou diferentes tipos de más oclusões, nas idades de 6 a 14 anos e observou que a freqüência de anomalias que diminuía com o decorrer da idade era: protrusão dentária por sucção, mordida aberta, mordida cruzada, protrusão inferior e mordida topo a topo.

Descreveu também deformidades que aumentavam a ocorrência com o passar da idade: atresia do arco superior e protrusão dental, atresia do arco superior e retrusão dentária, diminuição do perímetro do arco por perda prematura, vestibuloversão dos caninos e sobremordida.

Barrow e White (1952) em estudo longitudinal verificaram as mudanças no desenvolvimento da arcada dentária da maxila e da mandíbula de 51 crianças da cidade de Ann Arbor (Michigan) nas idades de 5 e 16 anos. Encontrou 39% de oclusão normal aos 5 anos de idade, 33% de Classe I, 18% de Classe II e 9 % de Classe III. Aos 16 anos encontrou 12 % de oclusão normal, 39% de Classe I, 36% de Classe II e 12% de Classe III.

Gardiner (1956) em estudo realizado com 1000 crianças na cidade de Sheffield, na faixa etária de 5 a 15 anos de idade, objetivou realizar o levantamento epidemiológico das más oclusões e determinar os fatores etiológicos. O autor concluiu que 742 crianças eram portadoras de algum tipo de má oclusão. De acordo com a classificação de Angle eram: 88,5 % de Classe I, 10,9% de Classe II e 0,6% de Classe III. O fator etiológico mais evidente para as más oclusões foi o hábito bucal de sucção digital e labial.

Goose, Thomson e Winter (1957) examinaram 2.956 escolares de ambos os gêneros com idades entre 7 a 15 anos, e analisaram a situação oclusal das referidas crianças utilizando a classificação de Angle. Encontraram 56,1% das crianças com

oclusão normal e os 43,9% restantes apresentaram má oclusão, assim distribuída em: 24,8% para a má oclusão de Classe I, 16,1%m Classe II e 2,9% Classe III.

Ast, Allaway e Draker (1962) realizaram um estudo com o propósito de comparar a prevalência da má oclusão em 302 crianças de 13 a 14 anos de idade, pertencentes à cidade de Newburgh (NY) com água de abastecimento público fluoretada e Kingston (NY) que não apresentava água fluoretada, onde encontraram 36% de oclusão normal para as crianças da cidade de Newburgh e 19,6% para aquelas residentes em Kingston. Para as crianças residentes em Newburgh verificaram que 41% apresentava Classe I, 21,7% Classe II e 1,2% Classe III de Angle e para as residentes em Kingston os valores foram de 45,7% para Classe I, 30,4% de Classe II e 4,3% para Classe III.

Concluíram que os benefícios advindos do programa de fluoretação da água de abastecimento público, pode ser medido não somente em termos da significativa proteção contra a cárie dentária, mas também com respeito a redução da má oclusão.

Almeida, Fêo e Martins (1970) estudando a influência da fluoretação da água na prevalência das más oclusões, realizam exames em 360 escolares entre 11 e 12 anos de idade em duas cidades: Marília-SP que contava com abastecimento de água fluoretada e a cidade de Bauru-SP sem fluoretação da água. Utilizaram a classificação de Angle para este fim e chegaram às seguintes conclusões: Marília obteve 27,6% de oclusão normal e 72,4% de má oclusão que foi distribuída em 62,6% de Classe I, 8,6% de Classe II, 1ª divisão, 0,6% de Classe II, 2ª divisão e 0,6% de Classe III. Para a cidade de Bauru encontraram 10,7% de oclusão normal e 89,3% de má oclusão, compreenderam 73,6% de Classe I, 12,7% de Classe II, 1ª divisão, 1,5% de Classe II, 2ª divisão e 1,5% de Classe III. Concluíram que os benefícios advindos da fluoretação da água de abastecimento público podem ser medidos, não somente em termos de proteção significativa contra cáries dentárias, mas também com respeito à redução da incidência de má oclusão. Analisando 718 crianças, sendo 397 melanodermas e 321 leucodermas de 10 a 12 anos de idade.

Horowitz e Doyle (1970), analisando 718 crianças, sendo 397 melanodermas e 321leucodermas de 10 a 12 anos de idade, observaram que uma grande porcentagem de crianças melanodermas possuíam relação molar normal (76,8%), quando comparadas às crianças leucodermas (53,6%). Consideravelmente, as crianças leucodermas apresentavam 16,5% de distocclusão unilateral e 17,1% de

distoclusão bilateral, perfazendo um total de 33,6%, ao passo que as crianças melanodermas cujo percentual era de 7,6% unilateral e 3,8% bilateral, perfaziam um total de 11,4%. A porcentagem de mesioclusão era reduzida, sendo respectivamente de 2,8% e 1,9% de casos unilateral e bilateral, nas crianças leucodermas; e nas crianças melanodermas, respectivamente 4,8% e 1,5%.

Nenhuma diferença significativa foi encontrada entre crianças leucodermas e melanodermas ou entre os gêneros, com respeito à mordida cruzada posterior. Cerca de 2% das crianças tinham um ou mais dentes posteriores em mordida cruzada vestibular e 15% delas tinham um ou mais dentes superiores em mordida cruzada lingual. Com relação ao trespasse horizontal aproximadamente 18% das crianças melanodermas e 9% das leucodermas apresentaram valores de 1 a 2mm. Para o trespasse horizontal de 7 mm ou mais, 13% das crianças leucodermas e 8% das melanodermas apresentaram esse índice. Com relação ao trespasse horizontal, verificaram que aproximadamente 5% das crianças melanodermas eram portadoras de mordida aberta contrastando com 1% para as crianças leucodermas.

Proporcionalmente, mais melanodermas que leucodermas apresentavam relação incisiva topo a topo, respectivamente 4,8% e 0,3%. A porcentagem de crianças melanodermas com trespasse horizontal de 1 a 2 mm, foi aproximadamente duas vezes maior que das crianças leucodermas, 29,2% e 12,1% respectivamente. Em contraste, crianças leucodermas (49%) predominaram com índice de trespasse horizontal maiores em relação às crianças melanodermas 16%.

Infante (1975) examinando 735 crianças de ambos os gêneros entre as idades de 2 ½ e 6 anos, pertencentes à raça branca, negra e índia na fase da dentadura decídua, realizou um estudo onde comparou a relação molar ântero-posterior e a mordida cruzada anterior e posterior. Obteve como resultado que a relação molar de Classe II bilateral nas crianças brancas, negras e índias apresentaram respectivamente: 19,1%, 4,3% e 2,7%.

Para a relação molar de Classe III bilateral foi encontrado 1,0%, 7,1% e 8,0% para os grupos estudados. Para a relação molar de Classe I os valores foram de 79,9%, 88,7% e 89,3% respectivamente. Ainda como parte dos resultados observou que as distribuições das mordidas cruzadas anteriores e posteriores de acordo com o grupo étnico estavam assim divididas: 1) mordida cruzada anterior; em brancos 4,1%, em negros 7,8% e em índios 3,2%. 2) mordida cruzada posterior; em brancos 7,1%, em negros 2,1%, e em índios 5,3%.

Concluiu com esses resultados, que a prevalência da relação molar de Classe II foi significativamente maior em crianças brancas, quando comparadas com crianças negras e índias. A prevalência da mordida cruzada anterior foi predominantemente maior em crianças índias. A prevalência da mordida cruzada posterior foi sensivelmente maior em crianças brancas.

Krzypow, Lieberman e Modan (1975) ao examinarem o relacionamento oclusal de um grupo de 538 adultos jovens, 269 homens e 269 mulheres entre as idades de 18 e 20 anos da cidade de Tel Aviv (Israel), classificaram as más oclusões de acordo com Angle em: Classe I, Classe II 1ª divisão, Classe II 2ª divisão e Classe III.

Também observaram o percentual de mordida cruzada anterior ou posterior presente em cada tipo de má oclusão. Obtiveram como resultado: 4,1% dos indivíduos apresentaram oclusão normal; 65,2% de má oclusão de Classe I; 21,4% de Classe II 1ª divisão, 6,7% Classe II 2ª divisão e 2,6% Classe III. Com relação à mordida cruzada verificaram que, para os indivíduos portadores de má oclusão de Classe I, 4,9% de mordida cruzada anterior; 8% de mordida cruzada posterior e 1,2% de mordida cruzada anterior e posterior.

Para indivíduos portadores de má oclusão Classe II 1ª divisão, 0,8% possuíam mordida cruzada anterior; 13,1% mordida cruzada posterior e 1,7% ambos os tipos de má oclusão. Nos indivíduos portadores de má oclusão Classe II 2ª divisão apenas 5,5% caracterizavam-se pela mordida cruzada posterior, o restante não apresentou qualquer tipo de mordida cruzada. Nos indivíduos portadores de má oclusão Classe III foram observadas 14,3% de mordida cruzada anterior e 50% de mordida cruzada anterior e posterior.

Takahashi (1975) realizou em Londrina uma pesquisa de campo sobre a prevalência de más oclusões utilizando para isso: 82 mestiços, 765 leucodermas e 546 xantodermas, na faixa etária de 10 a 19 anos. Observou que no grupo de mestiços 9,8% possuíam oclusão normal e 90,2% más oclusões divididas em: 66,67% de Classe I; 17,65% de Classe II 1ª divisão; 1,96% Classe II 2ª divisão e 3,92% de Classe III.

Nos leucodermas, a oclusão normal foi observada em 9,68% dos casos e nos 90,31% restantes destacava-se as más oclusões distribuídas em: 61,12% de Classe I; 25,26% de Classe II 1ª divisão; 2,88% de Classe II 2ª divisão; e 1,05% de Classe III. A oclusão normal dos xantodermas atingiu 8,42% da população e os 91,58% das

más oclusões eram compostas por 64,28% de Classe I, 14,47% de Classe II, 1ª divisão; 3,11% de Classe II, 2ª divisão e 9,7% de Classe III.

Verificou que a oclusão normal nos mestiços, leucodermas e xantodermas, apresentavam uma porcentagem muito baixa. A má oclusão nos três grupos raciais foi de alta prevalência, sem diferenças significativas no total. Nos leucodermas, a má oclusão de Classe II, 1ª divisão foi a mais prevalente do que os xantodermas, nos quais houve maior percentual de Classe III. A Classe II, 2ª divisão foi muito pouco freqüente. As proporções de oclusão normal, má oclusão de Classe I e Classe II, 2ª divisão foram praticamente as mesmas para os três grupos raciais estudados.

Helm (1977) em artigo sobre epidemiologia e aspectos da má oclusão em saúde pública, salientou vários aspectos como descrição e análise da prevalência e distribuição da má oclusão nas várias populações. Relatou também a aplicação do estudo epidemiológico comparando com a cárie. Descreveu e analisou a classificação de Angle para os estudos epidemiológicos. Enfatizou que esta classificação não é suficiente diferenciada para as propostas epidemiológicas e também que a morfologia individual não é totalmente descrita adequadamente pela classificação de Angle.

Reyes, Sheen e Garcia-Godoy (1980) realizaram um trabalho com 100 crianças entre as idades de 3 e 5 anos de ambos os gêneros, com a finalidade de descrever a dentadura decídua e obter dados para estudo do desenvolvimento da oclusão. Observaram que o plano terminal reto foi encontrado em 79% das crianças, ao passo que o degrau mesial em 8%. Diferentes tipos de planos terminais, em ambos os lados, foram encontrados em 12% das crianças e 1 % delas apresentaram o degrau distal. Não houve diferença significativa na ocorrência dos planos terminais, considerando-se os gêneros. A oclusão de caninos em Classe I foi encontrada em 85% dos casos, 11% das crianças apresentaram diferentes tipos de oclusão em ambos os lados, e 4% apresentaram oclusão dos caninos em Classe II.

Não foi observado nenhum caso de oclusão dos caninos em Classe III e também não houve diferença significativa entre os gêneros com relação aos caninos. Com respeito ao trespasse vertical, 58% das crianças examinadas apresentaram condição normal, 17% em grau acentuado, 13% em grau moderado e em 12% a mordida aberta.

Em relação ao trespasse horizontal: 53% das crianças eram normais, 42% era aumentado, e em 5% a relação de topo-a-topo. Nenhuma delas apresentou a

mordida cruzada anterior. Somente 3 casos de mordida cruzada posterior foram observados: um caso unilateral posterior esquerdo, um caso unilateral posterior direito e um caso de mordida cruzada vestibular no lado esquerdo.

Os resultados observados foram na maioria dos casos com plano terminal reto, em 86% da amostra houve uma oclusão de caninos em Classe I; 61% ocorreu o trespasse vertical normal; 58,2% de trespasse horizontal normal e 39% de trespasse horizontal aumentado. Nos casos com plano terminal mesial, 100% registraram oclusão de caninos em Classe I; 50% trespasse vertical aumentado; 37,5% trespasse vertical normal; 62,5% trespasse horizontal acentuado e 25% trespasse horizontal normal.

Nas crianças com diferentes planos terminais de ambos os lados, 66,7% apresentaram oclusão de caninos em Classe I (33,3% apresentou Classe III), 50% trespasse vertical normal (33,3% trespasse vertical severo) e 41,7% trespasse horizontal normal.

Gardiner (1982) em trabalho realizado em Benghazi (Líbia) com 479 crianças com idade entre 10 e 12 anos com objetivo de analisar a face, os arcos dentários e má oclusão, encontrou que 13 (3%) crianças possuíam oclusão ideal, 356 crianças correspondente a 74% possuíam má oclusão de Classe I de Angle; 77 crianças (16%) possuíam Classe II 1ª divisão; 10 crianças (2%) Classe II 2ª divisão e 23 crianças (5%) possuíam Classe III.

Isiekwe (1983) examinando 617 estudantes com idade entre 10 e 19 anos na cidade de Lagos (Nigéria), encontrou 76,8% de má oclusão de Classe I de Angle; 13,6% para a Classell 1ª divisão; 1,1% Classe II 2ª divisão e 8,4% para a Classe III. O trespasse vertical normal ocorreu em 71,1%; 13,5% na freqüência do trespasse excessivo; 5,2% na modalidade topo-a-topo e 10,2% na ocorrência da mordida aberta anterior. Quanto ao trespasse horizontal encontrou 69,7% de normal; 24,1% de excessivo e 6,2% de trespasse inverso. Concluiu que a má oclusão mais prevalente foi a de Classe I de Angle.

Bishara et al. (1988), com o objetivo de descreverem as mudanças na relação molar da dentadura decídua para a permanente, realizaram um estudo longitudinal, em 121 indivíduos de ambos os gêneros, que foram examinados em 3 estágios do desenvolvimento dentário: estágio I, dentadura decídua completa; estágio II, quando os primeiros molares permanentes atingiam a oclusão e estágio III, completa erupção da dentadura permanente completa, excluindo os terceiros molares.

Constataram que dos 242 lados avaliados na dentadura decídua 61,6% desenvolveram uma relação molar de Classe I, 34,3% de Classe II e 4,1% de Classe III. Os lados que se caracterizavam pelo degrau distal na dentadura decídua desenvolveram a relação molar de Classe II na dentadura permanente. Uma vez que nenhum desses casos se auto corrige, o tratamento deveria ser realizado precocemente.

Os casos com a relação em plano terminal reto na dentadura decídua (29,4% do total), 56% deles desenvolveram a relação molar de Classe I e 44% a relação molar de Classe II na dentadura permanente. Esses achados indicaram que mesmo a presença de um plano terminal reto na dentadura decídua ou uma relação topo a topo na época da erupção do primeiro molar permanente, levariam a uma oclusão de Classe II em quase 44% dos casos observados.

A presença do degrau mesial de 1mm na dentadura decídua (41,7%), sugere uma grande possibilidade de estabelecer uma relação molar de Classe I em 76,2% dos casos; uma menor possibilidade de uma relação molar de Classe II em 22,8% dos casos, e uma rara ocorrência de Classe III, em 1% dos casos, na dentadura permanente. A presença do degrau mesial de 2mm ou mais na dentadura decídua (19,4% do total), 61,6% desenvolveram relação molar de Classe I; 12,8% de Classe II e 19,1% de Classe III na dentadura permanente.

Silva Filho, Freitas e Cavassan (1989), avaliaram a prevalência de oclusão normal e má oclusão de acordo com a relação sagital dos arcos dentários, em 2.416 crianças de ambos os gêneros na cidade de Bauru-SP entre 7 e 11 anos de idade. Os resultados demonstraram um baixo percentual de oclusão normal (11,47%). Dentre as más oclusões, a Classe I foi mais prevalente (55%), seguida da Classe II (42%) e finalmente a Classe III (3%). Ainda encontraram entre as más oclusões os desvios morfológicos na ordem decrescente de incidência: apinhamento ântero-inferior (57,73%), perdas prematuras de dentes decíduos e permanentes (37%), trespasse vertical acentuado (19,16%), mordida aberta anterior (18,5%), mordida cruzada anterior (7,6%) e inserção fibrosa baixa do freio labial superior (1,2%).

Hill (1992) com o propósito de planejar um índice ortodôntico, para uso em pesquisas epidemiológicas e testar sua validade e reprodutibilidade, bem como estabelecer a prevalência e severidade da má oclusão em escolares na cidade de Glasgow, realizou um estudo onde examinou 793 crianças com idade de 9, 12 e 15 anos, de ambos os gêneros.

Os resultados mostraram que aos 9 anos, 10% das crianças apresentavam trespasse horizontal de negativo para 1mm e aos 12 e 15 anos 8,8% delas apresentavam esse valor. Um trespasse horizontal de 2 a 5 mm foi observado em 72,5% das crianças com 9 anos, 75,2% das crianças com 12 anos e 82,7% das com 15 anos. Os valores de 6mm ou mais foram observados em 17,5% das crianças com 9 anos, 16% das com 12 anos e 8,5% das com 15 anos de idade.

Com relação à mordida cruzada anterior, os percentuais foram de 7,5%, 5,9% e 5,4%, respectivamente, para as crianças com 9,12 e 15 anos. Para a mordida cruzada posterior, os valores foram de 6,3% aos 9 anos, 5,9% aos 12 e 4,2% aos 15 anos. Quanto à mordida aberta anterior esses valores foram de 2,6%, 0,8% e 2,3% respectivamente aos 9,12 e 15 anos.

Com esses dados, concluiu-se que houve uma alta prevalência de má oclusão nessa amostra populacional, com 72% das crianças com 9 anos, tendo uma marca de 8 ou mais para o índice de severidade de má oclusão por ele proposto. Houve também uma redução de 50% na proporção de crianças que apresentavam índice de severidade de má oclusão, entre as idades de 9 e 15 anos, com diminuição do percentual de 46,7% para 22,4%.

Gandini (1993), com objetivo de estudar a oclusão dentária em escolares da cidade de Araraquara (SP), avaliou os arcos dentários de 1201 escolares leucodermas com idade entre 6 e 12 anos de ambos os gêneros na fase de dentadura mista, e determinou a prevalência das relações interarcos nos planos sagital, vertical e transversal.

Verificou que não houve dimorfismo entre os gêneros, com exceção da mordida aberta anterior que foi prevalente no gênero e o trespasse vertical acentuado que foi prevalente no masculino. O trespasse horizontal apresentou em ordem crescente de prevalência as seguintes situações: Incisivo topo-a-topo (2,7%), mordida cruzada anterior (2,8%), mordida cruzada acentuada (11,8%), mordida cruzada moderada (37,0%), mordida cruzada normal (39,7%).

No trespasse vertical a prevalência foi a relação normal (45,3%), a moderada (16,9%), mordida aberta anterior (20,1%), acentuada (9,2%) e incisivos topo-a-topo (2,5%). A relação transversal posterior apresentou a seguinte ordem crescente de prevalência: cruzamento unitário bilateral (2,7%), mordida cruzada bilateral (4,8%), cruzamento unitário unilateral (5,6%) e mordida cruzada unilateral (9,9%). Para as relações do plano terminal de segundos molares decíduos, de caninos decíduos

e/ou permanentes e de primeiros molares permanentes, a modalidade simetria foi prevalente com relação a assimetria com os respectivos percentuais: 63,5% e 19,3%; 68,7% e 21,2%; 71,3% e 24,4%.

Com relação à simetria no plano terminal de segundos molares decíduos, o terminal reto foi prevalente (31,4%), seguido do degrau mesial (20,6%) e do degrau distal (11,5%). Em relação às assimetrias, o plano terminal reto/degrau mesial foi prevalente (10,4%), seguido do plano terminal reto/degrau distal (7,9%) e do degrau mesial/degrau distal (1,0%). Quanto à simetria da relação de caninos decíduos e/ou permanentes, a neutroclusão foi prevalente (44,7%), vindo a seguir a distoclusão (20,8%), distoclusão acentuada (2,1%) e mesioclusão ou mesioclusão acentuada (1,1%).

Para as assimetrias, a prevalente foi a neutroclusão/distoclusão (15,7%), seguida da distoclusão acentuada / distoclusão (3,4%) e da distoclusão acentuada / neutroclusão (1,2%). Nas simetrias dos primeiros molares permanentes, a distoclusão apresentou-se prevalente (33,1%), seguida da neutroclusão (26,7%), distoclusão acentuada (10,3%) e da mesioclusão ou mesioclusão acentuada (1,2%). Para as assimetrias, a neutroclusão / distoclusão foi a relação prevalente (13,8%), seguida da distoclusão acentuada / distoclusão (8,1%) e da distoclusão acentuada / neutroclusão (1,4%).

Martins et al. (1998), determinaram a partir de levantamento epidemiológico, a prevalência da má oclusão em pré-escolares da cidade de Araraquara na faixa etária de 2 a 6 anos de idade, e constataram que 20% das crianças analisadas apresentavam oclusão normal e 80% eram portadoras de algum tipo de má oclusão divididos em: 40,5% de má oclusão Classe I de Angle; 38,5% de Classe II e 1,0% de Classe III. Também observaram que não houve dimorfismo entre os gêneros e que as más oclusões acometem igualmente crianças de diferentes níveis sociais.

Tomita, Sheiham, Bijella e Franco (2000) ponderam que a prevenção da má-oclusão é considerada uma alternativa potencial ao tratamento, uma vez que as más-oclusões mais comuns são condições funcionais adquiridas atribuídas a dietas pastosas, problemas respiratórios e hábitos bucais deletérios. Os hábitos bucais, por sua vez, podem ser influenciados assim como outros comportamentos, por alguns fatores sociais como: emprego da mãe, padrão de aleitamento, tempo que a criança permanece na escola (período integral ou parcial), renda familiar, algumas doenças respiratórias e problemas de fala, entre outros. Adicionalmente, alguns estudos têm

demonstrado que a condição socioeconômica apresenta influência sobre o peso ao nascer, doenças respiratórias, aleitamento materno e dificuldades de acesso aos serviços odontológicos. Estas variáveis devem ser mais bem avaliadas de forma a estabelecer, como os fatores socioeconômicos podem influenciar a má-oclusão através de hábitos bucais, fatores psicológicos e padrões de doenças gerais. Um modelo teórico é proposto, levando-se em consideração estes fatores.

Tendo por objetivo avaliar como determinantes socioeconômicos afetam a prevalência de hábitos bucais deletérios em pré-escolares, este estudo transversal foi desenvolvido. O inquérito epidemiológico foi realizado no período de outubro de 1994 a dezembro de 1995. A amostra probabilística foi constituída por 2.139 crianças, de ambos os sexos, na faixa etária de 3 a 5 anos, matriculadas em instituições públicas ou privadas do município de Bauru - SP - Brasil. Uma subamostra de 618 crianças apresentou resposta ao questionário socioeconômico. A partir da hipótese que determinantes socioeconômicos afetam o estado emocional da criança e isto se manifesta através de hábitos bucais, como sucção de chupeta e sucção digital, foram realizadas análises bivariadas envolvendo as respostas ao questionário socioeconômico e algumas variáveis de exposição.

A conclusão é de que alguns determinantes socioeconômicos, como o trabalho materno e ocupação da pessoa de maior renda no domicílio estão relacionados com a maior prevalência de hábitos bucais ($p < 0,05$), que por sua vez estão positivamente associados com a má-oclusão. As variáveis renda familiar e escolaridade materna não apresentaram associação com a presença de hábitos bucais nesta população.

Frazão et al. (2002) informam que Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda às autoridades sanitárias a realização de levantamentos epidemiológicos das principais doenças bucais nas idades de 5, 12 e 15 anos e nas faixas etárias de 35-44 e 65-74 anos, numa periodicidade entre cinco e dez anos. O conhecimento da situação de saúde bucal de diferentes grupos populacionais, por meio de levantamentos epidemiológicos, é fundamental para o desenvolvimento de propostas de ações adequadas às suas necessidades e riscos, bem como para a possibilidade de comparações que permitam avaliar o impacto dessas ações. Destacam também que embora muito das informações epidemiológicas seja resultado da análise de estudos transversais, incluindo os possíveis vieses inerentes

a essas pesquisas, reconhece-se que a prevalência e a severidade das oclusopatias têm aumentado nos últimos 200 anos, especialmente o apinhamento dentário.

Uma importante observação apontada pelos pesquisadores é a de que os estudos de evolução humana vêm rejeitando a suposição de que algumas características externas visíveis (por exemplo, a cor da pele) expressariam uma medida consistente representativa de outras características de um indivíduo ou população. Embora essa suposição persista, estima-se que essas características representam somente 0,01% dos cerca de 100 mil genes de que cada pessoa é dotada. Conforme a moderna teoria genética relativa às características poligênicas, as diferenças de frequência de genes entre grupos das mais distintas etnias não são significativas. Estudos objetivando compreender as fontes da variação humana revelaram que aproximadamente 85% de toda a variação na frequência genética ocorrem dentro dos mesmos grupos populacionais, e somente 15% são observados entre as populações com traços físicos reconhecidamente diferentes.

Assim, do ponto de vista da genética, considerar os traços físicos mais marcantes como um conceito biológico que traduz populações geneticamente homogêneas é insustentável e não encerra mais legitimidade no campo das ciências biológicas. Neste sentido, admite-se que a maior parte das variações oclusais seja resultado da interação de fatores ambientais e genéticos em cada grupo populacional do que entre os diferentes grupos populacionais.

Os autores realizaram levantamento epidemiológico cujo objetivo foi estimar a prevalência de oclusopatia na dentição decídua e permanente de crianças de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, SP, Brasil, em 1996. A condição oclusal foi classificada em três categorias: normal, leve e moderada/severa conforme os critérios da Organização Mundial da Saúde.

Os resultados referem-se a 985 exames em crianças de 5 e 12 anos de idade. A prevalência das oclusopatias foi alta, aumentando de $48,97 \pm 4,53\%$ na dentição decídua a $71,31 \pm 3,95\%$ na dentição permanente, sendo que a proporção de oclusopatia moderada/severa foi quase duas vezes maior na dentição permanente (OR = 1,87; IC95% = 1,43-2,45; $p < 0,001$). Quanto ao sexo e ao tipo de estabelecimento de ensino, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas idades estudadas. Diferenças estatísticas associadas aos grupos étnicos denotam a complexidade e diversidade da oclusão na população e sugerem que estudos longitudinais devem ser realizados.

Freitas et al. (2002) afirmam que os estudos epidemiológicos são importantes ferramentas para o conhecimento das necessidades de tratamento e para a avaliação das medidas instituídas. Entretanto, ainda que a literatura seja rica quanto a estes tópicos, poucos têm definido os tipos mais freqüentes de más oclusões entre os pacientes que procuram o tratamento ortodôntico.

Examinaram-se os modelos de estudo de 520 pacientes no final da dentadura mista e início da dentadura permanente, no intuito de estudar a prevalência das principais más oclusões e irregularidades dento - alveolares na população que costuma procurar tratamento ortodôntico na Faculdade de Odontologia de Bauru – USP.

A estatística descritiva em porcentagens e a construção de gráficos ilustraram a presença do apinhamento primário nos arcos superior (67%) e inferior (71%), bem como a participação das alterações nos sentidos ântero-posterior (Classe II div.1, 50%; Cl. I, 44% para o gênero masculino e 40% para o feminino; Cl. II div.2, 4% masculino e 8% feminino; e Cl. III, 2%), transversal (mordida cruzada anterior 18% e posterior 27%) e vertical (mordida aberta anterior 9%). Ademais, verificou-se a distribuição entre os gêneros, comparando-a aos relatos anteriores da literatura.

Os autores chegaram as seguintes conclusões:

1) Ocorreu uma maior prevalência de Classe II div.1, seguida da Classe I, Classe II div.2 e Classe III;

2) De um modo geral, o gênero feminino demonstrou um maior interesse estético para correção de suas más oclusões, diferentemente do gênero masculino, cujo interesse estético só se fazia presente em grandes irregularidades dentárias;

3) A prevalência do apinhamento primário foi extremamente alta na população estudada, estando presente em mais da metade dos casos. Ademais, parece mesmo existir uma relação direta entre a quantidade de apinhamento superior e a quantidade de apinhamento inferior;

4) A mordida cruzada anterior foi menos freqüente (18%) do que a mordida cruzada posterior (27%), prevalecendo a do tipo unilateral e;

5) Detectou-se uma baixa prevalência da mordida aberta anterior, algo previsível tendo-se em vista a faixa etária da amostra estudada.

Silva Filho, Silva, Rego e Capelozza Filho (2003) apresentaram trabalho epidemiológico, o qual reuniu 2016 crianças de 8 pré-escolas particulares e 12 pré-escolas públicas do município de Bauru, São Paulo, Brasil, sendo 1032 do gênero

masculino e 984 do gênero feminino, no estágio de dentadura decídua, compreendendo a faixa etária entre 3 e 6 anos. A oclusão normal esteve presente em 26,74% da amostra. Isto significa que 73,26% das crianças apresentaram algum tipo de maloclusão.

Entre as maloclusões, os seguintes problemas transversais foram diagnosticados: mordida cruzada posterior unilateral (11,65%), mordida aberta anterior associada à mordida cruzada posterior (6,99%), mordida cruzada posterior bilateral (1,19%), mordida cruzada posterior unilateral associada à mordida cruzada anterior (0,79%) e mordida cruzada total (0,19%). A presença de desvio funcional da mandíbula em crianças com mordida cruzada posterior unilateral foi de 91,91%, caracterizando a mordida cruzada posterior unilateral funcional. Os resultados apontam para uma prevalência de mordida cruzada posterior compatível com a literatura, predominando as mordidas cruzadas posteriores unilaterais de caráter funcional.

Frazão et al. (2004) analisaram a prevalência e severidade dos problemas oclusais em populações de idades relacionadas à dentição decídua e permanente, e efetuaram uma meta-análise para estimar “odds ratio” ponderada para problemas oclusais comparando os dois grupos. Foram analisados os dados de uma amostra probabilística (n=985) de escolares de cinco e de 12 anos de idade obtidos de um estudo epidemiológico transversal realizado no Município de São Paulo, Brasil, usando regressão logística múltipla. Mediante meta-análise, foram examinados os resultados de estudos transversais publicados nos últimos 70 anos.

As prevalências dos problemas oclusais aumentaram de 49,0% (IC 95% =47,4-50,6) na dentição decídua para 71,3% (IC 95% =70,3-72,3) na dentição permanente ($p < 0,001$). O tipo de dentição foi a única variável estatisticamente associada à presença de má oclusão moderada/severa (OR=1,87; IC 95% =1,43-2,45; $p < 0,001$). Sexo, tipo de escola e etnia não foram estatisticamente associados. A meta-análise mostrou que o “odds ratio” ponderado foi 1,95 na comparação da dentição permanente com a dentição decídua/mista.

Concluíram que no planejamento de ações e serviços odontológicos, algumas atividades são indicadas com a finalidade de reduzir a proporção de má oclusão moderada/severa para níveis mais aceitáveis socialmente e sustentáveis economicamente.

Ribas et al. (2004) postulam que a maloclusão é freqüentemente rotulada de “doença da civilização”, pela tendência de ser mais prevalente em populações mais desenvolvidas e urbanizadas. Alguns trabalhos confirmam que populações nômades ou isoladas apresentam maior prevalência de oclusões normais do que indivíduos estabelecidos e cultos. Como as populações do mundo desenvolvido passaram por uma miscigenação de raças ao longo dos séculos, pode ter havido uma mistura no padrão de distribuição dos diferentes tipos de maloclusões.

No Brasil, a classificação de suas populações representa enormes dificuldades, pois se trata de um verdadeiro caldeirão de raças. É preciso considerar as diferenças regionais. No norte do país prepondera a miscigenação triíbrida dos elementos índio, negro e branco. No centro há uma grande mestiçagem dos elementos brancos com negros e, no sul, observa-se um maior contingente de brancos. Entretanto não poderíamos escolher nenhum deles como representativo do “tipo brasileiro”, pois qualquer generalização seria temerária. Portanto é necessária a caracterização das diferenças na distribuição dos tipos de maloclusões entre populações bem definidas geneticamente e as que sofreram cruzamentos inter-raciais para que se possa comparar as predominâncias apresentadas e identificar o padrão de maloclusão vigente na população que se quer estudar.

O primeiro propósito do presente estudo é analisar a prevalência de maloclusões em diferentes grupos étnicos de regiões diversas da cidade de Curitiba, região Sul do Brasil, e compará-la a outros estudos que tratam tanto de populações que não sofreram grandes miscigenações como daquelas que sofreram mistura de raças. Para isso, avaliaram-se 1.550 crianças de 6 a 8 anos, a fim de determinar a prevalência de maloclusão e a sua distribuição segundo diferentes grupos étnicos. Foi selecionada para participar do estudo, aleatoriamente, uma escola de 1º grau da rede estadual de ensino de cada uma das 9 regiões de Curitiba.

Todos os grupos raciais apresentaram uma maior incidência de maloclusão de Classe I. O grupo racial feoderma denotou maior porcentagem de maloclusão de Classe III e a maloclusão de Classe II teve grande prevalência nos grupos raciais dos leucodermas e melanodermas. Neste estudo foram avaliadas as condições bucais de perdas prematuras e cáries extensas e a prevalência de maloclusões em relação ao nível socioeconômico de crianças na faixa etária de 6 a 8 anos da rede estadual de ensino de Curitiba. O método estatístico utilizado foi o qui-quadrado. Os resultados encontrados demonstraram que, de um modo geral, não houve diferença

estatisticamente significativa em relação às condições bucais e à prevalência de maloclusões entre as diferentes regiões da cidade, com exceção da região do bairro Cajuru, onde houve maior prevalência de maloclusões de Classe I e de Classe III do que o esperado.

Waked, Couto, Sales e Soares (2004) determinaram a prevalência de má-oclusões em 76 fichas de pacientes infantis e adolescentes, tratados no Curso de Especialização em Ortodontia da Universidade Federal de Pernambuco, no período de 2000 a 2002.

Foram analisadas as seguintes características: classificação da oclusão segundo Angle (1899), mordida aberta anterior, mordida cruzada anterior e posterior, sobremordida, sobressaliência, apinhamento dentário e anomalias dentárias. Após a análise dos dados coletados, concluiu-se que a má-oclusão de Classe II foi a mais prevalente (52,6%), seguida da má-oclusão de Classe I (36,8%) e Classe III (10,5%). Foi encontrada uma alta prevalência dos desvios morfológicos, 15,8% dos pacientes apresentava mordida aberta anterior e 43,4% algum tipo de cruzamento. Por outro lado, 78,9% e 80,3% apresentavam alteração na sobremordida e sobressaliência, respectivamente, enquanto 64,5% apresentavam apinhamento dentário, e 27,6% algum tipo de anomalia dentária.

Os resultados deste estudo permitem concluir que: 1) A maloclusão de Classe II foi a mais prevalente (52,6%) nesta amostragem, seguida da maloclusão de Classe I (36,8%) e Classe III (10,5%); 2) Ocorreram as seguintes prevalências dos desvios morfológicos estudados: mordida cruzada anterior (2,6%), mordida cruzada anterior associada à mordida cruzada posterior (6,6%), mordida aberta anterior (15,8%), mordida cruzada posterior (34,2%), apinhamento dentário (64,5%), sobremordida alterada (78,9%) e sobressaliência alterada (80,3%); 3) Houve uma elevada prevalência de anomalias dentárias (27,6%), sendo a mais prevalente a anomalia de cor, seguida das anomalias de número, forma, estrutura e tamanho.

Thomaz e Valença (2005) citam a maloclusão como uma anomalia do desenvolvimento dentário e/ou dos arcos dentários, ocasionando problemas estéticos/funcionais, tendo como causas mais comuns as condições funcionais adquiridas. Entretanto, não se pode ignorar que o desenvolvimento osteogênico, a hereditariedade e o estado geral de saúde da criança são fatores que também contribuem para a instalação e/ou agravamento das maloclusões.

Afirmam que estudos realizados no Brasil sobre os dados de maloclusão para a dentição decídua ainda são escassos e muitos deles originam de pequenas amostras. Portanto a presente pesquisa teve por objetivo verificar a prevalência de maloclusão na dentição decídua em 1.056 crianças matriculadas em pré-escolas da cidade de São Luís – MA – Brasil, avaliando possíveis fatores relacionados à sua ocorrência. Para tanto, utilizou-se de um questionário como ferramenta para coleta de dados e procedeu-se à análise oclusal, que consistiu na realização de exame clínico por uma única examinadora, previamente calibrada, utilizando-se de sonda periodontal milimetrada CPI/WHO. Observou-se a presença de protrusão, “overbite”, mordida aberta anterior, mordida cruzada e apinhamento anterior. Para o tratamento estatístico, empregou-se o teste de qui-quadrado (X^2) e *análise de regressão* logística univariada ($< 0,05$).

Evidenciou-se uma prevalência de 71,4% ($n = 754$) de maloclusão nas crianças avaliadas, com os maiores índices para a protrusão (27,3%; $n = 288$), seguida de apinhamento (21,6%; $n = 228$), mordida cruzada (20,83%; $n = 220$), “overbite” (18,75%; $n = 198$) e mordida aberta anterior (15,05%; $n = 159$). Evidenciou-se associação estatisticamente significativa entre maloclusão e o gênero das crianças ($p = 0,045$; OR = 1,319579) e o local das pré-escolas ($p = 0,00$; OR = 0,5978378), sendo mais comum em crianças do gênero feminino e da zona urbana. Conclui-se haver um elevado índice de maloclusão na dentição decídua, o que denota a importância da adoção de medidas estratégicas de combate a esse problema em tenra idade.

Cavalcanti et al. (2006) realizaram estudo transversal com o objetivo de analisar a distribuição dos diferentes tipos de mordida cruzada posterior na dentição decídua de crianças entre 3 e 5 anos. Definem mordida cruzada como uma relação anormal vestibulo-lingual dos dentes da maxila ou da mandíbula, ou de ambos, quando em oclusão. Pode ser uni ou bilateral, anterior ou posterior. Inúmeros estudos têm verificado a prevalência da mordida cruzada posterior na dentadura decídua, com a mesma variando entre 8,5% a 17,4%.

Um total de 61 crianças (28 meninos e 33 meninas) com mordida cruzada posterior foi selecionado de uma amostragem de 342 indivíduos. A presença da mesma foi classificada em duas categorias: unilateral (direita e esquerda) e bilateral, com a oclusão em relação cêntrica. Os dados foram coletados por um único examinador, registrados em formulário específico, organizados com o Epi Info e

submetidos ao teste do qui-quadrado ($p < 0,05$). Não se observaram diferenças entre os gêneros quanto ao tipo de mordida cruzada posterior. O tipo unilateral correspondeu a 82,0% e o bilateral a 18,0%. Um percentual de 91,8% das crianças apresentava hábitos bucais, com a sucção de chupeta sendo o mais prevalente (67,8%).

Dias (2006) avaliou a relação do gênero, período de dentição, presença de maloclusões, auto-percepção de necessidade de tratamento e interesse de crianças e de seus responsáveis no tratamento ortodôntico com a necessidade de tratamento ortodôntico de escolares de 9 a 12 anos de idade do município de Nova Friburgo (RJ).

A amostra representativa contou com 407 crianças (53,1% do gênero feminino e 46,9% do gênero masculino), sem histórico de tratamento ortodôntico prévio. A necessidade normativa de tratamento ortodôntico foi avaliada com os dois componentes do Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN), por uma única profissional calibrada. O interesse de crianças e responsáveis no tratamento ortodôntico foi obtido por meio de questionário.

As maloclusões mais prevalentes foram: deslocamentos de pontos de contato (apinhamento), mordida cruzada, sobressaliência exagerada e dentes parcialmente erupcionados, inclinados ou impactados contra adjacentes. Através do Componente de Saúde Dental (DHC), foi identificada grande necessidade de tratamento em 34,2% das crianças. Esta foi relacionada ao gênero masculino, à dentição permanente e à necessidade estética de tratamento. Através do Componente Estético (AC), 11,3% foram classificadas com grande necessidade de tratamento pela profissional e 5,1% pela autopercepção da criança.

Os responsáveis mostraram-se mais interessados no tratamento dos filhos do que as próprias crianças. O interesse de ambos foi maior que a real necessidade de tratamento e foi relacionado ao gênero feminino das crianças e a necessidade auto-percebida pelas mesmas. Concluiu-se que cerca de um terço da população avaliada apresentou grande necessidade de tratamento ortodôntico e que o interesse das crianças e de seus responsáveis no tratamento ortodôntico não possui relação com a necessidade normativa de tratamento. Estas avaliações devem ser associadas na indicação de tratamento, especialmente em saúde pública onde a demanda é maior que a oferta de serviços.

Suliano et al. (2007) citam que cerca de 21% das crianças brasileiras com 12 anos de idade possuem maloclusão muito severa ou incapacitante, segundo os dados do último levantamento nacional em saúde bucal – *Projeto SB Brasil* –, confirmando a necessidade de se planejar, urgentemente, atendimentos especializados em função do grau de severidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Afirmam que a maloclusão tem recebido crescente destaque, uma vez que ocupa a terceira maior prevalência dentre as doenças bucais, sendo inferior apenas à cárie e à doença periodontal. Entretanto, vários estudos têm apontado prevalências sem estratificar as maloclusões em função de seus graus de severidade e das respectivas necessidades de tratamento ortodôntico.

A partir desta observação, objetivaram sua pesquisa para estimarem a prevalência da maloclusão e sua associação com alterações funcionais do sistema estomatognático entre escolares. Para isso, inicialmente uma amostragem de 2.932 alunos com 12 anos de idade matriculados em escolas públicas, com 87% em prevalência de maloclusão, obtida após o exame de 100 alunos aleatoriamente selecionados, no estudo piloto, no município de Camaragibe, Pernambuco, Brasil.

Obteve-se o quantitativo de 165 alunos e, em razão do elevado percentual de perdas observado no início da coleta de dados do estudo piloto (aproximadamente 50%), aplicou-se fator de correção de 1.5, fato que permitiu a avaliação de 173 escolares ao final do estudo, respeitando-se então, a amostra calculada inicialmente. Os pesquisadores procuraram estabelecer a prevalência de maloclusões, estratificando-as em função de seus graus de severidade e das respectivas necessidades de tratamento ortodôntico com base no *Treatment Priority Index* (TPI), entre escolares com 12 anos de idade da rede pública de ensino de Camaragibe, Pernambuco, Brasil. Analisou-se, também, parte de seus possíveis “reflexos” direcionados ao componente funcional do sistema estomatognático, mais especificamente à fonoarticulação, à respiração e à deglutição. Dos 173 sorteados, 82,1% apresentaram maloclusão (IC 95%: 76,4-87,8) sendo 38,2% consideradas manifestações menores de maloclusões; 20,8% maloclusões definidas; 13,3% maloclusões severas; e 9,8% maloclusões muito severas.

Conclui-se que há uma alta demanda reprimida por tratamentos ortodônticos e que quanto maior a severidade das maloclusões maior é a possibilidade de

associação com alterações funcionais, fato que deve ser levado em consideração no planejamento de serviços públicos destinados aos referidos agravos.

Cavalcanti et al. (2008) avaliaram a prevalência das maloclusões em escolares de 6 a 12 anos de idade do município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Para isso, realizou-se um estudo transversal em 516 crianças selecionadas de forma probabilística, de ambos os sexos. Dentre as características da oclusão, foram observadas: presença de mordida aberta anterior, de mordida cruzada anterior e/ou posterior, a relação incisal (sobressaliência e sobremordida) e a relação molar (Classe I, Classe II e Classe III).

A sobressaliência foi tomada horizontalmente da face vestibular dos incisivos inferiores até a borda incisal do incisivo superior mais vestibularizado, com o auxílio de sonda CPI da OMS, sendo classificada nos critérios propostos por Gandini et al.: Topo a Topo: oclusão das bordas incisais dos Incisivos centrais superiores com as bordas incisais dos Incisivos centrais inferiores, ou seja, $x=0$ mm Normal: sobressaliência positiva com $0 < x < 3$ mm; Moderada: sobressaliência positiva com $3 < x < 6$ mm; Severa: sobressaliência positiva com $x > 6$. A sobremordida é a medida mensurada verticalmente das bordas incisais dos incisivos centrais inferiores às bordas incisais dos incisivos centrais superiores, com o auxílio de sonda CPI e uma espátula de madeira para apoiar a sonda, classificada nos seguintes critérios: Topo a Topo: oclusão das bordas incisais dos Incisivos centrais superiores com as bordas incisais dos Incisivos centrais inferiores, ou seja, $y=0$ mm; Normal: sobremordida positiva com $0 < y < 3$ mm; Moderada: sobremordida positiva com $3 < y < 6$ mm; Severa: sobremordida positiva com $y > 6$ mm.

Na ocasião do exame, manipulou-se a mandíbula em relação cêntrica. Os dados foram coletados por um examinador calibrado ($Kappa = 0,90$) registrados em ficha padronizada, organizados com o Epi-Info 3.4.1 e submetidos à análise estatística através de Teste do Qui-quadrado. A maloclusão foi diagnosticada em 80,6% das crianças, não havendo diferenças significativas entre os gêneros ($p > 0,05$). A sobressaliência acentuada (48,0%) foi o tipo de maloclusão mais freqüente e a Mordida Aberta Anterior (MAA) apresentou-se com grau severo em 59,1% dos portadores.

Concluiu-se que a elevada prevalência de alterações oclusais demonstra ser fundamental o reconhecimento das maloclusões como uma demanda importante que deva ser avaliada, não somente em relação à necessidade de tratamento, mas

também no que se refere às ações preventivas e educativas, as quais devem ser contempladas na elaboração de um programa de saúde para estas comunidades.

Almeida-Pedrin et al. (2008) realizaram estudo cujo objetivo foi o levantamento epidemiológico de 1.500 crianças pertencentes às raças branca, negra e indígena; sendo 721 crianças do sexo masculino e 779 do sexo feminino, na faixa etária de seis a 12 anos, de três escolas públicas da zona urbana e uma escola pública da zona rural (aldeia indígena: tribos Terena e Kadweu), da cidade de Miranda/MS.

Os indivíduos pertencentes a raça branca composta por 781 jovens, correspondiam a 52,06% da amostra total, sendo 409 do sexo masculino e 372 do sexo feminino distribuídos de acordo com as seguintes faixas etárias: seis anos - 102 jovens; sete anos - 90 jovens; oito anos - 114 jovens; nove anos - 111 jovens; dez anos - 128 jovens; 11 anos - 104 jovens; e 12 anos - 132 jovens. Àqueles pertencentes à raça indígena, composta por 499 jovens, representavam 33,27% da amostra total, sendo 198 do sexo masculino e 301 do sexo feminino distribuídos de acordo com as seguintes faixas etárias: seis anos: 107 jovens; sete anos - 106 jovens; oito anos - 75 jovens; nove anos - 83 jovens; dez anos - 54 jovens; 11 anos - 45 jovens; e 12 anos - 29 jovens. Os da raça negra composta por 220 jovens representavam 14,67% da amostra total, sendo 114 do sexo masculino e 106 do sexo feminino distribuídos de acordo com as seguintes faixas etárias: seis anos - 32 jovens; sete anos - 23 jovens; oito anos - 33 jovens; nove anos - 26 jovens; dez anos - 30 jovens; 11 anos - 28 jovens; e 12 anos - 48 jovens.

Os resultados obtidos foram: 4,27% de oclusão normal e 95,73% de má-oclusão (48,27% de Classe I; 25,00% de Classe II, Divisão 1; 10,46% de Classe II; Divisão 2 e 12,00% de Classe III). Os hábitos estiveram presentes em 16,58% das crianças. Para mordida aberta observou-se 13,20% de prevalência; a mordida profunda acometeu 27,00% das crianças; as mordidas cruzadas totalizaram 11,99% (3,33% de mordida cruzada anterior, 8,40% de mordida cruzada posterior e 0,26% de mordida cruzada total). Os diastemas foram observados em 45,25% das crianças e os apinhamentos dentários em 53,52%. As perdas dentárias decíduas e permanentes foram de 12,46%. Este levantamento epidemiológico ampliou o conhecimento sobre os problemas oclusais que acometem as crianças do município, identificando um percentual muito elevado para as más-oclusões.

Soares et al. (2008) propuseram trabalho cujo objetivo foi caracterizar a demanda pelo serviço ortodôntico entre os anos de 2000 e 2006, no curso de especialização da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, que é um dos centros de referência da especialidade em Salvador, realizando atendimentos de, em média, 260 pacientes ao ano. A amostra consistiu em 949 prontuários. Observou-se que, em relação à idade, este grupo tinha em média 18,33 anos (DP = 7,56), variando entre 12 e 59 anos de idade. Houve predominância do gênero feminino, representando 57,86% da população estudada. A principal queixa foi a estética desfavorável.

Quanto às características extrabucais, a maior parte dos indivíduos apresentava perfil convexo (72,92%), simetria facial (62,32%), dimensão vertical inferior de normal (45,73%) a aumentada (49,84%) e eram mesocefálicos (59,11%). Em função da média de idade, verificou-se que a maioria dos pacientes possuía dentição permanente. As alterações dentárias mais observadas foram: o desvio de linha média (60,48%) e sobremordida profunda (96,43%). As sobremordidas de 100% representaram 92,86% dos casos em que este aspecto foi observado. Nos 26,03% dos indivíduos que possuíam mordida aberta anterior, havia uma maior prevalência de 0 a 2 mm (44,93%). Houve a predominância das classes I (n = 492 - 51,84%) e II (n = 375 - 39,52%) de Angle. Os indivíduos classe II expressavam mais as características de 1^a divisão (n = 324 - 86,40%). Houve pouca expressão da classe III na população estudada (n = 82 - 8,64%).

Como resultado, foi observado que em sua maioria, os indivíduos que buscaram o atendimento eram do gênero feminino, com idade média de 18 anos, à procura de tratamento por motivos estéticos, apresentando classe I de Angle. As alterações mais encontradas foram dimensão vertical inferior aumentada, desvio de linha média, sobremordida profunda e mordida aberta anterior; em sua maioria, leves alterações oclusais de fácil correção, apresentadas principalmente na região anterior. Com essas informações, foi possível concluir que a demanda do serviço está intimamente relacionada à insatisfação da população quanto à estética.

Monini et al. (2010) destacam que a literatura é relativamente vasta no que tange a levantamentos epidemiológicos de má oclusão, em especial nas fases de dentadura decídua e mista. Estes dados são importantes para o planejamento de

ações de saúde pública, organização de serviço de atendimento e recrutamento de recursos humanos.

Entretanto, ainda que a literatura seja rica quanto a estes tópicos, poucos trabalhos têm definido os tipos mais freqüentes de más oclusões dos pacientes que procuram o tratamento ortodôntico. Estes dados são úteis para orientar o clínico ou a instituição na organização e sistematização do seu atendimento ortodôntico.

Face ao exposto, este trabalho teve por objetivo avaliar em modelos de gesso as relações oclusais de crianças tratadas ou em tratamento ortodôntico na Clínica de Graduação da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP. Foram analisadas as relações verticais, ântero-posteriores e transversais dos modelos de estudo de 388 crianças por dois examinadores previamente calibrados.

Concluíram que em 388 modelos avaliados, foi encontrada uma maior prevalência de problemas oclusais no sentido vertical (49,48%), seguido por problemas no sentido sagital (45,88%) e, por último, problemas transversais (42,01%). No sentido vertical, 34,79% dos pacientes apresentou mordida aberta anterior e 14,69% apresentaram mordida profunda. A sobressaliência foi considerada normal em 60,3% dos pacientes. No sentido sagital, 54,12% dos pacientes apresentaram Normo-oclusão, 41,23% Disto-oclusão e 4,12% Mésio-oclusão. No sentido transversal, 42,01% dos pacientes apresentaram cruzamento dentário posterior seja uni ou bilateralmente.

1.2 MORDIDA ABERTA

Iwasa, Sousa e Wada (2003) consideram mordida aberta anterior como um desvio na relação vertical entre os arcos dentários superior e inferior caracterizada pela abertura entre eles na região de incisivos e caninos, tendo um aspecto oval. Dawson (1974) classificou a mordida aberta em mínima (até 1mm), moderada (1 a 5mm), e severa (acima de 5mm), levando-se em consideração seu grau de amplitude ou grau de abertura entre os incisivos superiores e inferiores. Saliêntou que a primeira etapa para a solução da mordida aberta seria a determinação da causa em idade precoce.

Os autores verificam que na literatura há ênfase quanto às causas da MAA, entretanto, salientam que também são importantes estudos que descrevam a ocorrência epidemiológica da mesma. Assim, o objetivo do trabalho foi medir a

prevalência e o grau de severidade da MAA, em escolares da região de Piracicaba, por ser este tipo de má-oclusão a que apresentou maiores freqüências nos levantamentos epidemiológicos da região, além de ser uma má-oclusão que se instala nos primeiros anos de vida da criança, à qual dever-se-ia dar ênfase na prevenção.

Uma amostra de 547 escolares com 12 anos completos, segundo o sexo, a etnia e o tipo de escola da Região de Piracicaba-SP. Os resultados demonstraram que 4,7% da amostra apresentou MAA, sendo que o grau de severidade medido pela amplitude da MAA foi 3,8% de moderada e 0,9% de severa, e o índice DAI apontou para 22,8% de oclusão severa e incapacitante. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as prevalências de MAA quanto ao sexo e ao tipo de escola. Quanto à etnia, os não brancos apresentaram maior prevalência de MAA.

Sousa; Lima et al. (2007) definiram mordida aberta como uma deficiência no contato vertical normal entre os dentes antagonistas, podendo manifestar-se numa região limitada ou, mais raramente, em todo o arco dentário, e estimaram a prevalência da mordida aberta anterior na dentadura decídua completa em crianças pré-escolares da cidade de Natal/RN e a associação desta a alguns fatores de risco. Alguns estudos transversais têm mostrado um decréscimo na freqüência de algumas más oclusões dos 3 aos 6 anos dentre elas a MAA. A principal causa dessa diminuição deve-se às alterações de crescimento, modificações dentárias e diminuição da prevalência de hábitos deletérios com o avanço da idade.

Este estudo caracterizou-se por ser do tipo transversal e utilizou como elementos amostrais 366 indivíduos na idade de 5 anos na fase de dentadura decídua completa. A mordida aberta anterior, variável dependente, foi categorizada em presente e ausente. No que se referem às variáveis independentes estas foram divididas em: socioeconômicas demográficas e fatores extrínsecos. Através de um questionário fechado e estruturado, foram obtidas informações a respeito das variáveis socioeconômicas demográficas e os seguintes fatores extrínsecos: tipo de aleitamento, tempo de aleitamento materno exclusivo, tempo de aleitamento artificial, hábito e tempo de hábito.

Através do exame clínico, foram obtidos os dados relativos ao padrão facial, considerado como fator extrínseco, e à variável dependente – mordida aberta anterior. A associação entre a mordida aberta anterior e as variáveis independentes foi obtida através do teste qui-quadrado com nível de significância de 5%. Verificou-

se associação significativa entre a classe econômica, renda e a presença de hábito. A prevalência da mordida aberta anterior foi de 20,6 % do total da amostra.

1.3 AGENESIAS DENTÁRIAS

Carvalho e Rodini (2003) consideram que a anodontia parcial tem relevância clínica devido às alterações funcionais, estéticas e psicológicas provocadas em seus portadores. Por essa razão, é de grande interesse e importância para o cirurgião-dentista identificar a anomalia. É extremamente desagradável descobrir tardiamente, por negligência do profissional, ausência dentária em uma criança que esteve sob seus cuidados durante vários anos.

Diante disso, desenvolveu-se um trabalho que apresentou como objetivo principal destacar a anodontia parcial como um problema de saúde pública odontológica. Além de criar um grupo controle para pesquisas futuras nessa área; estabelecer uma população controle de alterações hipoplasiantes para pesquisas posteriores; determinar a agenesia quanto à sua simetria e lateralidade em homens e mulheres; e avaliar se há associação entre a manifestação de agenesia e microdontia.

Os autores citam que as anomalias dentárias se classificam de acordo com a fase do desenvolvimento odontogênico, a morfologia e as partes dos tecidos dentários acometidos. São divididas em Anomalias hiperplásiantes; Anomalias hipoplasiantes; Anomalias heterotópicas.

A ausência completa de formação de um ou mais dentes caracteriza o grupo das agenesias dentárias que pode ser dividida em dois grupos: Anodontia e Hipodontia ou Anodontia parcial. A hipodontia é a redução no tamanho e no número de dentes, que estaria ocorrendo em função de uma evolução filogenética do arco dental. Esta redução seria aparentemente conseqüência da rápida evolução cultural, eliminando-se a necessidade de dentes enormes e numerosos através de um esquema quase que regular, acometendo principalmente os dentes terminais de cada série, os incisivos laterais superiores, segundos pré-molares inferiores e terceiros molares.

Estudou-se uma casuística constituída de 942 pacientes, atendidos na clínica de odontopediatria da Universidade do Sagrado Coração, Bauru/SP. Desses pacientes, foi selecionado um grupo de 64 portadores de alterações dentárias que

envolviam a hipodontia, apresentando características clínicas saudáveis, sem qualquer associação com outras anomalias, síndromes, ou displasia ectodérmica.

Os resultados mostraram significância estatística quanto à raça, agenesia e à microdontia, e ausência de significância estatística quanto ao sexo, simetria, e associação dos quadrantes. Os autores concluem que a agenesia nos pacientes corrobora com a teoria reducional de Bolk e com a maioria dos pesquisadores da literatura compulsada, observando que o tratamento desse tipo de anomalia é uma questão multidisciplinar onde é envolvido o clínico, o odontopediatra, o ortodontista e, muitas vezes, o fonoaudiólogo.

Castro, Oliveira e Sales (2004) avaliaram a prevalência das disgenesias dentárias em pacientes submetidos a tratamento ortodôntico na cidade do Recife, no período de 1991 a 1999, por meio da observação de dados contidos em prontuários e do exame radiográfico. Foram examinados 551 prontuários, dos quais 124 (22,5%) apresentaram essas alterações. Os resultados demonstraram que 44 (7,99%) das disgenesias estavam presentes no gênero masculino e que dois pacientes deste grupo apresentaram mais de um tipo das mesmas. Outras 80 (14,52%) pertenciam ao gênero feminino, sendo que 3 pacientes deste grupo apresentaram também mais de uma alteração; dessa forma ocorreram 130 disgenesias. A hipodontia foi a mais prevalente com (86,92%). As disgenesias diagnosticadas não mostraram diferenças de ocorrências entre os gêneros e localização nos arcos superior e inferior. O presente estudo mostra a importância da observação radiográfica para detecção de disgenesias e elaboração de um plano de tratamento baseado na ocorrência delas.

Simões ; Bozzo et al. (2006) postulam que a agenesia de um ou mais dentes apresenta-se como uma anomalia do desenvolvimento dentário bastante freqüente, podendo atingir ambas as dentições, causar modificações na forma e tamanho dos dentes homólogos e sucessores. Diante disso, desenvolveu-se um trabalho que apresentou como objetivos: avaliar a prevalência da agenesia dentária no gênero feminino, a porcentagem de cada elemento dentário, se existe ou não diferença entre o arco superior e o inferior, o lado direito e o esquerdo e a relação entre a unilateralidade e a bilateralidade. Para a realização deste trabalho foram utilizadas 1000 (um mil) radiografias panorâmicas de pacientes do gênero feminino, leucodermas, compreendidos na faixa etária dos 08 aos 15 anos, da região de Goiânia – Goiás. Os dados obtidos radiograficamente foram submetidos a um levantamento estatístico, e permitiram concluir que: na amostra populacional

examinada a prevalência das jovens que possuem algum tipo de hipodontia estava ao nível de 7,9%, excluindo-se os terceiros molares e sendo todos na dentição permanente. Os dentes mais envolvidos na ordem de ausência foram os incisivos laterais superiores, segundos pré-molares inferiores e segundos pré-molares superiores. A proporção de agenesias na maxila é significativamente maior do que na mandíbula, e há um equilíbrio entre os lados direito e esquerdo sendo que a predominância maior é no direito, e a maioria dos padrões encontra-se unilateralmente simétricos.

Guedes-Pinto et al. (2007) postulam que a agenesia dentária consiste em uma alteração de número bastante significativa, uma vez que representa um importante fator etiológico da maloclusão. Tem por definição a diminuição numérica no caso específico de determinados elementos dentários, ou conforme a origem grega deste termo, a própria ausência de geração. A agenesia dentária também pode ser denominada de anodontia parcial, hipodontia ou oligodontia, caracterizando-se pela ausência de um ou mais dentes. O diagnóstico desta alteração é evidente por meio de suspeita clínica e sua respectiva confirmação radiográfica. Sua etiologia pode estar relacionada a fatores nutricionais, traumáticos, infecciosos, hereditários ou filogenético. Também são citados outros fatores como as doenças virais, na qual destaca-se a rubéola ou certos distúrbios endócrinos. Entretanto, a hereditariedade tem sido considerada o fator etiológico principal da agenesia dentária e sua patogenia está relacionada com alterações no processo de formação e desenvolvimento da lâmina e dos subseqüentes germes dentários. Este trabalho teve o objetivo de avaliar a prevalência de agenesias dentárias nos pacientes de Ortodontia da Universidade Cidade de São Paulo (Unicid). O material examinado constitui-se de 1.117 panorâmicas. A amostra foi estudada quanto à distribuição de prevalência entre os gêneros, os grupos raciais, os quadrantes dentários e entre os diversos grupos dentários. Os resultados foram submetidos à análise estatística usando o teste t de Student, tendo sido verificado que a ocorrência de agenesia não esteve associada ao gênero, raça ou quadrantes. Com relação aos grupos de dentes, a maior prevalência foi verificada para os segundos pré-molares inferiores e incisivos laterais superiores.

Mundstock, Bortolini e Braga (2009) afirmam que a agenesia dentária é uma das anomalias do desenvolvimento dentário mais comum em humanos. No entanto, sua etiologia permanece desconhecida. A agenesia pode ocorrer como parte de uma

síndrome ou pode estar presente em um padrão familiar isolado, sendo sua frequência variável nas populações humanas. Estudos em nível molecular têm sido realizados a fim de se determinar suas causas. Os genes MSX1 e PAX9 possuem um papel importante no desenvolvimento craniofacial, incluindo na formação dos dentes. Mutações nos genes PAX9 e MSX1 já foram descritas como responsáveis por alguns tipos de agenesia dentária em humanos. Os objetivos do presente estudo foram: 1) Analisar a frequência da agenesia dentária em pacientes submetidos a tratamento ortodôntico do Curso de Especialização da Faculdade de Odontologia da UFRGS e de consultório particular; 2) Identificar mutações na região codificadora do gene PAX9 (exons, 2 3 e 4) e verificar se as mesmas estariam associadas à agenesia observada; 3) Verificar a existência de mutações no exon 2 do gene MSX1 e se estas estão associadas à agenesia nos pacientes. Os dados relativos a 360 pacientes foram coletados quanto à presença ou não de agenesia. Destes 360 pacientes, 35 participaram do estudo do PAX9 e 23 do estudo do MSX1, através da coleta de saliva para análise do DNA. Os dentes que apresentaram maior frequência de agenesia, excluindo os terceiros molares, foram os pré-molares inferiores e os incisivos laterais superiores. Na amostra não foram encontradas diferenças significativas, entre os gêneros e entre brancos e negros, quando observou-se a frequência da agenesia em relação aos grupos dentários. Entretanto, quando analisou-se a frequência dos dentes individualmente, diferenças significativas foram encontradas ao incluir os terceiros molares no cálculo da frequência. Mutações encontradas no exon 3 do gene PAX9 e no exon 2 do gene MSX1 devem estar contribuindo para o fenótipo de agenesia dentária de diferentes tipos, assim como outros genes da rede da odontogênese, conhecidos e desconhecidos e fatores epigenéticos devem também estar influenciando o processo de desenvolvimento dentário.

Borba et al. (2010) avaliaram a prevalência das agenesias dentais em pacientes com idades entre 7 e 16 anos, do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, a partir da análise de radiografias panorâmicas, no período de 2005 a 2007. Foram analisadas 1 500 radiografias panorâmicas, 750 do sexo masculino e 750 do sexo feminino, por um único operador.

Os dados das amostras foram analisados estatisticamente pelos testes qui-quadrado, t-Student e Análise de Variância com nível de significância de 5%, sendo encontrada a presença de agenesia em 40,6% dos pacientes. Foi demonstrado não

haver influência do gênero na ocorrência da agenesia dental. O dente que apresentou maior frequência deste tipo de anomalia foi o terceiro molar, seguido pelo segundo pré-molar (principalmente os inferiores), incisivo lateral superior e primeiro pré-molar superior. Embora não existindo diferença estatisticamente significativa em relação aos demais quadrantes, a localização mais frequente ocorreu na mandíbula, no quadrante inferior direito. Foi encontrada uma prevalência alta de agenesias, não havendo diferença estatisticamente significativa em relação ao gênero.

Existiram diferenças estatísticas significativas entre as médias das agenesias com relação aos dentes. Quanto à localização não foram encontradas diferenças na presença da anomalia.

Tabela 1
Agenesias Dentárias

	Feminino	Masculino
Amostra por gênero	750	750
Agnesia	301	308
Prevalência	40,10%	41,70%
Média	0.050	0.051
Desvio-Padrão	0.113	0.121

Dente	OSD	OSE	OID	OIE
Terceiro molar	8,7%	7,3%	9,3%	8,5%
Segundo Molar	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Primeiro molar	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Segundo pré-molar	0,7%	0,5%	1,3%	1,6%
Primeiro pré-molar	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Canino	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Incisivo lateral	1,0%	0,9%	0,1%	0,2%
Incisivo central	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%

Fonte: Adaptado de G. V. C. Borba

Garib, Alencar, Ferreira e Ozawa (2010) apresentam trabalho que versa sobre o diagnóstico e a abordagem ortodôntica das anomalias dentárias, enfatizando os aspectos etiológicos que definem tais irregularidades de desenvolvimento.

Destacam que diversos estudos sugeriram uma tendência genética e hereditária na etiologia das anomalias dentárias de número, tamanho, posição, assim como nos distúrbios de erupção. Tais evidências provêm de investigações em famílias em gêmeos monozigóticos e da observação de associações na ocorrência de determinadas anomalias. Quando uma determinada irregularidade mostra uma prevalência aumentada em famílias de pacientes afetados, comparado às prevalências esperadas para a população em geral, credita-se a genética uma influência predominante na etiologia do problema. Parece existir uma inter-relação genética na determinação de algumas dessas anomalias, considerando-se a alta frequência de associações. Um mesmo defeito genético pode originar diferentes manifestações fenotípicas, incluindo agenesias, microdontias, ectopias e atraso no desenvolvimento dentário.

Como exemplo tem-se associação entre a agenesia unilateral do incisivo lateral superior e a microdontia do incisivo contralateral, frequentemente observada na rotina clínica. Nesse caso, o mesmo defeito genético que determinou a agenesia se expressou de forma incompleta do lado oposto da arcada, ocasionando a microdontia. No entanto, as associações entre as anomalias dentárias não se restringem a esse clássico exemplo.

A agenesia dentária constitui a anomalia de desenvolvimento mais comum da dentição humana, ocorrendo em aproximadamente 25% da população. O terceiro molar representa o dente mais afetado por essa anomalia, exibindo uma prevalência de 20,7%. Excluindo-se os terceiros molares, a prevalência de agenesia é de aproximadamente 4,3 a 7,8%. Os segundos pré-molares inferiores representam os dentes mais comumente ausentes, seguidos pelo incisivo lateral superior e pelos segundos pré-molares superiores.

As implicações clínicas das anomalias dentárias associadas são muito relevantes, uma vez que o diagnóstico precoce de uma determinada anomalia dentária pode alertar o clínico sobre a possibilidade de desenvolvimento de outras anomalias associadas no mesmo paciente ou em outros membros da família, permitindo a intervenção ortodôntica em época oportuna.

1.4 RETENÇÃO/IMPACÇÃO DENTÁRIA

Valmaseda-Castellón, De-La-Rosa-Gay e Gay-Escoda (1999) definiram os problemas de erupção em duas vertentes:

Dentes Primariamente Retidos- são aquelas unidades as quais pararam seu processo de erupção, ainda de localização intra-óssea, em que não se detecta obstrução mecânica ou trajeto anormal de erupção clínico-radiograficamente. A retenção primária tem sido atribuída à alteração do folículo dental, o qual é impedido de alguma forma para iniciar processos metabólicos que produzem reabsorção óssea e erupção. As raízes desenvolvem-se completamente, mesmo quando os dentes não erupcionaram, o que se faz inferir que não há correlação entre o processo eruptivo e a formação radicular.

Dentes Secundariamente Retidos- refere-se à parada do processo eruptivo após a emergência deste à cavidade oral onde nem a obstrução mecânica, nem o desvio do trajeto normal são as causas primárias desta retenção. A retenção secundária (anquilose) provavelmente está relacionada com alterações no ligamento periodontal, onde não está ainda bem definido se o impedimento do processo eruptivo ocorre antes ou depois da anquilose, sendo sua causa ou consequência. Alguns autores advogam que a reabsorção radicular é também um processo fisiológico da dentição permanente. Sendo assim, em algumas áreas em que não houver deposição de cemento a mesma será reparada por osteoblastos, então a anquilose ocorrerá. A inclusão dos primeiros e segundos molares permanentes é incomum. Para o segundo molar superior a freqüência é de 0.08%, e 0,01% para o primeiro molar inferior.

O tratamento da impacção ou retenção primária de um molar permanente consiste na exposição cirúrgica, e no caso de impacção, a remoção de possível barreira. A mecânica ortodôntica será empregada nestes casos quando houver má-posição dentária, falta de espaço no arco, má-oclusão ou quando a erupção espontânea não é esperada. Se um molar anquilosado estiver próximo ao terceiro molar com raízes incompletamente formadas, então se recomenda a extração do molar incompletamente erupcionado para evitar problemas oclusais com dentes anquilosados.

Bondemark e Tsiopa (2007) explicitaram que distúrbios da erupção dental podem ocorrer dependendo de fatores locais e/ou sistêmicos. Quando sistêmicos,

vários grupos dentais são afetados, estando presentes em algumas síndromes. Sendo locais, apenas alguns dentes são afetados no seu trajeto eruptivo.

Os primeiros e segundos molares são de grande importância para o desenvolvimento normal da dentição e coordenação do crescimento facial. Diferenciam-se dos outros grupos por não possuírem predecessores. As pesquisas constantes na literatura avaliam a prevalência do distúrbio na erupção dos segundos molares. O índice de prevalência da retenção/impacção dos segundos molares permanentes tem sido relatado entre 0,06% a 0,3%. Bacetti encontrou 1,7% de falha na erupção dos primeiros e segundos molares.

O propósito deste estudo é verificar o índice na prevalência entre adolescentes da erupção ectópica, impacção, retenção primária e secundária, bem como da agenesia dos segundos molares. Para isso, uma amostra de 1.543 pacientes (722 garotas e 821 garotos) entre 1984 e 1989 foi selecionada aleatoriamente da cidade de Malmö – Suécia. Foram utilizadas radiografias “bite-wing” suplementadas por periapicais e panorâmicas de 1.346 pacientes, pois 197 foram perdidas.

Definição dos Distúrbios de Erupção:

Erupção ectópica: distúrbio no trajeto eruptivo do segundo molar, o qual fica preso ao tocar a extremidade apical da fase distal do primeiro molar permanente;

Impacção: erupção interrompida devido à barreira física detectada clínico-radiograficamente no trajeto eruptivo ou posição dentária anormal;

Retenção primária: interrupção da erupção de uma unidade dentária bem posicionada e normalmente desenvolvida sem que haja uma barreira física reconhecida no trajeto eruptivo antes da emergência na gengiva;

Retenção secundária: interrupção da erupção dentária com barreira física reconhecida ou posicionamento ectópico deste, após a emergência na gengiva;

Agenesia: dente congenitamente ausente.

A prevalência total dos distúrbios de erupção foi de 2,3%, 0,8% para agenesia, 1,5% para erupção ectópica, 0,2% para impacção, 0,6% para retenção primária e nenhuma retenção secundária foi documentada. A erupção tardia foi de 3,1%. Pacientes com distúrbios de erupção em alguns dos segundos molares mostraram atraso de erupção nas demais unidades dentárias, comparados com indivíduos que não apresentaram nenhum tipo de distúrbios na erupção.

Neste estudo, a prevalência dos distúrbios de erupção relatada foi maior que o índice de outros estudos anteriores. Isso pode ter acontecido porque nos estudos prévios, somente os distúrbios de erupção nos segundos molares inferiores eram exclusivamente focados. Outra razão pode ser que eram considerados como não erupcionados, somente os segundos molares com retenção/impacção, em vez do maior espectro de distúrbios de erupção considerados neste estudo.

É importante que se realize o diagnóstico dos distúrbios de erupção/impacção o mais cedo possível para que se institua a terapia adequada. O estágio de formação dental também deve ser considerado. O tratamento ortodôntico pode ser instituído em quase todas as situações para resolução destes. Somente na retenção secundária (anquilose) o mesmo não pode ser realizado devido à obliteração do ligamento periodontal. A propósito, a tenra idade dos indivíduos utilizados na amostra, pode explicar o índice zero de retenção secundária.

Os autores concluem, acreditando que a prevalência dos distúrbios de erupção foi maior neste, do que em outros estudos realizados anteriormente. Mesmo que este distúrbio não ocorra tão freqüentemente, é importante o diagnóstico precoce para o início do tratamento no período ideal. Além disso, os pacientes que apresentaram distúrbios e agenesia dos segundos molares mostraram também atraso na erupção de outros grupos dentários comparados com indivíduos sem distúrbio de erupção da amostra.

1.5 PERDAS DENTÁRIAS

Cortelli et al. (2010) atestam que estudos epidemiológicos têm demonstrado que a prevalência de cárie e doença periodontal ainda é elevada em alguns países em desenvolvimento, embora mostre uma tendência geral de declínio. Nestes países o tratamento para a doença periodontal avançada e cárie, ainda é a extração do dente. Uma das causas primárias da inclinação dentária, principalmente de molares em adultos, é a perda do elemento proximal à área do contato.

O objetivo do presente estudo foi determinar a prevalência de dentes ausentes em uma população de adolescentes e adultos jovens. A população estudada compreendeu 321 indivíduos que procuraram tratamento dentário na Clínica Odontológica da Universidade de Taubaté, em Taubaté, estado de São Paulo. Os participantes do estudo tinham entre 15 e 25 anos, pertencentes a 3 grupos étnicos.

Foram conduzidas entrevistas a fim de se determinar a história média e hábito de fumar dos participantes. Indivíduos com problemas sistêmicos sem acompanhamento médico regular foram excluídos deste estudo. O exame bucal completo foi conduzido por um único examinador, e a perda dentária foi registrada para cada participante, de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde/WHO (1997) excluindo-se os terceiros molares.

Os primeiros molares inferiores apresentaram a maior frequência de perda (42%), e os caninos inferiores a menor frequência (<1%). Os resultados sugeriram que na população estudada a perda dentária representa problema de saúde bucal significativo.

Normando, A. D. C., et al. (2003) objetivando avaliar a influência da perda dos primeiros molares inferiores permanentes no desenvolvimento das más oclusões na dentição permanente, examinaram 387 indivíduos na faixa etária de 10 anos e 2 meses a 22 anos e 7 meses pertencentes à rede pública do município de Belém-PA.

A amostra foi dividida em 2 grupos, de acordo com a ocorrência das perdas dos primeiros molares permanentes inferiores: 280 sem perda (Grupo controle), 60 com perda unilateral (Grupo unilateral) e 47 com perda bilateral (Grupo bilateral). O exame clínico foi realizado por dois ortodontistas previamente calibrados. Foram examinados os seguintes aspectos: trespases horizontal e vertical, relação transversal entre os arcos, linhas médias superior e inferior e a relação sagital entre os arcos. Para análise estatística foi utilizado o teste do Qui-quadrado ao nível de 5% de confiança.

Os resultados obtidos mostraram que a perda uni ou bilateral dos primeiros molares inferiores produziram, basicamente, as mesmas alterações dentárias. A perda dos primeiros molares permanentes inferiores não interfere significativamente nos trespases horizontal ($P=0.594$) e vertical ($P=0.239$), na relação transversal entre os arcos ($P=0.986$), no posicionamento da linha média superior e do alinhamento do arco superior. Por outro lado, a perda desses dentes ocasiona um aumento significativo do desvio da linha média do arco inferior ($P=0.000$) e da frequência de relação canino de Classe II ($P=0.003$ para o lado direito e $P=0.002$ para o lado esquerdo). A perda, independentemente se uni ou bilateral, também leva a um aumento significativo do diastema na região ântero-posterior.

Conclui-se, portanto, que as alterações produzidas pela perda uni ou bilateral dos primeiros molares permanentes inferiores não se restringem ao segmento posterior do arco dentário, acarretando graves alterações na região ântero-inferior.

Barbato et al. (2007) analisando os fatores extrínsecos produtores da inclinação molar, destacam que a cárie é a principal causa de perdas dentárias, bem como os traumatismos e doenças periodontais em menor escala. Motivos de ordem econômica são comuns como causa primária ou correlata de extrações dentárias. Historicamente, no Brasil, à população adulta têm sido destinados os serviços de urgências odontológicas, em sua grande maioria ocasionada por dor, o que via de regra resulta em perda dentária. Conseqüência direta dessa exclusão sistemática dos serviços, as extrações dentárias são desfechos que, na maioria das vezes, poderiam ser evitados.

Apesar de ser um problema de saúde pública, as perdas dentárias vêm sendo pouco investigadas no Brasil. Pesquisa realizada no MEDLINE, Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO) e LILACS utilizando como descritor de assunto “perda de dente”, associado ao aspecto “epidemiologia”, com os limites “humanos adultos”, no período de 1997 a 2006 (exceção à BBO – até 2005), nos idiomas “português”, “espanhol” e “inglês”, encontrou apenas uma publicação. Pesquisa na base SciELO, utilizando os descritores “perda de dente”, “perda dentária” e “tooth loss” identificou quatro publicações com a temática, porém apenas um estudo epidemiológico. O pequeno número de publicações que tratam do tema e sua relevância como desfecho para a Saúde Pública ressaltam a necessidade de estudos sobre o mesmo.

1.6 MICRODONTIA, DENTES SUPRANUMERÁRIOS E DIASTEMAS

Faria e Paulo (2003) afirmam que há variação entre autores, de acordo com a população pesquisada, quanto à determinação dos índices de prevalência das anomalias dentárias, sua distribuição por sexo, idade, arcada e lado.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Belém, onde foram avaliadas 500 radiografias panorâmicas de crianças de ambos os sexos, com a finalidade de se identificar as seguintes anomalias: Anodontia, Taurodontia, Dentes não irrompidos, Microdontia, Macrodontia, Dentes supranumerários e Geminação. Foi objetivo desta pesquisa, a partir das radiografias analisadas, buscar a caracterização

das crianças avaliadas possibilitando o diagnóstico o mais precoce possível, facilitando as soluções terapêuticas. A análise dos resultados aferidos permite inferir que a amostra pesquisada apresenta traços característicos. Foram analisadas 500 radiografias panorâmicas, de 240 crianças do sexo masculino e 260 do sexo feminino, sendo encontrados 118 casos de anomalias, perfazendo uma prevalência de 16%.

De acordo com as anomalias pesquisadas, encontrou-se as seguintes prevalências: Anodontia (5,4%), Taurodontia (1,0%), Dentes não irrompidos (4,2%), Microdontia (2,0%), Macrodontia (0,6%), Dentes supranumerários (2,4%) e Geminção (0,4%).

Gomes (2007) relata que estudos sugeriram uma alta correlação entre agenesias de segundos pré-molares com outras agenesias e anomalias dentárias. Parece haver uma inter-relação genética na determinação de anomalias, considerando a alta frequência de associações.

O propósito deste estudo foi avaliar, em pacientes com agenesia de segundos pré-molares, a prevalência de outras agenesias e anomalias de posição, forma e tamanho, e comparar com as prevalências destas anomalias esperadas para a população em geral. Para tanto, foi selecionada uma amostra composta por documentações de 203 pacientes de 8 a 22 anos de idade apresentando agenesia de pelo menos um segundo pré-molar. A amostra foi coletada a partir do exame das documentações ortodônticas pertencentes ao arquivos de uma Universidade, uma escola de especialização e 8 consultórios particulares. O material de estudo incluiu radiografias panorâmicas, radiografias periapicais, modelo de gesso e fichas clínicas do prontuário dos pacientes.

Por meio do exame deste material as seguintes informações foram registradas: idade do paciente, sexo e etnia; histórico de extrações de dentes permanentes; e presença de outras anomalias dentárias associadas incluindo-se agenesia de outros dentes permanentes, ectopias de dentes permanentes não irrompidos, transposições, infraclusão dos segundos molares decíduos remanescentes, microdontia do incisivo lateral superior, supranumerário e mesioangulação dos segundos molares inferiores.

Estas informações foram inseridas em uma planilha e comparadas com a prevalência da população em geral por meio da aplicação do teste do Qui-quadrado (χ^2). Adicionalmente, o cálculo da razão de chances (odds ratio) foi executado e os

resultados foram considerados ao nível de significância de 5%. Verificou-se uma forte associação entre a agenesia de segundos pré-molares e a agenesia de outros dentes permanentes, assim como com a microdontia dos incisivos laterais superiores e com importantes anomalias dentárias de posição. Os resultados encontrados são consistentes com a hipótese de que as agenesias dentárias, a microdontia e as ectopias são co-variáveis biológicas num complexo de anomalias dentárias interligadas geneticamente.

Cal Neto et al. (2002) citam como definição de diastema o espaço ou ausência de contato entre dois dentes consecutivos, podendo ser fisiológico ou não. Afirmam que a literatura descreve fatores etiológicos do diastema interincisal, que surgem com grande frequência, tais como: ausência congênita dos incisivos laterais, incisivo lateral de tamanho reduzido (conóide), hábitos parafuncionais, fusão imperfeita da linha média, freio labial anormal ou hipertrófico, macroglossia, patologias de linha média e a presença de dentes supranumerários

Destes fatores acima mencionados, os dentes supranumerários na linha mediana superior costumam estar relacionados a problemas estéticos, bem como a complicações patológicas, que podem ser difíceis de solucionar. Neste trabalho os autores se propõem a apresentar um caso clínico de diastema interincisal superior, associado à presença de dois dentes supranumerários, num menino de 8 anos de idade, fazendo considerações clínicas sobre o diagnóstico, o tratamento cirúrgico-ortodôntico e a contenção desta má-oclusão.

Proposição

2 PROPOSIÇÃO

Esta pesquisa propõe-se em:

- Avaliar comparativamente, qual a prevalência e quais características oclusais mais frequentes estão presentes no dia-a-dia do ortodontista, utilizando para isso, a população de três cidades brasileiras: Fortaleza-Ce, Maringá-PR e Bauru-SP.

- Verificar se existe diferenças regionais na prevalência de tais características oclusais.

Materiais e Métodos

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 MATERIAL

3.1.1 Amostra

Inicialmente foi examinado um total de 1169 documentações ortodônticas completas contendo: telerradiografia, panorâmica, modelos e fotografias, recolhidas das sedes dos cursos de especialização em Ortodontia promovidos pelas seccionais das Faculdades Ingá lotadas nas cidades de Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP; na tentativa de representar em três regiões diferentes do Brasil (Nordeste, Sul e Sudeste), a prevalência das principais características oclusais detectáveis em uma documentação ortodôntica de rotina que devem ser avaliadas pelo clínico no período de 2003 a 2010.

A amostra populacional estava assim distribuída para análise: 419 documentações ortodônticas inicialmente avaliadas na seccional de Fortaleza-CE, 343 documentações ortodônticas avaliadas na seccional de Maringá-PR e 407 documentações ortodônticas avaliadas na seccional de Bauru-SP das Faculdades Ingá, como forma representativa das características oclusais dos indivíduos pertencentes às regiões Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil.

Após considerar os critérios de exclusão, o tamanho da amostra foi de 947 documentações ortodônticas completas, nas quais deveriam constar telerradiografia, panorâmica, modelos e fotografias intra e extra-orais. A amostragem citada está assim distribuída: 363 documentações ortodônticas completas computadas da seccional Fortaleza-CE, com idade mínima de 6,91 e máxima de 54,32 anos; 270 documentações ortodônticas completas computadas da seccional Maringá-PR com idade mínima de 3,56 e máxima de 51,16 anos; 314 documentações ortodônticas completas computadas da seccional Bauru-SP com idade mínima de 6,50 e máxima de 56,72 anos. Em todas as citadas localidades avaliaram-se ambos os gêneros, bem como as etnias: branca, negra e mestiça, com exceção do índio; nas fases de dentadura decídua, mista e permanente.

3.1.2 Critérios de Inclusão

- Documentações ortodônticas completas com pacientes de ambos os gêneros, em diversas faixas etárias e etnias (com exceção da indígena), nas quais deveriam constar telerradiografia, panorâmica, modelos e fotografias intra e extra-orais;

- As documentações deveriam pertencer ao arquivo de pacientes das clínicas de pós-graduação a nível de especialização em Ortodontia das Faculdades Ingá, nas seccionais de Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP (Figuras 1a e 1b) .



Figura 1a: Fotos Intra-Oral e Modelos de Gesso

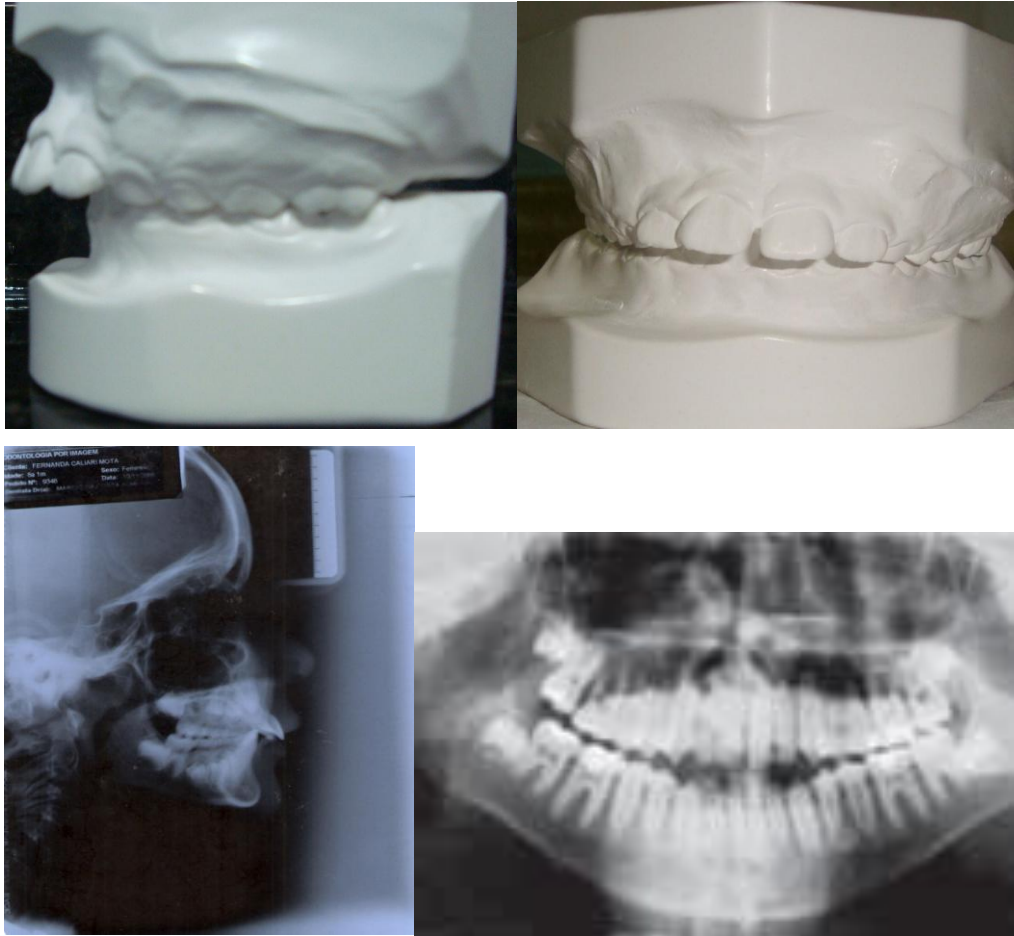


Figura 1b: Telerradiografia e Panorâmica

3.1.3 Critérios de Exclusão

- Documentações ortodônticas incompletas e/ou danificadas, isto é, com algum destes itens (fotografia intra e extra-oral, telerradiografia, panorâmica e/ou modelos) ausentes e/ou com dificuldades para visualização;
- Indivíduos sindrômicos com repercussão crânio-facial;
- Documentações ortodônticas iniciais de indivíduos, os quais foram submetidos a tratamento ortodôntico prévio;
- Documentações ortodônticas de indivíduos com tratamento ortodôntico finalizado.

3.2 MÉTODO

Para os exames e análises das documentações ortodônticas existentes nestas instituições, foram utilizados lápis, borracha, paquímetro, régua milimetrada, e fichas elaboradas para esse objetivo (Figura 2).



Figura 2: Instrumentos para medições

3.2.1 Tipo de Estudo

- Estudo Coorte e retrospectivo

3.2.2 Método de Análise

Por razões didáticas o item método foi dividido em:

Elaboração da Ficha de Coleta dos Dados;

Exame Documental e Preenchimento da Ficha de Coleta dos Dados

Apuração e distribuição dos dados levantados;

Análise estatística

3.2.3 Elaboração da Ficha de Coleta dos Dados (Anexo)

A elaboração da ficha para coleta dos dados foi dividida em 10 partes:

1) Gênero; 2) Idade; 3) Relação Dentária Ântero-Posterior; 4) Apinhamento; 5)

Mordida Aberta; 6) Diastemas; 7) Impacção; 8) Ausência/Perdas Dentárias; 9) Sobressaliência/Sobremordida e 10) Mordida Cruzada.

A análise dentária, ou seja, a relação oclusal que o indivíduo apresentava iniciava-se com a avaliação da relação interincisivos. O trespasse horizontal foi quantificado em milímetros e classificado em: trespasse horizontal normal, aumentado, diminuído e negativo. O trespasse vertical também foi quantificado em milímetros assim como o apinhamento. Na seqüência da avaliação intrabucal a relação avaliada foi a relação de caninos, pré-molares e molares, sendo classificada em neutro, meso e distoclusão para o lado direito e esquerdo.

Foi observado a ocorrência de trespasse vertical normal ou a existência de mordida profunda ou aberta, sendo que neste caso foi anotada sua localização anterior e/ou posterior no arco. As informações relativas as perdas/ ausência de elementos dentários permanentes foram identificadas quais unidades perdidas, bem como quais sofreram agenesia e/ou impacção/retenção primária. Alguns critérios foram estabelecidos na busca de uma melhor padronização e compreensão dos resultados, tendo como suporte conceitos de autores da literatura compulsada: adotou-se a classificação de Angle/Andrews (Figura 3) como determinante de inclusão da característica (3);



Figura 3: Relação Ântero-Posterior

No que se refere à característica (4), foram consideradas discrepâncias visíveis onde a perda de espaço no arco (Figura 4), apesar de suaves ($>1\text{mm}$), suscitavam intervenção ortodôntica, de acordo com Frazão et al. (2004);



Figura 4: Apinhamento

No que se refere à característica (5), seguiram-se os conceitos definidos por Dawson (1974), citado por Iwasa et al. (2003) sobre mordida aberta, o qual classificou a mordida aberta em mínima (até 1mm), moderada (1 a 5mm), e severa (acima de 5mm), levando-se em consideração seu grau de amplitude ou grau de abertura entre os incisivos superiores e inferiores, para efeito de contabilização dos dados na amostra (Figura 5);



Figura 5: Mordida Aberta

Em relação às características (6) e (7), seguiram-se os preceitos de Valmaseda-Castellón et al. (1999); Bondemark e Tsiopa (2007), ao definirem impacção/retenção primária e agenesia, para serem computados na amostra (Figura 6);



Figura 6: Impacção Dentária e Diastemas

No que se refere à característica (8), foram contabilizadas as agenesias e/ou ausência dentária(s) de outras unidades que não os terceiros molares por estes não serem objeto do estudo contabilizar o índice de agenesia deste grupo dental. A presença dos terceiros molares era contabilizada quando os mesmos estavam no estágio 3 de Nolla (Figura 7);



Figura 7: Agenesia de Incisivos Laterais e Perda de Molar Superior

No que se refere à característica (9), procurou-se seguir os critérios de Gandino et al. citado por Cavalcanti et al. (2008); Valente e Mussolino (1989), onde define-se como topo a topo: oclusão das bordas incisais dos Incisivos centrais superiores com as bordas incisais dos Incisivos centrais inferiores, ou seja, $x=0$ mm Normal: sobressaliência/sobremordida positiva com $0 < x < 3$ mm; Moderada:

sobressaliência/sobremordida positiva com $3 < x < 6$ mm; Severa: sobressaliência/sobremordida positiva com $x > 6$.. Foram feitas inspeções visuais em telerradiografias e modelos adotando-se o seguinte padrão para sobremordida: ausência de sobremordida acentuada (0 a 6mm), e sobremordida acentuada (> 6 mm) e para sobressaliência: NORMAL quando há sobressaliência visível (1 a 3mm); AUMENTADA quando a sobremordida e/ou sobressaliência ultrapassava 4mm; DIMINUÍDA quando não havia sobressaliência visível (0 a 1mm) e NEGATIVA em casos de inversão anterior dos incisivos e;



Figura 8: Sobremordida e Sobressaliência

Ao se avaliar a característica (10), seguiram-se as diretrizes demonstradas na pesquisa de Freitas et al. (2002) que se utilizaram de modelos de gesso para detecção da mesma.



Figura 9: Mordida Cruzada Unilateral Esquerda

3.2.4 Exame Documental e Preenchimento da Ficha de Coleta dos Dados

As avaliações das 947 documentações ortodônticas distribuídas nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste representadas respectivamente pelas seccionais: Maringá-PR, Bauru-SP e Fortaleza-CE, foram feitas apenas um único observador calibrado. Foram realizadas em ambiente adequado, fechado, com boa iluminação e ventilação, nas respectivas sedes dos cursos de especialização em Ortodontia promovidos pelas unidades das Faculdades Ingá nestas regiões.

As medições feitas em modelos de gesso para a coleta das características: relação molar ântero-posterior, mordida aberta, apinhamento, sobressaliência, sobremordida e mordida cruzada; foram realizadas com a utilização de régua (quando necessário), paquímetro e anotadas (com lápis 07) em formulário específico. A interpretação das imagens radiográficas foi realizada nas referidas sedes utilizando o banco de dados das mesmas, e em ambiente escurecido para melhor visualização no negatoscópio.

Todo o processo da fase de coleta dos dados nas documentações ortodônticas e preenchimento das fichas foi dividido nos seguintes tópicos:

3.2.5 Análise Facial

Ao se observar as fotografias extra-orais constantes nas documentações ortodônticas pesquisadas, foi possível obter a caracterização da face dos sujeitos da pesquisa pela visão frontal mostrando a existência ou não de simetria facial e, também quanto ao padrão facial (meso, braqui e dólicofacial), assim como informações a respeito da existência ou não da competência e selamento labial.

Outro aspecto importante da análise facial foi relacionado ao perfil, onde a face era caracterizada em: perfil reto, côncavo e convexo, assim como a determinação do padrão facial pela visão do perfil em meso, braqui e dolicofacial.

3.2.6 Relação Dentária

Quanto à relação dentária nos incisivos, a avaliação do trespasse horizontal foi realizada com auxílio de régua milimetrada, da face vestibular dos incisivos inferiores até a borda incisal lingual do incisivo superior mais vestibularizado,

considerando-se normal a sobressaliência de 1 a 3 mm; aumentada quando maior do que 4mm; diminuída quando estivesse entre 0 e 1mm e negativa quando menor que 0. Foi considerado trespasse negativo em casos de inversão dos incisivos onde era observado um cruzamento anterior; para medir este trespasse a régua milimetrada foi colocada na face vestibular do incisivo superior até a borda incisal lingual do incisivo inferior.

A partir da observação da relação dentária dos caninos, pré-molares e molares, houve a classificação da oclusão em neutro, méso e distocclusão de acordo com a posição em que se encontravam em relação ao seu antagonista. Na ausência por perda prematura ou não erupção do dente, a classificação de Andrews foi utilizada.

3.2.7 Relação Oclusal

Utilizou-se o estudo dos modelos presentes nas documentações ortodônticas para avaliação e classificação da relação oclusal. Foi considerada uma relação de Classe I quando a cúspide méso-vestibular do molar superior ocluía com o sulco méso-vestibular do molar inferior.

A relação de Classe II foi dita completa quando o sulco méso-vestibular do primeiro molar permanente inferior ocluía com a cúspide disto-vestibular do primeiro molar permanente superior. Foi classificado como relação de Classe III quando o sulco disto-vestibular do primeiro molar permanente inferior ocluía com a cúspide méso-vestibular do primeiro molar permanente superior.

A presença de apinhamento e diastemas eram observados tanto pela análise das fotografias intra-orais quanto pelos modelos de gesso constantes na documentação ortodôntica de rotina. Entretanto, a quantificação do apinhamento em milímetros era tomada nos modelos.

3.2.8 Relação Transversal

Considerou-se uma relação transversal normal quando houve a ausência de cruzamento dentário vestibular ou lingual, com os modelos do paciente em mordida habitual (máxima intercuspidação). Avaliou-se como mordida cruzada, quando um dente ou grupo de dentes apresentavam um relacionamento vestibulo-lingual

alterado, isto é, quando a cúspide vestibular do dente inferior ocluiu com a cúspide palatina do dente superior na mordida cruzada vestibular ou, na mordida cruzada lingual a cúspide vestibular do dente superior ocluiu com a cúspide lingual do inferior. A condição de mordida cruzada pode ser unilateral ou bilateral (analisadas na condição de mordida habitual).

3.2.9 Relação Vertical

Para a avaliação da relação vertical, por meio de medida, foi necessário, a partir dos modelos de gesso posicionados em máxima intercuspidação, o auxílio de uma régua milimetrada e um lápis para marcar a superfície vestibular do incisivo inferior, no ponto onde o bordo incisal do incisivo superior ocluiu. A medida consistia do bordo incisal do incisivo inferior até a marca. O lápis foi posicionado de tal forma que a ponta deveria ficar paralela ao plano oclusal. As medidas foram classificadas em: Ausência de Sobremordida Acentuada – de 0 a 1mm; Sobremordida Acentuada – acima de 6 mm, Mordida Aberta – acima de –1mm.

3.2.10 Interpretação Radiográfica

A partir das radiografias periapicais e panorâmicas presentes nas documentações ortodônticas estudadas, constatou-se a ocorrência de retenções/impacções dentárias, perdas dentárias e presença/posicionamento dos terceiros molares, mas que eram complementados pela avaliação dos modelos bem como das fotografias.

3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A partir dos dados processados pelo programa Statistica 7.0, realizou-se a análise exploratória dos dados. Utilizou-se de estatística descritiva demonstradas por tabelas e gráficos contendo freqüências absolutas e relativas. Para comparação das proporções entre as médias de idade da amostra, foi utilizado o teste ANOVA e Análise de Variância além da aplicação do teste do Qui-quadrado (X^2), adotando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Na análise efetuada foram levadas em consideração: 1) Quanto ao gênero; 2) Quanto à idade; 3) Quanto à relação oclusal

ântero-posterior; 4) Quanto ao apinhamento; 5) Quanto à relação vertical- mordida aberta/sobremordida; 6) Quanto a ausência dentária- perda/agenesia; 7) Quanto a retenção dentária; 8) Quanto relação horizontal anterior; 9) Quanto à relação transversal; 10) Quanto a presença de diastema e 11) Quanto a presença de microdontia e supra-numerário

Não foram realizados testes estatísticos para análise do item dimorfismo sexual.

Resultados

4 RESULTADOS

Um total de 947 documentações ortodônticas completas foram utilizadas para avaliar onze características oclusais dos pacientes de ambos os gêneros e em faixas etárias diversas, tratados em cursos de especialização em Ortodontia ministrados em seccionais das Faculdades Ingá nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil. Os achados estão assim distribuídos neste capítulo:

4.1 QUANTO AO GÊNERO

De modo geral, o sexo feminino representou um total de 563 documentações ortodônticas pesquisadas, ou 59,45% do total da amostra de pacientes que procuraram tratamento ortodôntico nas referidas unidades de pós-graduação do país. Em números absolutos, 384 documentações ortodônticas pesquisadas pertenciam ao sexo masculino, o que corresponde a 40,55% do total de pacientes nas três unidades visitadas, que buscaram o tratamento ortodôntico.

Ao se analisar por regiões, constatam-se os seguintes resultados:

- Na unidade de Fortaleza-CE, têm-se 216 documentações ortodônticas completas pertencentes a indivíduos do sexo feminino e 147 pertencentes a indivíduos do sexo masculino. Isto representa proporcionalmente, que 59,50% da amostra nesta unidade pertence ao sexo feminino, e 40,50% da amostra pertence ao sexo masculino (Gráfico 1);

- Na unidade de Maringá-PR, têm-se 152 documentações ortodônticas completas pertencentes a indivíduos do sexo feminino e 118 pertencentes a indivíduos do sexo masculino. Isto representa proporcionalmente, que 56,29% da amostra nesta unidade pertence ao sexo feminino, e 43,71% da amostra pertence ao sexo masculino (Gráfico 1);

- Na unidade de Bauru-SP, têm-se 195 documentações ortodônticas completas pertencentes a indivíduos do sexo feminino e 119 pertencentes a indivíduos do sexo masculino. Isto representa proporcionalmente, que 62,10% da amostra nesta unidade pertence ao sexo feminino, e 37,90% da amostra pertence ao sexo masculino (Gráfico 1).

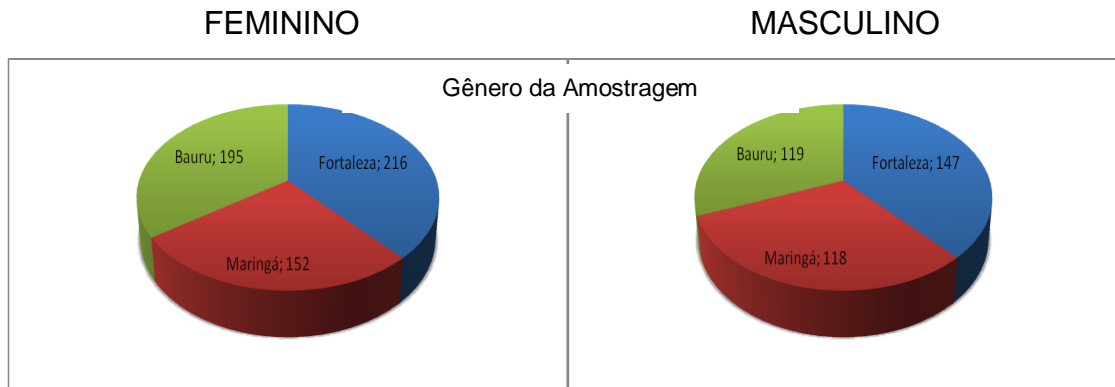


Gráfico 1: Gênero da Amostragem

4.2 QUANTO À IDADE

A idade média encontrada na amostragem é variável e deve ser individualizada conforme as necessidades particulares e/ou características populacionais de cada região do território nacional estudada. Sendo assim, em diferentes populações avaliadas, observou-se médias de idades diferentes. Em Fortaleza-CE, a idade média na amostra pesquisada foi de 19,84 anos com um desvio padrão de 16,67 anos; em Maringá-PR a idade média na amostra pesquisada foi de 17,18 anos com um desvio padrão de 7,76 anos, enquanto que em Bauru-SP a idade média na amostra pesquisada foi de 19,21 anos com um desvio padrão de 9,70 anos. (tabela 2).

Tabela 2

Comparação das idades entre os três grupos, com o teste ANOVA a um critério de seleção e Tukey

VARIÁVEL	Fortaleza	Maringá	Bauru	P
	Média (d.p.)	Média (d.p.)	Média (d.p.)	
Idade	19,84 (16,67) ^A	17,18 (7,76) ^B	19,21 (9,70) ^{AB}	0,024*

* Estatisticamente significativa para $p < 0.05$.

4.3 QUANTO À RELAÇÃO OCLUSAL ÂNTERO-POSTERIOR

A distribuição quanto ao relacionamento oclusal ântero-posterior está mostrada na tabela 3, em cada uma das unidades avaliadas “in loco”, a partir das documentações ortodônticas coletadas nas mesmas.

Do total de 947 documentações avaliadas, pode-se observar em números absolutos, que o relacionamento oclusal de Classe I se manifestou em um total de 499 indivíduos, o que representa um percentual de 52,69% do total geral da população estudada; o relacionamento oclusal de Classe II se manifestou em um total de 395 indivíduos, o que representa um percentual de 41,71% do total geral da população estudada; e o relacionamento oclusal de Classe III se manifestou em um total de 53 indivíduos, o que representa um percentual de 5,59% do total geral da população estudada (tabela 3).

Ao se avaliar individualmente os grupos populacionais por regiões, verifica-se que em números absolutos, a amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Fortaleza-CE apresentou 191 indivíduos com padrão oclusal classificado como de Classe I, 149 indivíduos com padrão oclusal classificado como de Classe II e 23 indivíduos com padrão oclusal classificado como de Classe III (tabela 3). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 20,168% do total de indivíduos da amostra possuíam o relacionamento oclusal do tipo Classe I, 15,733% do total de indivíduos da amostra possuíam o relacionamento oclusal do tipo Classe II e 2,428% do total de indivíduos da amostra possuíam o relacionamento oclusal do tipo Classe III (tabela 3).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Maringá-PR, em números absolutos, apresentou 145 indivíduos com padrão oclusal classificado como de Classe I, 113 indivíduos com padrão oclusal classificado como de Classe II e 12 indivíduos com padrão oclusal classificado como de Classe III (tabela 3). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 15,311% do total de indivíduos da amostra possuíam o relacionamento oclusal do tipo Classe I, 11,932% do total de indivíduos da amostra possuíam o relacionamento oclusal do tipo Classe II e 1,267% do total de indivíduos da amostra possuíam o relacionamento oclusal do tipo Classe III (tabela 3).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Bauru-SP, em números absolutos, apresentou 163 indivíduos com padrão oclusal classificado como de Classe I, 133 indivíduos com padrão oclusal classificado como de Classe II e 18 indivíduos com padrão oclusal classificado como de Classe III (tabela 3). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 17,212% do total de indivíduos da amostra possuíam o relacionamento oclusal do tipo Classe I, 14,044% do total de indivíduos da amostra possuíam o relacionamento oclusal do tipo Classe II e 1,900% dos indivíduos desta amostra possuíam o relacionamento oclusal do tipo Classe III (tabela 3).

Tabela 3

Distribuição do Relacionamento Oclusal Ântero-Posterior entre as Populações Estudadas nas Três Regiões

VARIÁVEIS	Fortaleza	Maringá	Bauru	Total	Λ	GL	P
Classe I	191 (20,168%)	145 (15,311%)	163 (17,212%)	499 (52,691%)	1,165	4	0,883
Classe II	149 (15,733%)	113 (11,932%)	133 (14,044%)	395 (41,709%)			
Classe III	23 (2,428%)	12 (1,267%)	18 (1,900%)	53 (5,595%)			
Total	363	270	314				

4.4 QUANTO AO APINHAMENTO

A distribuição quanto ao apinhamento dentário está mostrada na tabela 4, em cada uma das unidades avaliadas “in loco”, a partir das documentações ortodônticas coletadas nas mesmas.

Do total de 947 documentações avaliadas, pode-se observar em números absolutos, que o apinhamento dentário se manifestou em um total de 662 indivíduos, o que representa um percentual de 69,90% do total geral da população estudada, e

285 indivíduos não o apresentou (conforme preceitos pré-estabelecidos em Materiais e Métodos), o que representa um percentual de 30,10% do total geral da população estudada (tabela 4).

Ao se avaliar individualmente os grupos populacionais por regiões, verifica-se que em números absolutos, a amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Fortaleza-CE apresentou 245 indivíduos com apinhamento dentário e 118 indivíduos sem apinhamento dentário (tabela 4). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 25,871% do total de indivíduos da amostra possuíam apinhamento dentário e 12,460% do total de indivíduos da amostra não possuíam apinhamento dentário (tabela 4).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Maringá-PR apresentou 185 indivíduos com apinhamento dentário e 85 indivíduos sem apinhamento dentário (tabela 4). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 19,535% do total de indivíduos da amostra possuíam apinhamento dentário e 8,975% do total de indivíduos da amostra não possuíam apinhamento dentário (tabela 4).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Bauru-SP apresentou 232 indivíduos com apinhamento dentário e 82 indivíduos sem apinhamento dentário (tabela 4). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 24,498% do total de indivíduos da amostra possuíam apinhamento dentário e 8,658% do total de indivíduos da amostra não possuíam apinhamento dentário (tabela 4).

Tabela 4
Distribuição do Apinhamento entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras

VARIÁVEIS	Fortaleza	Maringá	Bauru	Total	Λ	GL	P
Com Apinhamento	245 (25,871%)	185 (19,535%)	232 (24,498%)	662 (69,904%)	3,615	2	0,164
Sem Apinhamento	118 (12,460%)	85 (8,975%)	82 (8,658%)	285 (30,093%)			
Total	363	270	314				

4.5 QUANTO À MORDIDA ABERTA

A distribuição quanto a mordida aberta está mostrada na tabela 5, em cada uma das unidades avaliadas “in loco”, a partir das documentações ortodônticas coletadas nas mesmas.

Do total de 947 documentações avaliadas, pode-se observar em números absolutos, que a mordida aberta se manifestou em um total de 107 indivíduos, o que representa um percentual de 11,29 % do total geral da população estudada, e 840 indivíduos não a apresentou (conforme preceitos pré-estabelecidos em Materiais e Métodos), o que representa um percentual de 88,71% do total geral da população estudada (tabela 5).

Ao se avaliar individualmente os grupos populacionais por regiões, verifica-se que em números absolutos, a amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Fortaleza-CE apresentou 38 indivíduos com mordida aberta e 325 indivíduos sem mordida aberta (tabela 5). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 4,012% do total de indivíduos da amostra possuíam mordida aberta e 34,318% do total de indivíduos da amostra não possuíam mordida aberta (tabela 5).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Maringá-PR apresentou 45 indivíduos com

mordida aberta e 225 indivíduos sem mordida aberta (tabela 5). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 4,751% do total de indivíduos da amostra possuíam mordida aberta e 23,759% do total de indivíduos da amostra não possuíam mordida aberta (tabela).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Bauru-SP apresentou 24 indivíduos com mordida aberta e 290 indivíduos sem mordida aberta (tabela 5). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 2,534% do total de indivíduos da amostra possuíam mordida aberta e 30,623% do total de indivíduos da amostra não possuíam mordida aberta (tabela 5).

Tabela 5

Distribuição da Mordida Aberta entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras

VARIÁVEIS	Fortaleza	Maringá	Bauru	Total	Λ	GL	P
Com Mordida Aberta	38 (4,012%)	45 (4,751%)	24 (2,534%)	107 (11,297%)	12,198	2	0,002*
Sem Mordida Aberta	325 (34,318%)	225 (23,759%)	290 (30,623%)	840 (88,703%)			
Total	363	270	314				

* Estatisticamente significativa para $p < 0.05$.

4.6 QUANTO A PRESENÇA DE MORDIDA ABERTA EM INDIVÍDUOS MAIORES DE 12 ANOS

A distribuição quanto a presença da mordida aberta em indivíduos maiores de 12 anos está mostrada na tabela 6, em cada uma das unidades avaliadas “in loco”, a partir das documentações ortodônticas coletadas nas mesmas.

Do total de 690 documentações avaliadas, pode-se observar em números absolutos, que a mordida aberta se manifestou em um total de 69 indivíduos maiores de 12 anos, o que representa um percentual de 10,00 % do total geral da população estudada, e 621 indivíduos não a apresentou (conforme preceitos pré-estabelecidos

em Materiais e Métodos), o que representa um percentual de 90,00% do total geral da população estudada (tabela 6).

Ao se avaliar individualmente os grupos populacionais por regiões, verifica-se que em números absolutos, a amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Fortaleza-CE apresentou 24 indivíduos maiores de 12 anos com mordida aberta e 227 indivíduos maiores de 12 anos sem mordida aberta (tabela 6). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 3,478% do total de indivíduos maiores de 12 anos da amostra possuíam mordida aberta e 32,898% do total de indivíduos maiores de 12 anos da amostra não possuíam mordida aberta (tabela 6).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Maringá-PR apresentou 27 indivíduos maiores de 12 anos com mordida aberta e 168 indivíduos maiores de 12 anos sem mordida aberta (tabela 6). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 3,913% do total de indivíduos maiores de 12 anos da amostra possuíam mordida aberta e 24,347% do total de indivíduos maiores de 12 anos da amostra não possuíam mordida aberta (tabela 6).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Bauru-SP apresentou 18 indivíduos maiores de 12 anos com mordida aberta e 226 indivíduos maiores de 12 anos sem mordida aberta (tabela 6). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 2,608% do total de indivíduos maiores de 12 anos da amostra possuíam mordida aberta e 32,753% do total de indivíduos maiores de 12 anos da amostra não possuíam mordida aberta (tabela 6).

Tabela 6
Distribuição da Mordida Aberta em Indivíduos Maiores de 12 Anos nas Três Regiões Brasileiras

VARIÁVEIS	Fortaleza	Maringá	Bauru	Total	Λ	GL	P
Sem Mordida Aberta > 12anos	227 (32,898%)	168 (24,347%)	226 (32,753%)	621 (89,998%)	5,12	2	0,077
Com Mordida Aberta >12 anos	24 (3,478%)	27 (3,913%)	18 (2,608%)	69 (9,999%)			
Total	251 (36,376%)	195 (28,260%)	244 (35,361%)	690 (99,997%)			

4.7 QUANTO A AUSÊNCIA DENTÁRIA

Em relação ao item ausência dentária, o mesmo foi subdividido quanto às perdas dentárias e agenesias:

4.7.1. Quanto a Perdas Dentárias

A distribuição quanto a perdas dentárias está mostrada na tabela 7, em cada uma das unidades avaliadas “in loco”, a partir das documentações ortodônticas coletadas nas mesmas.

Do total de documentações avaliadas, pode-se observar em números absolutos, que as perdas dentárias se manifestaram em um total de 189 indivíduos, o que representa um percentual de 19,95 % do total geral da população estudada, e 758 indivíduos não a apresentou, o que representa um percentual de 81,05% do total geral da população estudada (tabela 7).

Observando-se especificamente a ocorrência de perdas dentárias do grupo molar (conforme preceitos pré-estabelecidos em Materiais e Métodos), verifica-se que os mesmos são responsáveis, em números absolutos, pela ausência de 171

unidades dentárias nas três regiões pesquisadas, o que representa 90,47% do total geral de perdas dentárias. As outras unidades dentárias somadas respondem, em valores absolutos, pela ausência de 18 elementos dentários, o que em termos percentuais representa 9,53% do total geral das perdas.

Ao se avaliar individualmente os grupos populacionais por regiões, verifica-se que em números absolutos, a amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Fortaleza-CE apresentou 66 indivíduos com perdas dentárias do grupo molar, 7 perdas dentárias dos outros grupos somados e 270 indivíduos sem perdas dentárias (tabela 7). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 6,969% do total de indivíduos da amostra apresentaram perdas do grupo molar; 0,739% do total de indivíduos da amostra apresentaram perdas de outras unidades dentárias e 30,623% do total de indivíduos da amostra não apresentaram perdas (tabela 7).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Maringá-PR apresentou 46 indivíduos com perdas dentárias do grupo molar, 4 perdas dentárias dos outros grupos somados e 220 indivíduos sem perdas dentárias (tabela 7). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 4,857% do total de indivíduos da amostra apresentaram perdas do grupo molar; 0,422% do total de indivíduos da amostra apresentaram perdas de outras unidades dentárias e 23,231% do total de indivíduos da amostra não apresentaram perdas (tabela 7).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Bauru-SP apresentou 59 indivíduos com perdas dentárias do grupo molar, 7 perdas dentárias dos outros grupos somados e 248 indivíduos sem perdas dentárias (tabela 7). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 6,230% do total de indivíduos da amostra apresentaram perdas do grupo molar; 0,739% do total de indivíduos da amostra apresentaram perdas de outras unidades dentárias e 26,187% do total de indivíduos da amostra não apresentaram perdas (tabela 7).

Tabela 7

Distribuição das Perdas Dentárias entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras

VARIÁVEIS (em número de indivíduos)	Fortaleza	Maringá	Bauru	Total	Λ	GL	P
Com Molar(es) Perdido(s)	66 (6,969%)	46 (4,857%)	59 (6,230%)	171 (18,056%)	0,307	2	0,857
Com Perda de Outras Unidades Dentárias	7 (0,739%)	4 (0,422%)	7 (0,739%)	18 (1,900%)			
Sem Perdas Dentárias	290 (30,623%)	220 (23,231%)	248 (26,187%)	758 (80,041%)			
Total	363	270	314				

4.7.2. Quanto à Agenesia

A distribuição quanto a presença de agenesia está mostrada na tabela 8, em cada uma das unidades avaliadas “in loco”, a partir das documentações ortodônticas coletadas nas mesmas.

Do total de 947 documentações avaliadas, pode-se observar em números absolutos, que a agenesia se manifestou em um total de 28 indivíduos (conforme preceitos pré-estabelecidos em Materiais e Métodos), o que representa um percentual de 2,95% do total geral da população estudada, e 919 indivíduos não a apresentou, o que representa um percentual de 97,05% do total geral da população estudada (tabela 8).

Ao se avaliar individualmente os grupos populacionais por regiões, verifica-se que em números absolutos, a amostra pesquisada no curso de especialização em

Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Fortaleza-CE apresentou 7 indivíduos com agenesia e 356 indivíduos sem agenesia (tabela 8). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 0,739% do total de indivíduos da amostra apresentaram agenesia e 37,592% do total de indivíduos da amostra não possuíam agenesia (tabela 8).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Maringá-PR apresentou 9 indivíduos com agenesia e 261 indivíduos sem agenesia (tabela 8). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 0,950% do total de indivíduos da amostra possuíam agenesia e 27,560% do total de indivíduos da amostra não possuíam agenesia (tabela 8).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Bauru-SP apresentou 12 indivíduos com agenesia e 312 indivíduos sem agenesia (tabela 8). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 1,267% do total de indivíduos da amostra possuíam agenesia e 31,890% do total de indivíduos da amostra não possuíam agenesia (tabela 8).

Tabela 8

Distribuição da Agenesia entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras

VARIÁVEIS	Fortaleza	Maringá	Bauru	Total	Λ	GL	P
Com Agenesia	7 (0,739%)	9 (0,950%)	12 (1,267%)	28 (2,956%)	2,290	2	0,318
Sem Agenesia	356 (37,592%)	261 (27,560%)	302 (31,890%)	919 (97,042%)			
Total	363	270	314				

4.8 QUANTO À RETENÇÃO DENTÁRIA

A distribuição quanto a retenção dentária está mostrada na tabela 9, em cada uma das unidades avaliadas “in loco”, a partir das documentações ortodônticas coletadas nas mesmas.

Do total de documentações avaliadas, pode-se observar em números absolutos, que o fenômeno da retenção dentária se manifestou em um total de 249 indivíduos (conforme preceitos pré-estabelecidos em Materiais e Métodos), o que representa um percentual de 26,29 % do total geral da população estudada, e 698 indivíduos não a apresentou, o que representa um percentual de 73,71% do total geral da população estudada (tabela 9).

Ao se avaliar individualmente os grupos populacionais por regiões, verifica-se que em números absolutos, a amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Fortaleza-CE apresentou 92 indivíduos com retenção dentária e 271 indivíduos sem retenção (tabela 9). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 9,714% do total de indivíduos da amostra apresentaram agenesia e 28,616% do total de indivíduos da amostra não possuíam agenesia (tabela 9).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Maringá-PR apresentou 65 indivíduos com retenção dentária e 205 indivíduos sem retenção (tabela 9). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 6,863% do total de indivíduos da amostra possuíam retenção dentária e 21,647% do total de indivíduos da amostra não possuíam retenção (tabela 9).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Bauru-SP apresentou 92 indivíduos com retenção dentária e 222 indivíduos sem retenção (tabela 9). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 9,714% do total de indivíduos da amostra possuíam retenção dentária e 23,442% do total de indivíduos da amostra não possuíam retenção (tabela 9).

Tabela 9

Distribuição da Retenção Dentária entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras

VARIÁVEIS	Fortaleza	Maringá	Bauru	Total	Λ	GL	P
Com Retenção Dentária	92 (9,714%)	65 (6,863%)	92 (9,714%)	249 (26,291%)	2,318	2	0,313
Sem Retenção Dentária	271 (28,616%)	205 (21,647%)	222 (23,442%)	698 (73,705%)			
Total	363	270	314				

4.9 QUANTO À SOBRESSALIÊNCIA

A distribuição quanto à sobressaliência está mostrada na tabela 10, em cada uma das unidades avaliadas “in loco”, a partir das documentações ortodônticas coletadas nas mesmas.

Do total de documentações avaliadas, pode-se observar (conforme preceitos pré-estabelecidos em Materiais e Métodos) que a sobressaliência se manifestou de forma **normal** em um total de 374 indivíduos, o que representa um percentual de 39,49% do total geral da população estudada; **umentada** em um total de 406 indivíduos, o que representa um percentual de 42,87% do total geral da população estudada; **diminuída** em um total de 118, o que representa um percentual de 12,46 % do total geral da população estudada e **negativa** em um total de 49 indivíduos , o que representa um percentual de 5,17 % do total geral da população estudada (tabela 10).

Ao se avaliar individualmente os grupos populacionais por regiões, evidenciou-se que a amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Fortaleza-CE apresentou a sobressaliência se manifestando da forma **normal** em um total de 138 indivíduos, o

que representa um percentual de 14,572% do total geral da população estudada; **umentada** em um total de 163 indivíduos, o que representa um percentual de 17,212% do total geral da população estudada; **diminuída** em um total de 40, o que representa um percentual de 4,223% do total geral da população estudada e **negativa** em um total de 22 indivíduos, o que representa um percentual de 2,323% do total geral da população estudada (tabela 10).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Maringá-PR, apresentou a sobressaliência se manifestando da forma **normal** em um total de 126 indivíduos, o que representa um percentual de 13,305% do total geral da população estudada; **umentada** em um total de 98 indivíduos, o que representa um percentual de 10,348% do total geral da população estudada; **diminuída** em um total de 31, o que representa um percentual de 3,273% do total geral da população estudada e **negativa** em um total de 15 indivíduos, o que representa um percentual de 1,583% do total geral da população estudada (tabela 10).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Bauru-SP apresentou a sobressaliência se manifestando da forma **normal** em um total de 110 indivíduos, o que representa um percentual de 11,615% do total geral da população estudada; **umentada** em um total de 145 indivíduos, o que representa um percentual de 15,311% do total geral da população estudada; **diminuída** em um total de 47, o que representa um percentual de 4,963% do total geral da população estudada e **negativa** em um total de 12 indivíduos, o que representa um percentual de 1,267% do total geral da população estudada (tabela 10).

Tabela 10
Distribuição da Sobressaliência entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras

SOBRESSALIÊNCIA	Fortaleza	Maringá	Bauru	Total	Λ	GL	P
Trespasse Normal	138 (14,572%)	126 (13,305%)	110 (11,615%)	374 (39,492%)	13,308	6	0,038*
Trespasse Aumentado	163 (17,212%)	98 (10,348%)	145 (15,311%)	406 (42,871%)			
Trespasse Diminuído	40 (4,223%)	31 (3,273%)	47 (4,963%)	118 (12,459%)			
Trespasse Negativo	22 (2,323%)	15 (1,583%)	12 (1,267%)	49 (5,173%)			
Total	363	270	314				

* Estatisticamente significante para $p < 0.05$.

4.10 QUANTO À MORDIDA CRUZADA

A distribuição quanto a mordida cruzada está mostrada na tabela 11, em cada uma das unidades avaliadas “in loco”, a partir das documentações ortodônticas coletadas nas mesmas.

Do total de 947 documentações avaliadas, pode-se observar em números absolutos, que a mordida cruzada se manifestou em um total de 94 indivíduos, o que representa um percentual de 9,92 % do total geral da população estudada, e 853 indivíduos não a apresentou (conforme preceitos pré-estabelecidos em Materiais e Métodos), o que representa um percentual de 91,08% do total geral da população estudada (tabela 11).

Ao se avaliar individualmente os grupos populacionais por regiões, verifica-se que em números absolutos, a amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Fortaleza-CE apresentou 26 indivíduos com mordida cruzada e 337 indivíduos sem mordida cruzada (tabela 11). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que

2,748% do total de indivíduos da amostra possuíam mordida cruzada e 35,586% do total de indivíduos da amostra não possuíam mordida cruzada (tabela 11).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Maringá-PR apresentou 23 indivíduos com mordida cruzada e 247 indivíduos sem mordida cruzada (tabela 11). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 2,428% do total de indivíduos da amostra possuíam mordida cruzada e 26,082% do total de indivíduos da amostra não possuíam mordida cruzada (tabela 11).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Bauru-SP apresentou 45 indivíduos com mordida cruzada e 269 indivíduos sem mordida cruzada (tabela 11). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 4,751% do total de indivíduos da amostra possuíam mordida cruzada e 28,405% do total de indivíduos da amostra não possuíam mordida cruzada (tabela 11).

Tabela 11

Distribuição da Mordida Cruzada entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras

VARIÁVEIS	Fortaleza	Maringá	Bauru	Bauru	Λ	GL	P
Presença de Mordida Cruzada	26 (2,748%)	23 (2,428%)	45 (4,751%)	94 (9,927%)	10,514	2	0,005*
Ausência de Mordida Cruzada	337 (35,586%)	247 (26,082%)	269 (28,405%)	853 (90,073%)			
Total	363	270	314				

* Estatisticamente significativa para $p < 0.05$.

4.11 QUANTO À SOBREMORDIDA

A distribuição quanto a sobremordida está mostrada na tabela 12, em cada uma das unidades avaliadas “in loco”, a partir das documentações ortodônticas coletadas nas mesmas.

Do total de 947 documentações avaliadas, pode-se observar em números absolutos, que a sobremordida acentuada se manifestou em um total de 58 indivíduos, o que representa um percentual de 6,12% do total geral da população estudada, e 889 indivíduos não a apresentou (conforme preceitos pré-estabelecidos em Materiais e Métodos), o que representa um percentual de 93,88% do total geral da população estudada (tabela 12).

Ao se avaliar individualmente os grupos populacionais por regiões, verifica-se que em números absolutos, a amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Fortaleza-CE apresentou 17 indivíduos com sobremordida acentuada e 346 indivíduos sem sobremordida acentuada (tabela 12). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 1,795% do total de indivíduos da amostra possuíam sobremordida acentuada e 36,536% do total de indivíduos da amostra não possuíam sobremordida acentuada (tabela 12).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Maringá-PR apresentou 7 indivíduos com sobremordida acentuada e 263 indivíduos sem sobremordida acentuada (tabela 12). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 0,739% do total de indivíduos da amostra possuíam sobremordida acentuada e 27,771% do total de indivíduos da amostra não possuíam sobremordida acentuada (tabela 12).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Bauru-SP apresentou 34 indivíduos com sobremordida acentuada e 280 indivíduos sem sobremordida acentuada (tabela 12). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 3,590% do total de indivíduos da amostra possuíam sobremordida acentuada e 29,567% do total de indivíduos da amostra não possuíam sobremordida acentuada (tabela 12).

Tabela 12
Distribuição da Sobremordida entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras

VARIÁVEIS	Fortaleza	Maringá	Bauru	Bauru	Λ	GL	P
Presença de Sobremordida Acentuada	17 (1,795%)	7 (0,739%)	34 (3,590%)	58 (6,124%)	19,251	2	0,000*
Ausência de Sobremordida Acentuada	346 (36,536%)	263 (27,771%)	280 (29,567%)	889 (93,874%)			
Total	363	270	314				

* Estatisticamente significativa para $p < 0.05$.

4.12 QUANTO A PRESENÇA DE DIASTEMA

A distribuição quanto a presença de diastema está mostrada na tabela 13, em cada uma das unidades avaliadas “in loco”, a partir das documentações ortodônticas coletadas nas mesmas.

Do total de 947 documentações avaliadas, pode-se observar em números absolutos, que o diastema interincisal se manifestou em um total de 97 indivíduos, o que representa um percentual de 10,24% do total geral da população estudada, e 850 indivíduos não o apresentou, o que representa um percentual de 90,76% do total geral da população estudada (tabela 13).

Ao se avaliar individualmente os grupos populacionais por regiões, verifica-se que em números absolutos, a amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Fortaleza-CE apresentou 27 indivíduos com diastemas interincisais e 336 indivíduos sem diastemas (tabela 13). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 2,851% do total de indivíduos da amostra possuíam diastemas interincisais e 35,480% do total de indivíduos da amostra não possuíam diastemas (tabela 13).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Maringá-PR apresentou 21 indivíduos com

diastemas interincisais e 249 indivíduos sem diastemas (tabela 13). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 2,217% do total de indivíduos da amostra possuíam diastemas interincisais e 26,293% do total de indivíduos da amostra não possuíam diastemas (tabela 13).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Bauru-SP apresentou 49 indivíduos com diastemas interincisais e 265 indivíduos sem diastemas (tabela 13). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 5,174% do total de indivíduos da amostra possuíam diastemas interincisais e 27,983% do total de indivíduos da amostra não possuíam diastemas (tabela 13).

Tabela 13

Distribuição do Diastema entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras

VARIÁVEIS	Fortaleza	Maringá	Bauru	Total	Λ	GL	P
Presença de Diastema	27 (2,851%)	21 (2,217%)	49 (5,174%)	97 (10,242%)	14,711	2	0,000*
Ausência de Diastema	336 (35,480%)	249 (26,293%)	265 (27,983%)	850 (89,756%)			
Total	363	270	314				

* Estatisticamente significante para $p < 0.05$

4.13 QUANTO A PRESENÇA DE MICRODONTIA E SUPRANUMERÁRIO

A distribuição quanto a presença de microdontia e supranumerário está mostrada nas tabelas 14 e 15 em cada uma das unidades avaliadas *in loco*, a partir das documentações ortodônticas coletadas nas mesmas.

Do total de documentações avaliadas, pode-se observar em números absolutos, que a microdontia se manifestou em 17 indivíduos, isto representa um percentual de 1,79% do total geral da população estudada, e 930 indivíduos não a apresentou, o que representa um percentual de 98,21% do total geral da população estudada (tabela 14). A ocorrência de dentes supranumerários se manifestou em 16

indivíduos, o que representa um percentual de 1,68% do total geral da população estudada, e 931 indivíduos não os apresentou, o que representa um percentual de 98,32% do total geral da população estudada (tabela 15).

Ao se avaliar individualmente os grupos populacionais por regiões, verifica-se que em números absolutos, a amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Fortaleza-CE apresentou 6 casos com microdontia e 9 casos com supranumerários (tabelas 14 e 15). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 0,633% do total de indivíduos da amostra possuíam microdontia e 0,950% do total de indivíduos da amostra possuíam dentes supranumerários (tabelas 14 e 15).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Maringá-PR apresentou 3 casos com microdontia e 5 casos com supranumerários (tabelas 14 e 15). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 0,316% do total de indivíduos da amostra possuíam microdontia e 0,527% do total de indivíduos da amostra possuíam dentes supranumerários (tabelas 14 e 15).

A amostra pesquisada no curso de especialização em Ortodontia promovido pela seccional das Faculdades Ingá de Bauru-SP apresentou 8 casos com microdontia e 2 casos com supranumerários (tabelas 14 e 15). Isso representa respectivamente em termos percentuais, que 0,844% do total de indivíduos da amostra possuíam microdontia e 0,211% do total de indivíduos da amostra possuíam dentes supranumerários (tabelas 14 e 15).

Tabela 14

Distribuição da Microdontia entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras

VARIÁVEIS	Fortaleza	Maringá	Bauru	Total	Λ	GL	P
Presença de Microdontia	6 (0,633%)	3 (0,316%)	8 (0,844%)	17 (1,793%)	1,767	2	0,413
Ausência de Microdontia	357 (37,696%)	267 (28,194%)	306 (32,312%)	930 (98,207%)			

Tabela 15

Distribuição de Dentes Supranumerários entre as Populações Estudadas nas Três Regiões Brasileiras

VARIÁVEIS	Fortaleza	Maringá	Bauru	Total	Λ	GL	P
Presença de Supranumerário	9 (0,950%)	5 (0,527%)	2 (0,211%)	16 (1,688%)	3,500	2	0,173
Ausência de Supranumerário	354 (37,381%)	265 (27,983%)	312 (32,946%)	931 (98,312%)			
Total	363	270	314				

Discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Na literatura pertinente, autores como Frazão et al.(2002); Freitas et al.(2002), afirmam que o conhecimento da situação de saúde bucal de diferentes grupos populacionais, por meio de levantamentos epidemiológicos, é fundamental para o desenvolvimento de propostas de ações adequadas às suas necessidades e riscos, bem como para a possibilidade de comparações que permitam avaliar o impacto dessas ações. Suliano et al. (2007); Cavalcanti et al. (2008) destacam que atualmente as maloclusões constituem o terceiro maior problema odontológico, após a cárie dentária e a doença periodontal, e que a incidência das mesmas tem aumentado progressivamente e vêm alcançando um número preocupante.

Entretanto, Freitas et al. (2002); Monini et al. (2010) ponderam que mesmo sendo a literatura rica quanto a estes tópicos, poucos trabalhos têm definido os tipos mais freqüentes de más oclusões dos pacientes que procuram especificamente o tratamento ortodôntico. Concluem que estes dados são úteis para orientar o clínico ou a instituição na organização e sistematização do seu atendimento ortodôntico.

Na revisão da literatura, autores como Ast, Allaway e Draker (1962), mostraram que a fluoretação da água de abastecimento público tem uma relação direta na determinação das anormalidades oclusais, influenciando de alguma forma na prevalência das más oclusões. No presente estudo, para efeito de comparação dos resultados obtidos, devem ser levados em consideração que as amostras populacionais analisadas pertencem a cidades com fluoretação da água de abastecimento público.

Demasiada variação na diversidade dos resultados é encontrada na literatura quando se trata deste tipo de investigação. Alguns fatores que merecem destaque na justificativa é o do critério metodológico empregado na avaliação oclusal, pela diferença na formação dos profissionais envolvidos no levantamento epidemiológico, fatores socioeconômicos (Tomita et al. 2000) e etnia das amostras estudadas. Especificamente nesta pesquisa, não se levou em consideração a variável etnia como fator para coleta de dados das características oclusais nas três regiões avaliadas.

A amostra desta investigação foi constituída de 947 documentações ortodônticas completas (telerradiografia, panorâmica, fotografias intra e extra-orais e modelos de gesso) coletadas em três regiões diferentes do Brasil (Nordeste, Sul e Sudeste), avaliadas por um único observador calibrado.

As citadas características oclusais tratadas na presente investigação dispensam a necessidade de subjetividade no critério de avaliação por parte do examinador. Prova disso, após pesquisa na literatura compulsada, encontra-se suportada na metodologia empregada nos trabalhos de Freitas et al (2002), Faria (2003), Kaneshima (2004), Thomaz e Valença (2005), Farias et al. (2006), Gomes (2007), Almeida- Pedrin et al. (2008), Borba et al. (2008), Martins (2008), Soares et al. (2008) e Monini et al. (2010). Baseado nos estudos destes pesquisadores optou-se pela não realização do cálculo do erro intra-examinador.

Para melhor compreensão e interpretação dos dados, o item discussão foi didaticamente dividido em tópicos.

5.2 QUANTO À IDADE

Ao se analisar a tabela 2 e quadro 2 referente à média de idade da amostra estudada, verifica-se a diversidade da mesma. Pelo teste aplicado pode-se concluir que existe uma diferença estatisticamente significativa na média de idade do público pesquisado em Maringá-PR. Esta amostra possui uma média de idade menor do que as outras duas populações pesquisadas (Fortaleza-CE e Bauru-SP), nas quais não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de idade das populações das mesmas.

A provável explicação reside no fato de que o tratamento ortodôntico realizado nesta unidade abrange, com mais frequência que as outras unidades pesquisadas, um público voltado para a ortodontia preventiva. Parte disso é proveniente de casos tratados por alunos da graduação, os quais se somam as documentações ortodônticas armazenadas em arquivo da referida instituição.

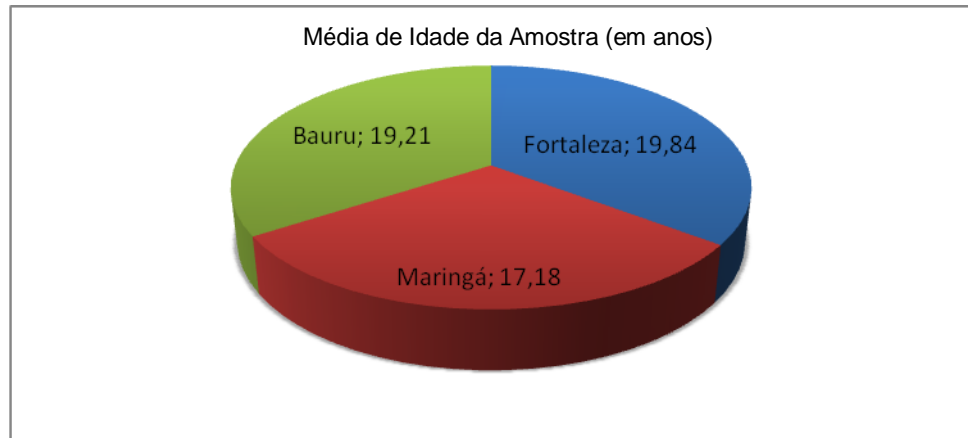


Gráfico 2: Média de Idade da Amostra (em anos)

5.3 QUANTO À RELAÇÃO OCLUSAL ÂNTERO-POSTERIOR

Observando, no presente levantamento, a relação interarcos no sentido sagital avaliada pela classificação de Angle e/ou Andrews, detectou-se que a má oclusão de maior prevalência foi a Classe I, com 52,69%, do total geral da amostragem, seguida da Classe II com 41,71% e finalmente a Classe III que ocorreu com apenas 5,59% da população estudada (quadro 3). Estes resultados são compatíveis com os encontrados por Korkhaus (1928) que coletou a normo-oclusão em 69,29% dos casos; Almeida, Fêo e Martins (1970) detectaram-na em 62,6%; Isiekwe (1983) 76,8%; Bishara et al. (1988) 61,6%; Silva Filho (1989) 55%; Soares et al. (2008) 51,84% e Monini et al. (2010) 54,12%, entretanto, não são concordantes com os de Freitas et al. (2002) 50% e Waked et al. (2004) 52,6%, que encontraram maior percentual para maloclusões em indivíduos de Classe II.

Avaliando-se individualmente os locais estudados (Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP), observa-se que as prevalências dos relacionamentos oclusais Classe I, II e III seguem a mesma ordem de frequência que o resultado apresentado pela população da amostra como um todo. As diferenças apresentadas entre as mesmas não são estatisticamente significantes (quadro 3).

Martins (1998) cita Maia, o qual considera valores baixos para a frequência da Classe II como um problema de metodologia de classificação. Afirmou que algumas más oclusões de Classe II de caninos com relação molar normal (Classe I) eram classificados como Classe I e, pelo menos 50% das más oclusões de Classe I

apresentavam caninos em Classe II. A relação dos caninos nos casos de relação molar topo-a-topo é que será determinante para a classificação.

O fator hábito e algumas doenças respiratórias exercem papel importante no estabelecimento e determinação de um relacionamento oclusal Classe II. Entretanto, não foi realizada a pesquisa; seja em formulário próprio de hábitos (sucção digital, chupeta, mamadeira e outros) e/ou história médica de todos os pacientes, seja no preenchimento dos formulários constantes na própria documentação ortodôntica. No primeiro caso a dificuldade foi a localização dos pacientes com tratamento finalizado; no segundo caso, nem todas as fichas com histórico médico e/ou hábitos estavam preenchidas, o que produziria um prejuízo da amostra.

A porcentagem de relação molar Classe III encontrada no presente estudo foi de 5,595%, valor que se aproxima de Korkhaus (1928) 4,2%; Barrow e White (1952) 9%; Gardiner (1982) 5%; Isiekwe (1983) 8,4%; Freitas et al. (2002) 2%; Waked et al. (2004) 10,5%; Soares et al. (2008) 8,64% e Monini et al. (2010) 4,12%. Valores bem abaixo foram encontrados por Gardiner (1956) 0,6%; Goose, Thomson e Winter (1957) 2,9%; Almeida, Fêo e Martins (1970) 0,6% e Krzypow, Lieberman e Modan (1975) 2,6%.

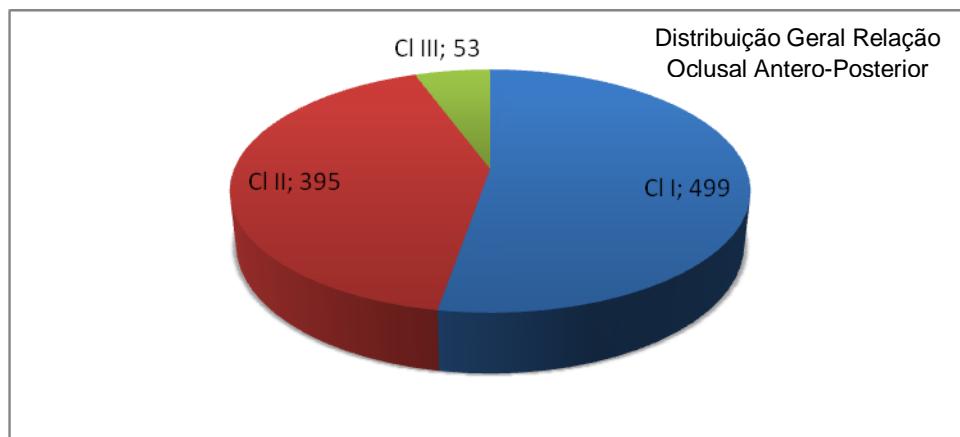


Gráfico 3: Distribuição Geral da Relação Oclusal Antero-Posterior

5.4 QUANTO À PRESENÇA DO APINHAMENTO

Quanto a presença de apinhamento obteve-se, nesta pesquisa, o índice geral de 69,9%. Este percentual encontrado foi semelhante aos obtidos por Freitas et al. (2002) 69%, Waked et al. (2004) 64,5% respectivamente, porém, distantes dos

encontrados por Thomaz e Valença (2005), 21,6%. Os autores Frazão et al. (2002) relatam que a prevalência e a severidade das oclusopatias têm aumentado nos últimos 200 anos, especialmente o apinhamento dentário, enquanto Freitas et al. (2002) infere parecer mesmo existir uma relação direta entre a quantidade de apinhamento superior e a quantidade de apinhamento inferior.

Avaliando-se individualmente os locais estudados (Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP), observa-se que as prevalências dos apinhamentos nestas, seguem a mesma ordem de freqüência que o resultado apresentado pela população da amostra como um todo. As diferenças apresentadas entre as mesmas não são estatisticamente significantes (quadro 4).

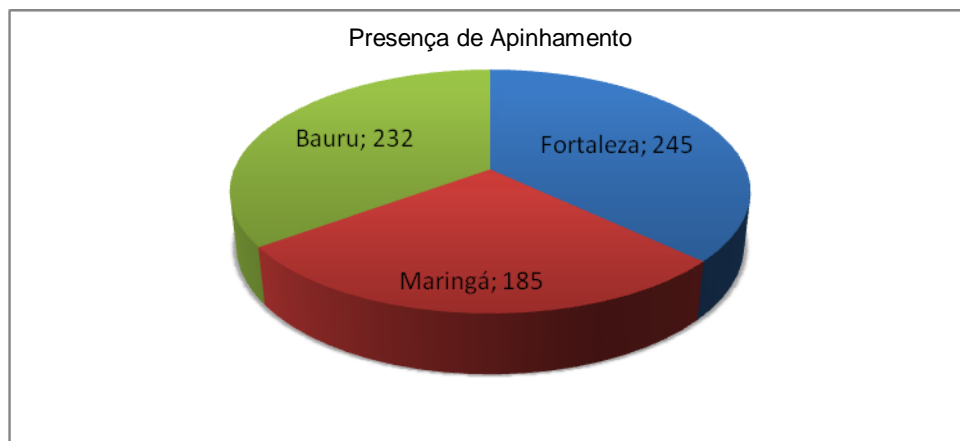


Gráfico 4: Presença de Apinhamento

5.5 QUANTO À RELAÇÃO TRANSVERSAL

Na modalidade de relação transversal, o atributo de mordida cruzada obteve o índice geral de 9,92%, na presente pesquisa. Neste item foram somadas tanto as mordidas cruzadas unilaterais quanto as bilaterais do total da amostra pesquisada. O percentual geral encontrado foi semelhante aos obtidos por Infante (1975) 7,1%; Silva Filho; Capelozza Filho et al. (2003) 12,84% respectivamente, porém, distantes dos encontrados por Gandini (1993) que foi de 23%; Freitas et al. (2002) 27%; Waked et al. (2004) 34,2%; Thomaz e Valença (2005), 20,83% e Cavalcanti et al. (2006) 17,83%.

Avaliando-se individualmente os locais estudados (Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP), observa-se que a prevalência da mordida cruzada foi maior na cidade

de Bauru-SP, onde as diferenças apresentadas entre esta e as outras duas localidades são estatisticamente significantes (quadro 5).

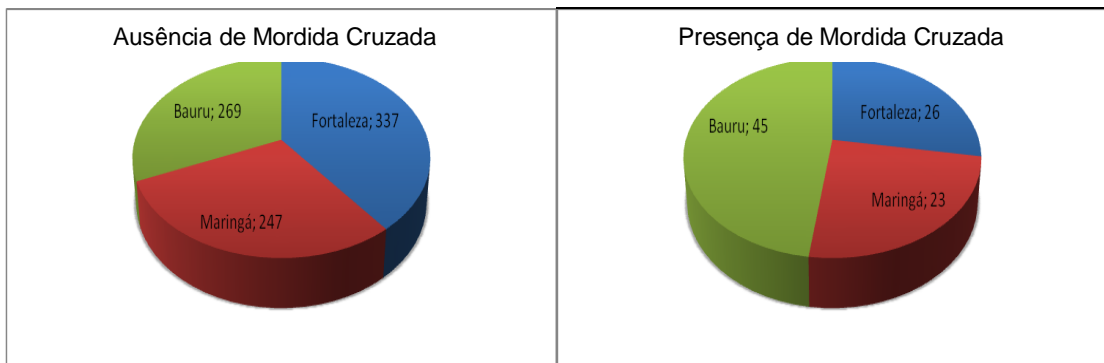


Gráfico 5: Ausência e Presença de Mordida Cruzada

5.6 QUANTO À RELAÇÃO VERTICAL ANTERIOR

O percentual de sobremordida acentuada foi de 6,12% do total geral das amostras coletadas, valor bem inferior aos de Horowitz e Doyle (1970) 49%; Waked et al. (2004) 78,9% e Soares et al. (2008) 96,43%. Isso ocorreu devido ao fato dos três primeiros autores realizarem suas pesquisas em crianças de idade precoce. Entretanto, de acordo com a metodologia empregada nesta pesquisa, os resultados aproximaram-se aos de Gandini (1993) 9,8%, que divide o índice mordida profunda em: normal, moderado e acentuado. Vale ressaltar que foram computadas como acentuadas, as sobremordidas maiores que 6mm.

Avaliando-se individualmente os locais estudados (Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP), observa-se que a prevalência da sobremordida acentuada foi maior na cidade de Bauru-SP, onde as diferenças apresentadas entre esta e as outras duas localidades são estatisticamente significantes (quadro 6).

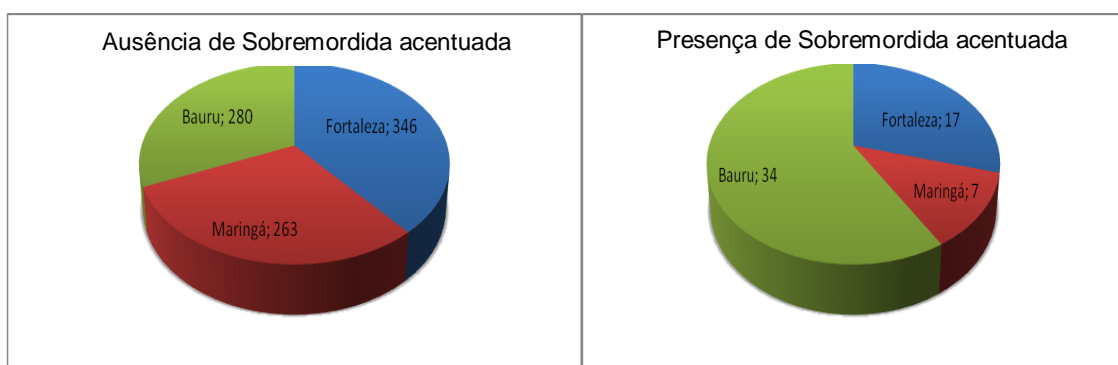


Gráfico 6: Ausência e Presença de Sobremordida acentuada

Em se tratando de mordida aberta, o percentual encontrado foi de 11,29% do total geral das amostras coletadas e assemelhou-se ao encontrado por Freitas et al. (2002) 9%; Waked et al. (2004) 15,8% e Thomaz e Valença (2005) 15,5%, bem distante dos valores encontrados por Iwasa et al. (2003) 4,7%; Silva Filho; Capelozza Filho et al. (2003) 6,99%; Sousa et al. (2007) 20,6%; Soares et al. (2008) 26,03% e Monini et al. (2010) 34,79%.

Avaliando-se individualmente os locais estudados (Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP), observa-se que a prevalência da mordida aberta foi maior na cidade de Maringá-PR, onde as diferenças apresentadas entre esta e as outras duas localidades são estatisticamente significantes (quadro 7).

Considerando que a amostra da localidade de Maringá-PR possui uma média de idade, estatisticamente comprovada, menor do que as outras duas localidades estudadas, e segundo os pesquisadores Freitas et al.,(2002) e Sousa et al. (2007), os quais relatam que alguns estudos transversais têm mostrado um decréscimo na frequência de algumas más oclusões com o avanço da maturação, dentre elas a Mordida Aberta Anterior, onde a principal causa dessa diminuição deve-se às alterações de crescimento, modificações dentárias e diminuição da prevalência de hábitos deletérios com o avanço da idade.

Partindo dessa premissa, outro teste estatístico foi realizado com o intuito de tentar explicar se a maior prevalência da mordida aberta na citada localidade poderia ser atribuída à menor idade média da amostra.

A conclusão obtida foi que na população estudada em Maringá-PR há realmente maior prevalência de mordida aberta, já que não houve diferenças estatísticas significantes nas três regiões pesquisadas nos casos da prevalência de mordida aberta em indivíduos maiores de 12 anos (Tabela 6).

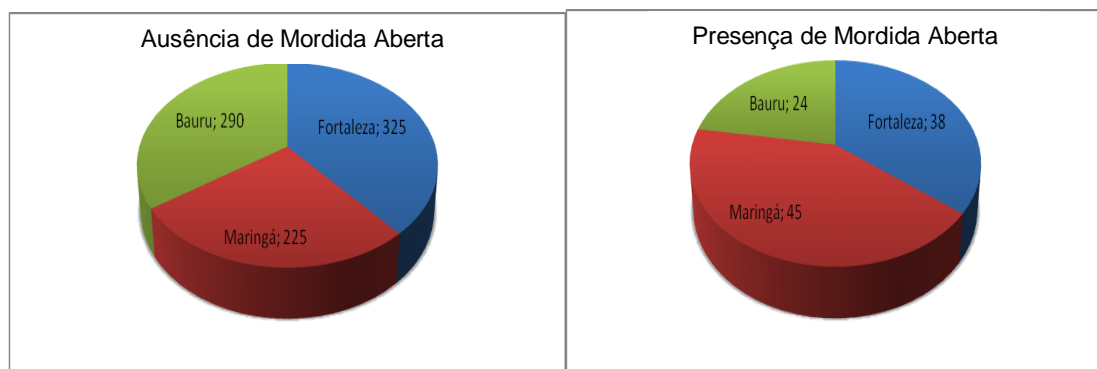


Gráfico 7: Ausência e Presença de Mordida Aberta

5.7 QUANTO A AUSÊNCIA DENTÁRIA

5.7.1 Quanto a Perdas Dentárias

O objetivo do presente tópico, mesmo que de forma ilustrativa, é avaliar a prevalência da perda de primeiros e segundos molares na população que busca o tratamento ortodôntico. A revisão da literatura é escassa de trabalhos que versem sobre esse tema.

Prova disso é a afirmativa de autores como Barbato et al. (2007) ao ponderar que apesar de ser um problema de saúde pública, as perdas dentárias vêm sendo pouco investigadas no Brasil. O autor destaca que pesquisa realizada no MEDLINE, Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO) e LILACS utilizando como descritor de assunto “perda de dente”, associado ao aspecto “epidemiologia”, com os limites “humanos adultos”, no período de 1997 a 2006 (exceção à BBO – até 2005), nos idiomas “português”, “espanhol” e “inglês”, encontrou apenas uma publicação. Pesquisa na base SciELO, utilizando os descritores “perda de dente”, “perda dentária” e “tooth loss” identificou quatro publicações com a temática, porém apenas um estudo epidemiológico.

Normando et al. (2003) encontraram a prevalência de 27,64% na perda de primeiros molares inferiores. Na presente investigação, 18,05% do total geral das perdas dentárias registradas na população estudada corresponderam ao do grupo molar, excetuando-se os terceiros. Este grupo, especificamente, foi responsável pelo percentual de 90,47% do total das perdas dentárias computadas.

Avaliando-se individualmente os locais estudados (Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP), observa-se que a prevalência das perdas dentárias nestas, seguem a mesma ordem de frequência que o resultado apresentado pela população da amostra como um todo. As diferenças apresentadas entre as mesmas não são estatisticamente significantes (tabela 7).

5.7.2 Quanto à Agenesia

Apesar de serem contabilizados neste estudo prováveis casos de agenesias dentárias, excluindo-se o do grupo molar, seu efeito é meramente ilustrativo, sem valor científico devido à dificuldades técnicas em diferenciá-las dos casos de perdas

dentárias. Essas dificuldades podem ser explicadas pela imprecisão e caráter subjetivo de uma entrevista e avaliação clínica com os sujeitos da amostra, para o estabelecimento da citada diferenciação e tentativa de uma maior fidelização dos dados. Mesmo que todos os pacientes da amostra pesquisada fossem contactados, ainda assim, os resultados seriam imprecisos e passíveis de dúvidas.

Contudo, seguindo o protocolo de algumas pesquisas publicadas na literatura que versam sobre o tema e para efeito comparativo, o total de agenesias obtido nesta pesquisa atingiu o índice de 2,95%. Este percentual geral encontrado foi semelhante aos obtidos por Carvalho e Rodini (2003) 6,79%; Simões; Bozzo et al. (2007) 7,9% respectivamente, porém, distantes dos encontrados por Castro et al. (2004) 22,5%; Borba et al. (2010) 40,6%.

Todos os autores pesquisados neste trabalho, que realizaram levantamento epidemiológico com o objetivo de detectar a prevalência de agenesias, concordam que os terceiros molares são o grupo de dentes mais freqüentemente ausentes. Excluindo-se este grupo, há uma discordância na maior prevalência da agenesia entre incisivos laterais superiores e os segundos pré-molares inferiores confirmado pelos trabalhos de Garib et al. (2010); Borba et al. (2010); Simões; Bozzo et al. (2007); Guedes-Pinto et al., (2007); Mundstok, Bortolini e Braga (2009).

Autores como Guedes-Pinto et al. (2007) consideram que a etiologia das agenesias pode estar relacionada a fatores nutricionais, traumáticos, infecciosos, hereditários ou filogenético. Também são citados outros fatores como as doenças virais, na qual destaca-se a rubéola ou certos distúrbios endócrinos. Entretanto, a hereditariedade tem sido considerada o fator etiológico principal da agenesia dentária. Essa hipótese parece ser confirmada pelos trabalhos de Mundstok, Bortolini e Braga (2009), pois afirmam que os genes MSX1 e PAX9 possuem um papel importante no desenvolvimento craniofacial, incluindo na formação dos dentes. Mutações nos genes PAX9 e MSX1 já foram descritas como responsáveis por alguns tipos de agenesia dentária em humanos.

Autores como Carvalho e Rodini (2003) acreditam que a agenesia nos pacientes corrobora com a teoria reducional de Bolk, e com a maioria dos pesquisadores da literatura compulsada, observando que o tratamento desse tipo de anomalia é uma questão multidisciplinar onde é envolvido o clínico, o odontopediatra, o ortodontista e, muitas vezes, o fonoaudiólogo.

Avaliando-se individualmente os locais estudados (Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP), observa-se que a prevalência das disgenesias nestas, seguem a mesma ordem de frequência que o resultado apresentado pela população da amostra como um todo. As diferenças apresentadas entre as mesmas não são estatisticamente significantes (tabela 8).

5.8 QUANTO A RETENÇÃO DENTAL

Quanto a presença de retenções dentárias verificadas na amostra geral, obteve-se nesta pesquisa, o índice de 60,24% correspondente à retenção dos terceiros molares, 29,31% das retenções corresponderam aos caninos, 4,41% aos pré-molares, 0,80% aos segundos molares inferiores e 0,80% aos incisivos centrais superiores.

Ao ser feita a comparação desta, com os resultados obtidos por alguns autores, pode-se detectar visíveis variações entre as mesmas. Pesquisadores como Willis cita a incidência geral de 21,9% de retenção dos terceiros molares inferiores e 17,5% nos terceiros molares superiores. Valmaseda-Castellón, De-la-Rosa-Gay e Gay-Escoda (1999) encontraram para os segundos molares o percentual de 0,08% na frequência de retenção dentária e 0,01% de frequência para o primeiro molar inferior. Barbosa et al. (2007) encontraram 1,26% para caninos retidos. Bondemark e Tsiopa (2007) relataram entre 0,06% a 0,3% para segundos molares permanentes. Caovilla (2005) encontrou 0,43% para os caninos. Farias; Sarmiento et al., (2003) encontraram 43,1% de média para os terceiros molares, 1,9% para os caninos e 0,7% para os pré-molares.

Apesar da aparente dificuldade de concordância entre os dados apresentados, provavelmente devido à maior abrangência da amostra de alguns autores, os quais se utilizaram da retenção secundária no conceito de retenção dental; existe unanimidade entre os pesquisadores consultados e os dados desta investigação, quanto à maior prevalência dos terceiros molares no fenômeno da retenção dental.

Devido à dificuldade na localização dos pacientes com tratamento ortodôntico finalizado, não se realizou entrevista clínica com os mesmos, no intuito de contabilizar àqueles que removeram elementos inclusos/ retidos previamente a

realização da documentação ortodôntica, o que pode ter subestimado a contagem dos mesmos, principalmente a dos terceiros molares retidos/impactados.

Avaliando-se individualmente os locais estudados (Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP), observa-se que a prevalência da retenção dentária nestas, seguem a mesma ordem de freqüência que o resultado apresentado pela população da amostra como um todo. As diferenças apresentadas entre as mesmas não são estatisticamente significantes (tabela 9).

5.9 QUANTO À RELAÇÃO HORIZONTAL ANTERIOR

Com relação ao trespasse horizontal, a condição **normal** foi a mais prevalente com 39,49% do total geral da população estudada, aproximando-se dos valores encontrados por Gandini (1993) 42,3%; Reyes, Sheen e Garcia-Godoy (1980) 53% e Monini et al. (2010) 60,3%. Diferiu-se dos percentuais obtidos por Hill (1992), que encontrou valores de 72,5%, 75,2% e 82,7% para as idades de 9,12 e 15 anos respectivamente, e Horowitz e Doyle (1970) 9%. Analisando o trespasse horizontal **acentuado** verificamos que o valor encontrado de 42,87% do total geral da população estudada é semelhante ao encontrado por Cavalcanti et al. (2008) 48,0% e difere daqueles observados por Gandini (1993) 12,5% para crianças de 6 a 12 anos; Horowitz e Doyle (1970) 13%; Helm (1977) 14,5% e Hill (1992) 17,5%, 16% e 8% para as idades de 9,12 e 15 anos respectivamente. Ao ser analisado a relação de incisivos **diminuída**, que representou 12,46% do total geral da população estudada, constatou-se que foi muito semelhante ao obtido por Reyes e Sheen (1980) 13%, sendo superior aos obtidos por Gandini (1993) 2,7%. Em relação ao trespasse horizontal **negativo** ou mordida cruzada anterior, o índice obtido de 5,17% estava semelhante aos valores encontrados por Silva Filho, Freitas e Cavassan (1989) 7,6%; Infante (1975) 4,1% e Gandini (1993) 3,0%.

Vale à pena ressaltar que a incongruência constatada nos resultados entre a presente pesquisa comparada aos resultados de outros autores mencionados, pode residir no fato da utilização de faixas etárias diferentes, bem como na metodologia empregada. Prova disso, são as afirmações de Korkhaus (1928) que acreditava na melhoria espontânea, com o avanço da idade, de algumas variáveis oclusais como o trespasse horizontal acentuado, bem como Hill (1992) demonstrou redução no percentual do trespasse horizontal acentuado com o avanço da faixa etária.

Avaliando-se individualmente os locais estudados (Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP), observa-se que, embora com média de idade menor, a prevalência da condição de trespasse horizontal **normal** foi maior na cidade de Maringá-PR, onde as diferenças apresentadas entre esta e as outras duas localidades são estatisticamente significantes (tabela 10).

5.10 QUANTO A PRESENÇA DE MICRODONTIA E DENTES SUPRANUMERÁRIOS

Quanto a presença de microdontia e dentes supranumerários obteve-se, nesta pesquisa, que a microdontia se manifestou em um total de 17 indivíduos, o que representa um percentual de 1,79% do total geral da população estudada. Os dentes supranumerários se manifestaram em um total de 16 indivíduos, o que representa um percentual de 1,68% do total geral da população estudada. O percentual geral encontrado para dentes supranumerários foi semelhante aos obtidos por Faria e Paulo (2003) 2,4%; Gomes (2007) 3,0% respectivamente. Para microdontia, 4,7% de Baccetti (1998) ou 2,0% obtidos por Faria e Paulo (2003). Entretanto, distantes dos 20,69% encontrados por Gomes (2007).

Avaliando-se individualmente os locais estudados (Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP), observa-se que as prevalências de microdontia e dentes supranumerários, seguem a mesma ordem de frequência que o resultado apresentado pela população da amostra como um todo. As diferenças apresentadas entre as mesmas não são estatisticamente significantes (Tabelas 14 e 15).

5.11 QUANTO À PRESENÇA DE DIASTEMAS

O atributo diastema interincisal, obteve o índice percentual geral de 10,24%, na presente pesquisa. Foi semelhante aos obtidos por Martins (2008) 14,8% e Cal Neto et al. (2002) 7%.

Cal Neto et al. (2002) cita Taylor, que relacionou a presença do diastema com a idade, encontrando uma incidência de 97% aos 6 anos, baixando para 49% aos 10 anos e caindo bruscamente para 7% dos 12 anos em diante. Contudo, essa redução representa os casos em que observa-se a correção fisiológica, que ocorre no final da dentição mista com a erupção de caninos superiores. Observou também que

paralelamente a maturação do complexo crânio-facial e evolução da dentição e da oclusão, o diastema diminui de tal modo que os 7% compreendidos entre os 12 e 18 anos de idade seriam os diastemas patológicos, que necessitariam intervenção mecânica. Portanto, o exame detalhado do paciente, exige sua correlação com a fase do desenvolvimento da oclusão, quando se analisa um diastema.

Avaliando-se individualmente os locais estudados (Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP), observa-se que a prevalência de diastemas interincisais foi maior na cidade de Bauru-SP, onde as diferenças apresentadas entre esta e as outras duas localidades são estatisticamente significantes (quadro 8).

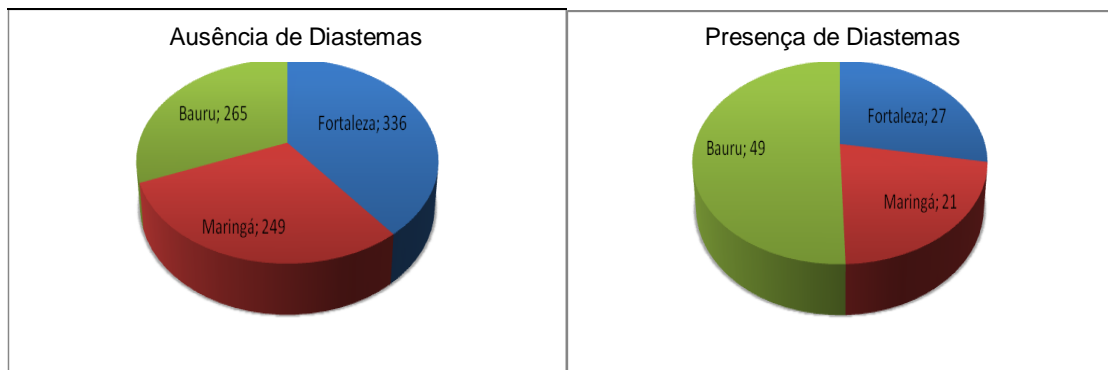


Gráfico 8: Ausência de Diastemas e Presença de Diastemas

5.12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente, o trabalho proposto não se esgota nesta investigação. Uma análise que incida sobre outras características observáveis em documentação ortodôntica, a inserção dos fatores sócio-econômicos na amostra pesquisada, além da inclusão da população das regiões Norte e Centro-Oeste do país, é sem dúvida uma pesquisa necessária no campo da Ortodontia que ora se expande. Esse é o nosso próximo desafio.

Conclusão

6 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou a existência de diferenças regionais na prevalência das características oclusais avaliadas.

A relação oclusal de Classe I foi a má oclusão mais prevalente 52,69%, seguida da Classe II com 41,71% e finalmente a Classe III que ocorreu em apenas 5,59% da população avaliada, e que nos locais estudados (Fortaleza-CE, Maringá-PR e Bauru-SP), observa-se que as prevalências dos relacionamentos oclusais Classe I, II e III seguem a mesma ordem de frequência que o resultado apresentado pela população geral da amostra.

A investigação mostrou que os pacientes da unidade de Bauru-SP possuem uma maior prevalência de mordida cruzada (4,75%) e diastemas (5,17%) do que as outras unidades investigadas. Segundo a relação vertical, o percentual geral da mordida aberta (11,29%) foi maior que a sobremordida acentuada (6,12%). Esta foi mais prevalente nos pacientes da unidade de Bauru-SP (3,59%), enquanto que a prevalência da mordida aberta foi maior em Maringá-PR do que nas outras unidades investigadas. Quanto ao relacionamento horizontal, a sobressaliência aumentada foi mais prevalente nos pacientes das unidades de Fortaleza-CE (17,21%) e Bauru-SP (15,31%), enquanto que na unidade de Maringá-PR prevaleceu a sobressaliência do tipo normal (13,30%).

O presente estudo propôs-se a pesquisar oclusopatias nas unidades citadas e compará-las, explicitando diferenças no índice da necessidade de tratamento ortodôntico entre estas, tendo como objetivo estabelecer a consciência para uma ação de políticas públicas em que se devem respeitar as individualidades regionais.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-PEDRIN SILVA, E.E.; FERREIRA, F.P.C.; ALMEIDA, M.R. Prevalência de más oclusões em jovens de seis a doze anos de idade na cidade de Miranda/MS. **Ortodontia SPO** 2008; 41(4):384-92.

ALMEIDA, R.R.; FÊO, P.S.; MARTINS, D.R. Influência da fluoretação na prevalência de más oclusões. **Estomatol. Cult.** 1970; 4: 34-42.

ANDREWS, L. F. The six keys to normal occlusion. **Am. J. Orthod Dentofacial Orthop.** 1972; 62(3): 296-309.

ANGLE, E. H. Classification of malocclusion. **Dent. Cosmos** 1899;41: 248-64.

AST, D. B.; ALLAWAY, N.; DRAKER, H.L. The prevalence of malocclusion, related to dental caries and lost first permanent molars, in a fluoridated city and fluorid deficient city. **Am. J. Orthod.** 1962; 48: 106-13

BARBATO, P. R.; NAGANO, H. C. M.; ZANCHET, F. N.; BOING, A. F.; PERES, M. A. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficas e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad. Saúde Pública** 2007, Rio de Janeiro, 23(8): 1803-1814.

BARROW, V. G.; WHITE, R. J. Developmental changes of the maxillary and mandibular dental arches. **Rev. Angle Orthod.** 1952 p. 41-45.

BISHARA, S. E. et al. - Changes in the molar relationship between the deciduous and permanent dentitions: A longitudinal study. **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.** 1988; 93: 19-28.

BONDEMARK, L; TSIOPA, J. Prevalence of ectopic eruption, impaction, retention and agenesis of the permanent second molar. **Angle Orthodontist**, 2007; 77(5): 773-78.

BORBA, G.V.C.; PEREIRA, K. F. S.; SILVA, P. G. Levantamento da prevalência de agenesias dentais em pacientes com idade entre 7 e 16 anos. **RGO**, Porto Alegre 2010; 58(1): 35-39.

CAOVILLA, S. A. de O. **Avaliação clínico-radiográfica quanto a prevalência, localização e posicionamento de caninos superiores retidos.** Dissertação de Mestrado, Universidade Vale do Rio Verde (UNINCOR), Belo Horizonte, 2005.

CAL NETO, J.O. de A.P. e; CUNHA, D.L.; MIGUEL, J.A.M. Diastemas interincisais superiores associados a dentes supranumerários – considerações clínicas e relato de um caso. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, Curitiba 2002; 7(39): 239- 244.

CARVALHO, M. C.; RODINI, E. S. Study on the prevalence of the hypoplastic dental alterations in a sample from the population of Bauru. **Salusvita**, Bauru 2003; 22(2): 201-208.

CASTRO, J. F. L.; OLIVEIRA, S. B.; SALES, R. D. Prevalência das anomalias dentárias em pacientes submetidos a tratamento ortodôntico. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial** 2004; 9(5): 79-84.

CAVALCANTI, A. L.; BEZERRA, P. K. M.; MOURA, C. Prevalência de Malocclusão em Escolares de 6 a 12 Anos de Idade. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, 2008 8(1):99-104, jan./abr.

_____. Mordida Cruzada Posterior em pré-escolares: análise de 61 casos. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte 2006; 42(1):1-80, jan./mar.

CORTELLI, J. R.; PALLOS, D.; KRUG, T.; CORTELLI, S. C.; HART, T. C. Prevalência de dentes perdidos em adolescentes e adultos jovens. **Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos** 2001; 4(2): 20-27 maio/ago.

DIAS, P. F.B.P. **Necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 9 a 12 anos de idade no município de Nova Friburgo (RJ)**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2006.

FARIA, P. J. de V. **Prevalência das anomalias dentárias observadas em crianças de 5 a 12 anos de idade no município de Belém- um estudo radiográfico**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2003.

FARIAS, J.G.; CAMPOS, P. S. F.; BARRETO, S. Prevalência de dentes inclusos em pacientes atendidos na disciplina de cirurgia do curso de odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa 2003; 3(2):15-19, jul./dez.

FERREIRA, F. V. **Ortodontia: Diagnóstico e Planejamento Clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

FRAZÃO, P; NARVAI, P. C; LATORRE, M. D. O.; CASTELLANOS, R. Prevalência de oclusopatia na dentição decídua e permanente de crianças na cidade de São Paulo, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(5):1197-1205, set-out, 2002

_____. Má oclusão severa é mais freqüente na dentição permanente do que na decídua? **Rev. Saúde Pública** 2004; 38(2): 247-54

FREITAS, M. R. de; FREITAS, D. S. de; PINHEIRO, F. H. de S. L.; FREITAS, K.M.S. Prevalência das Más Oclusões em pacientes inscritos para tratamento

ortodôntico na Faculdade de Odontologia de Bauru – USP. **Rev Fac Odontol Bauru** 2002; 10(3):164-9

GANDINI, M. R. E. A. S. **Estudo da oclusão dentária de escolares da cidade de Araraquara, na fase da dentadura mista**. Tese doutorado FOAr-Unesp, Araraquara, 1993.

GARDINER, J. H. An orthodontic survey of Libyan schoolchildren. **Brit. J. Orthod..**, p. 59-61, 1982.

GARIB, D.G.; ALENCAR, B.M; FERREIRA, F.V.; OZAWA, T.O. Anomalias dentárias associadas: o ortodontista decodificando a genética que rege os distúrbios de desenvolvimento dentário. **Dental Press J. Orthod.** 2010; 15(2): 138-157, Mar./Apr.

GOMES, L.S.; CASTILHO, J. C. M.; COSTA, C. B. **Diagnóstico radiográfico das anomalias dentárias pré-tratamento ortodôntico**. Campus de São José dos Campos – Faculdade de Odontologia – Odontologia/UNESP, 2007.

GOMES, S.C. **Avaliação da prevalência de anomalias dentárias associadas à agenesias de segundos pré-molares**. Dissertação de Mestrado, Universidade Cidade de São Paulo (UNICID), São Paulo, 2007.

GOOSE, D. H.; THOMSON, D.G.; WINTER, F.C. Malocclusion in school children of the West Midlands. **Brit. Dental** 1957; 102(5): 174-78.

GRAINGER, R.M. Orthodontic treatment priority index. **Vital Health. Stat** 1967; 2: 1-49.

GRIECO, F.A.D.; CARVALHO, P.E.G.; GUEDES-PINTO, E.; GARIB, D.G, VALLE-CORROTTI, K.M. Prevalência de agenesia dentária em pacientes ortodônticos da cidade de São Paulo. **RPG Rev Pós Grad** 2007; 13(4):312-7.

HELM, S. Epidemiology and public health aspects of malocclusion. **J. Dent. Res. (n. especial C)** 1977; 56: 27-31.

HILL, P. A. The prevalence and severity of malocclusion and the need for orthodontic treatment in 9,12 e 15 year-old Glasgow schoolchildren. **British Journal of Orthodontics** 1992; 19: 87-98.

HOROWITZ, H.S.; DOYLE, J. Occlusal relations in children born and reared in an optimally fluoridated community II Clinical Findings. **Angle Orthod** 1970; 40: 104-11, 1970.

INFANTE, P.F. Malocclusion in the deciduous dentition in white, black and apache Indian children. **Angle Orthod** 1975; 45(3): 213-18.

ISIEKWE, M. C. Malocclusion in Lagos, Nigéria. **Community Dent Oral Epidemiol** 1983; 11: 104-11.

IWASA, E.A de P; SOUSA, M da LR de; WADA, R.S. Prevalência e severidade da mordida aberta anterior em crianças com idade de 12 anos da região de Piracicaba, Estado de São Paulo – Brasil. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê** 2003; 6(34):516-24.

KANESHIMA, E.N. **Levantamento Epidemiológico das Más Oclusões em Jovens de 7 a 16 anos na cidade de Marília**. Dissertação de Mestrado, Universidade de Marília (UNIMAR), Marília, 2004.

KORKHAUS, G. The frequency of orthodontic anomalies at various ages. **Inst. J. Orthod. Oral Surg** 1928; 14: 120-25.

KRZYPOW, A. B.; LIEBERMAN, M.A.; MODAN, M.; Prevalence of malocclusion in young adults of various ethnic backgrounds in Israel. **J. Dent. Res** 1975; 54(3): 605-08.

MARTINS, J.C.R. et al., Prevalência de má oclusão em pré-escolares de Araraquara: Relação da dentição decídua com hábitos e nível sócio econômico. **Rev. Dental Press Ortod. e Ortop. Facial** 1998; 3(6) – Nov/Dez.

MARTINS, M.G.A. **Prevalência de oclusopatias e características cefalométricas e dentárias de escolares cearenses na cidade de Fortaleza.** Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, 2008.

MONINI, A.C.; AMARAL, R.M.P.; GANDINI, M.R.E.A.S.; GANDINI, LG. Prevalence of malocclusions in children in the Graduate Clinic of Araraquara College of Dentistry - UNESP. **Rev Odontol UNESP** 2010; 39(3): 175-178.

MUNDSTOCK, C.A; BORTOLINI ,M.C.A; BRAGA, T.S. **Uma Busca pelas causas genéticas de agenesias dentárias não sindrômicas.** Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/21593>>. Acesso em: 15 dez. 2010.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panam. Salud Publica.** 2006; 19(6):385-93.

NORMANDO, A.D.C.; SIMONE, J.L, et al. Alterações oclusais espontâneas decorrentes da perda dos primeiros molares permanentes inferiores. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial** 2003; 8(3):15-23, maio/jun.

REYES, E.; SHEEN, J.E.; GARCIA-GODOY, F. La oclusión de la dentición temporal em niños pre-escolares de Santo Domingo. **Acta. odontol. Pediat.** 1980; 1: 11- 22.

RIBAS, M. O.; ORELLANA, B.; FRONZA, F.; GASPARIM, G. R.; MELLO, G. S. Estudo epidemiológico das maloclusões em escolares de 6 a 8 anos na cidade de Curitiba – Paraná. **RSBO** 2004; 1(1): 22-9.

SANTOS et al. Prevalência de mordida cruzada anterior e posterior em estudantes de 13 a 17 anos de idade da rede pública municipal de Campina Grande (PB). **Rev Sul-Bras Odontol.** 2010 Jul-Sep;7(3):261-7

SILVA FILHO, O.G.; FREITAS, S.F.; CAVASSAN, A.O Prevalência de oclusão normal e má oclusão na dentadura mista em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** 1989; 43: 287-90.

SILVA FILHO, O.G. da; SILVA, P.R.B.; REGO, M.V.N.N. do; CAPELOZZA FILHO, L. Epidemiologia da mordida cruzada posterior na dentadura decídua. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê** 2003; 6(29): 61-68, jan./fev.

SIMÕES, W.; BOZZO, R.O.; OLIVEIR, P. A.; FARIAS, L. A. G. Prevalência da Agenesia Dentária de Jovens do Gênero Feminino. **RGO** 2006; 54(2): 115-118, abr./jun.

SOARES, A.P.; MOURA, A. P.; CANGUSSU, M.C.T.; KNOP, L.A.H.; ARAÚJO, T.M. Perfil epidemiológico dos pacientes de demanda espontânea da clínica do curso de especialização em ortodontia da FOUFBA. **Rev Odontol UNESP** 2008; 37(3): 229-233.

SOUSA, R. L. S.; LIMA, R. B.; FLORÊNCIO FILHO, C.; LIMA, K. C.; DIÓGENES, A. M. N. Prevalência e fatores de risco da mordida aberta anterior na dentadura decídua completa em pré-escolares na cidade de Natal/RN. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial** 2007; 12(2): 129-138, mar./abr.

SULIANO, A. A.; RODRIGUES, M. J.; PORTO-CARREIRO, C. P.; FONTE, P. P. Malocclusão e Alterações do Sistema Estomatognático entre escolares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2007 23(8):1913-1923, ago.

TAKAHASHI, T. Prevalência da oclusão normal e malocclusão em mestiços, 1975. Tese Doutorado. UEL Londrina.

THOMAZ. E.B.A.F.; VALLENÇA, A.M.G. Prevalência de má-oclusão e fatores relacionados à sua ocorrência em pré-escolares da cidade de São Luís – MA – Brasil **RPG Rev Pós Grad** 2005; 12(2): 212-21.

TOLEDO FILHO, J.L.; TOLEDO, G.L.; MARZOLA, C.; BARBOSA, J. L.; HAAGSMA, I. B. **Estudo da prevalência de caninos retidos através de radiografias panorâmicas digitais no município de Curitiba, PR, Brasil**. Trabalho de pesquisa apresentado para conclusão do curso de Residência em Cirurgia e Traumatologia BMF em 2007.

TOMITA, N. E.; SHEIHAM, A.; BIJELLA, V. T.; FRANCO, L. J. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. **Pesq Odont Bras** 2000; 14(2): 169-175, abr./jun.

VALENTE. A., MUSSOLINO, Z. M. **Freqüência de sobressaliência, “overbite” e Mordida aberta na dentição decídua.** Rev. Odontol. Univ. São Paulo 1989; 3(3): 402-7.

VALMASEDA-CASTELLÓN; DE-LA-ROSA-GAY; GAY-ESCODA. Eruption disturbances of the first and second permanent molars: Results of treatment in 43 cases. **Am J Orthod Dentofacial Orthop** 1999; 116(6): 651-8.

VIANA, A. R. P.; PARENTE, R. C. P.; BORRAS, M. R.; REBELO, M. A. B. Prevalência de cárie dentária e condições socioeconômicas em jovens alistados de Manaus- AM, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2009; 12(4): 680-7

WAKED, A. de O.; COUTO, G.B.L.; SALES, R.D.; SOARES, E.A. Prevalência das Más-oclusões em Pacientes da Clínica de Ortodontia da Universidade Federal de Pernambuco. **J Bras Ortodon Ortop Facial** 2004; 9(52):385-9.

WILLIS, T.A. The Impacted Mandibular Molar. **Angle Orthodontist.** 1966; 36(2).

Anexos

ANEXO B – Amostra Fortaleza

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	11a 4m	Cl. II, 1 (mista)	Ant. S I	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	17a 2m	Cl. I	Ant. S I	-	-	18, 28, 38 e 48	-	PNI	Normal	Supranumerário paramolar
M	9a 6m	Cl. I (mista)	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastemas anteriores
M	11a 7m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Microdontia 12
F	38a 4m	Cl. I	-	-	-	-	36	A	Normal	18, 28, 38 e 48 ausentes
F	13a 2m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Microdontia 12 e 22
F	11a 9m	Cl. I	ant. sup-inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	16a 5m	Cl. I	ant. sup	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	10a 8m	Cl. I (mista)	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	11a 7m	Cl. II, 1 (mista)	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	16a 4m	Cl. I	-	-	-	48	23	PNI	Normal	-
M	9a 4m	Cl. II, 1 (mista)	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
M	10a 7m	Cl. I (mista)	Ant. Sup-inf	-	-	-	-	-	Normal	-
M	23a 2m	Cl. II, 1, E	Ant. Sup-inf	-	-	38	16, 26, 46	PI	Normal	-
F	25a 3m	Cl. I	Ant. Sup-inf	-	-	38, 48	16, 26	PI	Normal	Mordida cruzada unil post Dir
F	10a 6m	Cl. I	Ant. Sup	13 - 23	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	12a 2m	Cl. II, 1	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	10a 2m	Cl. II, 1 (mista)	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	13a 5m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	19a 7m	Cl. I	-	-	-	-	26	PI	Aumentado	Diast.ant.supranumerário entre prés superiores
M	12a 7m	Cl. III	Sup. P	-	-	-	-	PNI	Negativo	Mordida cruzada Unilateral Esquerda
F	6a 9m	Cl. I (mista)	Ant. Inf	-	-	-	-	-	Normal	Mordida cruzada Unilateral Esquerda
F	12a 6m	Cl. I (mista)	Ant. Sup.	-	-	13, 23	-	PNI	Normal	-
F	11a 6m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	16a 1m	Cl. II, 1, D	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	11a 6m	Cl. I (mista)	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	12a 1m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	16a 5m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	43	PNI	Aumentado	-
F	11a 10m	Cl. II, 1 (mista)	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Supranumerário entre incisivos superiores
F	16a 3m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	9a 6m	Cl. II, 1 (mista)	-	-	-	-	-	-	Normal	-
F	12a 7m	Cl. II, 1 D	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	12a 3m	Cl. II, 1	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
M	10a 6m	Cl. II, 1 D	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Normal	Mordida cruzada posterior - lado direito
F	14a 9m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	8a 8m	Cl. I (mista)	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	17a 9m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	12a 2m	Cl. I	-	-	-	-	-	-	Normal	-
F	19a 10m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	18,28,38 e 48	14,24,34,44	PNI	Aumentado	-
M	11a 9m	Cl. I (mista)	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	14a 1m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	8a 4m	Cl. II, 1 (mista)	-	-	-	-	-	-	Aumentado	Diastema em incisivos
M	10a 8m	Cl. II, 1 (mista)	-	-	-	-	-	-	Aumentado	Diastema em incisivos
M	9a 11m	Cl. I (mista)	-	-	-	-	-	-	Diminuído	-
M	10a 5m	Cl. III (mista)	Ant. Inf	-	-	43	-	-	Negativo	Mordida cruzada anterior
M	13a 7m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	13, 23	-	PNI	Normal	-
F	17a 9m	Cl. I	-	-	-	38, 48	-	PNI	Aumentado	Sobremordida 18 e 28 ausentes
F	14a 2m	Cl. I	-	12* 22	-	-	-	PNI	Diminuído	Mordida cruzada posterior bilateral
M	12a 1m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	33-43	-	13-23	-	PNI	Diminuído	-
M	12a 5m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	19a 3m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	18,28,38 e 48	-	PNI	Aumentado	-
M	20a 3m	Cl. I	-	-	-	-	46	PI	Normal	Diastema incisivos
M	13a 6m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Mordida cruzada posterior lado esquerdo
F	9a 6m	Cl. I	Post. Inf e Ant. Sup	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	10a 11m	Cl. I (mista)	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	Diastema entre incisivos e sobremordida
F	16a 4m	Cl. II, 2	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Transposição do 13
F	7a 10m	Cl. I (mista)	-	-	-	-	-	-	Aumentado	Sobremordida
F	15a 1m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	14-21	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	13a 9m	Cl. I	-	14*11	-	-	-	PNI	Normal	-
M	15a 3m	Cl. II, 1	-	-	-	18 e 28	-	PNI	Aumentado	-
M	10a 1m	Cl. II, 1 (mista)	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	17a 10m	Cl. III	-	-	-	18, 28, 38 e 48	-	PNI	Diminuído	-
F	10a	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
F	11a 3m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	14-24	-	23	-	-	Diminuído	-
M	23a 6m	Cl. III	-	13-23	-	-	36, 46	PI	Negativo	Mordida cruzada posterior lado esquerdo
M	11a 5m	Cl. II, 1 (mista)	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	14a 5m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	25,35,45, 17,27, 13,23	-	-	Aumentado	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	23a 4m	Cl. II, 1 - E	-	-	-	-	16,36,46	-	Aumentado	18, 28, 48 ausentes
F	8a 11m	Cl. I (mista)	Ant. Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
M	14a 4m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastema incisivos - Sobremordida
F	12a	Cl. II, 1	Ant. Sup.	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	12a 8m	Cl. II, 1	-	14-21	-	-	-	-	Diminuído	Presença de paramolar (28)
M	17a	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Aumentado	-
M	10a	Cl. II, 1 (mista)	Ant. Sup	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	10a 8m	Cl. II, 1 (mista)	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	21a 4m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	38	-	PI	Normal	-
M	15a	Cl. I	Ant. Sup-Inf	15-24	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	9a 2m	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup.	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	14a 1m	Cl. I	-	-	-	-	-	-	Normal	Diastema interincisivos
F	19a 3m	Cl. I	-	-	-	-	47	PI	Aumentado	Diastema inercisivos
F	11a 2m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	23	-	PNI	Normal	-
M	16a 10m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	28,48	-	PNI	Normal	-
F	7a 7m	Cl. III (mista)	-	12*22	-	13,23	-	-	Negativo	-
F	11a 11m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
M	16a 11m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	18,28,38 e 48	-	PNI	Normal	Mordida cruzada post. Bilateral (16 e 26)
M	8a 5m	Cl. I (mista)	-	-	-	-	-	-	Diminuído	-
M	9a 6m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	15a 10m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	18,28,33, 38 e 48	-	PNI	Normal	-
M	16a	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	16a 10m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	18,28	-	PNI	Normal	38 e 48 ausentes
F	36a 5m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	16,46	-	Normal	28,38 e 48 ausentes. Mordida cruzada do 11
M	17a 7m	Cl. II, 2	-	-	-	-	-	A	Normal	-
M	11a 2m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Diminuído	-
M	18a 7m	Cl. III	Ant. e Post. Infer	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Negativo	-
F	18a 3m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	28,38,48	-	PNI	Normal	-
M	17a 1m	Cl. I	-	-	-	18,28	-	PNI	Normal	Diastemas na região anterior super e inferior
M	16a 5m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	15a 5m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	-
F	15a 10m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	12a 7m	Cl. I, 1 - D	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	11a 3m	Cl. I (mista)	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS	
F	12a 10m	Cl. I	-	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Presença de diastemas ant, sup e inf
F	13a 11m	Cl. II, 1	-	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	9a 9m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	-	Normal	-
F	11a 11m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	-	-	Normal	-
M	1a 9m	Cl. I	-	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	20a 7m	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup	-	-	33	-	-	PI	Aumentado	-
F	15a 4m	Cl. I	-	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	24a 2m	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	-	-	Normal	18,28,38 ausentes
F	8a 3m	Cl. II, 2 (mista)	Ant. Sup	-	-	-	-	-	-	Aumentado	Sobremordida
M	19a 4m	Cl. I	-	-	-	-	46	-	-	Normal	18,28 e 38 ausentes
M	18a 1m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	-	PNI	Normal	18 ausente
F	24a	Cl. I	-	-	-	38, 48	-	-	PNI	Normal	18 e 28 ausentes
F	23a 6m	Cl. III	Ant. Inf	-	-	13,18,28	14	-	PI	Negativo	Mordida cruzada total
M	40a 5m	Cl. I	-	-	-	18	16,36,37,46,47	-	-	Diminuído	38 e 48 ausentes
F	8a 8m	Cl. II, 2 (mista)	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	-	-	Aumentado	Sobremordida
M	13a 7m	Cl. II, 1	Ant. Sup - Inf	-	-	13	-	-	PNI	Normal	-
M	9a	Cl. II, 1 (mista)	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	21a 7m	Cl. II, 1	Ant. Inf	-	-	-	37	-	PI	Aumentado	-
F	39a 10m	Cl. II, 1 - D	-	-	-	-	14,17,25, 36,37,46,47	-	PI	Aumentado	-
F	10a 8m	Cl. II, 1 - D	Ant. Inf	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	47a	Cl. I	-	-	-	-	16,27,36,46	-	-	Diminuído	28,38 e 48 ausentes
M	29a	Cl. II, 2	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	-	PI	Normal	18 e 48 ausentes
F	8a 11m	Cl. II, 2 (mista)	Ant. Sup	-	-	-	-	-	-	Normal	-
M	8a 9m	Cl. I (mista)	-	-	-	-	-	-	-	Normal	-
M	31a 2m	Cl. II, 1	Ant. Inf	-	-	-	36,46	-	PI	Aumentado	28 ausente
M	51a 11m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	25,36,46	-	PI	Normal	18,28,48 ausentes
F	30a	Cl. II, 1 - E	Ant. Sup - Inf	-	-	38,48	-	-	PNI	Diminuído	18 ausente
F	12a 6m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	-	PNI	Normal	18 microdente. 22 conóide
M	13a 4m	Cl. III	-	-	-	-	-	-	PNI	Negativo	Mordida cruzada anterior
F	33a 6m	Cl. I	-	13 - 23	-	-	-	-	PI	Normal	12 microdente
F	12a 10m	Cl. I (mista)	-	-	-	13, 23	-	-	PNI	Normal	Diastemas região ant. sup-inf
M	21a 5m	Cl. I	Ant. Sup	14 - 24	-	-	46	-	PI	Diminuído	-
M	11a 1m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	11a 8m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	10a 10m	Cl. II, 1 (mista)	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
M	8a 3m	Cl. I (mista)	Ant. Sup	13 - 23	-	-	-	-	Diminuído	-
F	18a 1m	Cl. I	Post. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	41a	Cl. I	-	-	-	-	16,14,26,36,37,46,47	PI	Diminuído	38 ausente
F	26a 11m	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup	-	-	-	16,17,26,27,36,46,47	PI	Aumentado	-
F	9a 7m	Cl. II, 1 (mista)	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	7a 9m	Cl. I (mista)	Ant. Sup - Inf	-	41	-	-	-	Normal	-
M	14a 1m	Cl. I	-	-	-	33 e 43	-	PNI	Aumentado	-
M	13a 4m	Cl. II, 1 (mista)	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	46a 8m	Cl. I	-	-	-	-	17,26,27,37,47	-	Normal	Diastema incisivo
F	33a 4m	Cl. II, 2	Ant. Sup - Inf	-	-	-	16,26,36,46	PI	Normal	18, 28,48 ausentes
F	26a 11m	Cl. II, 2	-	-	-	-	-	PI	Normal	Diastema incisivo
F	16a	Cl. II, 1	Ant. Sup - Inf	-	-	-	36, 37 e 46	PNI	Aumentado	-
F	11a 8m	Cl. II, 2	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	19a 7m	Cl. I	Sup - Inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Normal	-
F	10a 11m	Cl. I	Ant. Inf	13-23	-	-	-	PNI	Normal	-
F	19a 10m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	18,28 e 38	-	PNI	Normal	-
F	17a 10m	Cl. I	Ant. Sup	-	-	18, 28	-	PNI	Aumentado	38 e 48 ausentes
F	15a 10m	Cl. III	-	15*12	-	-	-	PNI	Diminuído	38 e 48 ausentes
F	23a 3m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	38,48	36	PNI	Normal	18 ausente
F	21a 11m	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup	-	-	-	16,36	PNI	Normal	28,38,48 ausentes
F	21a 8m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	PI	Normal	48 ausente
M	10a 3m	Cl. I (mista)	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
F	7a 7m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	12*22	-	-	-	-	Aumentado	-
M	26a 11m	Cl. II, 1 - E	Ant. Sup - Inf	15-26	-	-	36	PI	Aumentado	-
F	15a 3m	Cl. III	Ant. Sup	-	-	23	-	PNI	Negativo	Mordida cruzada anterior
F	25a 2m	Cl. III	Ant. Sup - Inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Negativo	Mordida cruzada anterior
F	24a 9m	Cl. II, 1	-	12*22	32 e 42	-	-	PI	Aumentado	-
M	12a 6m	Cl. II, 1 (mista)	Ant. Sup - Inf	-	-	23	-	PNI	Aumentado	-
F	38a 5m	Cl. I	-	-	-	-	14,36,46	PI	Normal	-
M	37a 7m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	PI	Normal	18 e 48 ausentes
F	13a 11m	Cl. I (mista)	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	A	Aumentado	Sobremordida
M	17a 5m	Cl. II, 1	Ant. Sup - Inf	-	-	28	37	PI	Normal	-
M	38a 7m	Cl. II, 1 - E	Ant. Sup - Inf	-	-	-	14,15,17,26,36,46	PI	Aumentado	18 ausente

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
M	13a 1m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	21a 5m	Cl. III	-	-	-	-	-	PI	Negativo	Diastema incisivo e mordida cruzada anterior
M	23a	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	-
F	16a 2m	Cl. II, 1 - E	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	13a 6m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	18a 5m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Aumentado	-
M	16a 6m	Cl. I	Ant. Inf	14 - 24	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	44a 5m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	14,22,25,36,46	PI	Diminuído	18,38,48 ausentes
F	25a 4m	Cl. II, 1	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	PI	Normal	-
F	18a 10m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	A	Normal	-
F	12a 2m	Cl. III (mista)	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	-	Diminuído	Mordida cruzada posterior bilateral
F	14a	Cl. I (mista)	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	13a	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup - Inf	-	-	-	46	PNI	Aumentado	-
F	11a 3m	Cl. II, 1 (mista)	Ant. Sup - Inf	13-22	45	-	-	-	Aumentado	-
F	12a 10m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	11a 3m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	14*11	-	-	-	PNI	Normal	-
F	42a 11m	Cl. II, 1	Ant. Sup	-	-	-	36,46	PI	Aumentado	38 ausente
M	9a 3m	Cl. II, 1 - E	Ant. Inf	-	-	35	-	PNI	Aumentado	-
F	23a 5m	Cl. II, 1 - E	Ant. Sup - Inf	-	-	48	-	PI	Normal	-
M	39a 7m	Cl. I	-	-	-	-	16,26,36,46	PI	Diminuído	Mordida cruzada posterior bilateral
F	29a 10m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	26,46	PNI	Normal	-
F	16a 9m	Cl. II, 1 - E	Ant. Sup - Inf	-	13, 23	-	-	PNI	Aumentado	-
F	17a 5m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastema entre incisivos
F	27a	Cl. II, 1 - D	-	-	-	-	15,16,24,25,26,36,46,47	PI	Normal	18,38,48 ausentes
F	15a 11m	Cl. II, 1 - D	Ant. Inf	-	-	23	-	PNI	Aumentado	-
F	19a 7m	Cl. I	Ant. Sup	-	-	48	-	PNI	Normal	-
F	18a 5m	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup	-	-	28	36,37,45	PI	Aumentado	-
F	15a 2m	C. III	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Negativo	Mordida cruzada total
M	12a 1m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	11,21	-	PNI	Normal	-
F	13a 10m	Cl. I (mista)	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Mordida cruzada lado Direito
F	18a 7m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	38	16	PNI	Normal	cruzamento do 21
F	38a 3m	Cl. II, 2	Ant. Inf	-	-	-	13,25,36,46	PI	Aumentado	18,8,38 ausentes e sobremordida
F	24a 6m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	18,28,38	-	PNI	Diminuído	-
M	11a 5m	Cl. II,1 - D	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	18 ausente

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
M	22a 8m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	15,26,27,36,46,47	PI	Normal	Mord. Cruz, Lado D e 18 ausente
F	46a 8m	Cl.III	Ant. Sup	-	-	-	16,17,26,27,36,45,46	PI	Negativo	18 ausente
F	10a 1m	Cl.II, 1-(mista)	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	17a 7m	Cl.I	Ant. Sup- Inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Normal	-
M	14a	Cl.II, 1	Ant. Sup- Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	10a 10m	Cl.II,1,D(mista)	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	14a 10m	Cl.II,1,E	-	-	-	-	-	PNI	Normal	38,48 ausentes
F	16a 1m	Cl.II,2,D	Ant. Sup- Inf	-	-	-	36	PNI	Normal	-
F	17a11m	Cl.I	Ant. Sup- Inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Aumentado	-
F	25a 4m	Cl.II,1,E	Ant. Sup- Inf	-	-	18,28	36,46	PI	Diminuído	-
F	15a 8m	Cl. II,1 - D	-	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Normal	Diastema incisivo
F	10a 10m	Cl.II,1,D(mista)	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	6a 11m	Cl. I, 1 -E	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	35a 6m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	-	36, 44	PI	Aumentado	-
F	14a 10m	Cl. I	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	16a	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	38, 48 ausentes. Diastema incisivo
F	31a 11m	Cl. II, 1 - E	Ant. Sup-Inf	-	-	-	17	PI	Aumentado	18, 48 ausentes - sobremordida
F	29a 4m	Cl. II, 1	-	16-24	-	-	36, 37 e 46	PI	Diminuído	48 ausente
F	31a 2m	Cl. II, 1	-	13-23	-	-	12, 26, 36 e 46	PI	Normal	-
F	45a 6m	Cl. II, 1 - D	-	-	-	-	26, 36 e 45	PI	Normal	18, 28,48 ausentes
F	10a 11m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	27a 1m	Cl. II, 1 - D	Post. Sup	-	-	38	-	PI	Aumentado	48 ausente
M	14a 5m	Cl. III	-	-	-	-	-	PNI	Negativo	18 microdente e 28 ausente
F	25a 4m	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup-Inf	-	-	38, 48	-	PI	Aumentado	-
F	18a 3m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	41	-	15	A	Aumentado	-
M	29a	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	28	36, 47	PI	Aumentado	-
M	21a 10m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	18, 28,38,48	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
F	21a 7m	Cl. I	-	-	-	-	36	PI	Normal	18 ausente
F	17a 11m	Cl. III	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Negativo	38, 48 ausentes
F	9a 11m	Cl. II, 1 - Mista	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	42a 6m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	27,37	PI	Aumentado	38, 48 ausentes
M	14a 3m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	13, 23	-	PNI	Normal	-
F	10a 5m	Cl. II, 2 - D	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	31a 10m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	18a 4m	Cl. II, 2	Ant. Sup-Inf	-	-	13	-	PNI	Aumentado	28,38,48 ausentes e sobremedida
F	14a 6m	Cl. I	-	-	-	23	-	-	Normal	-
F	15a 5m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Diminuído	Supranumerário 21
F	12a 11m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	25a 10m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	37	PI	Normal	38 ausente
F	24a 2m	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup-Inf	13-24	-	-	46	PI	Diminuído	-
F	28a 6m	Cl. I	-	14-24	-	18,28	36	PI	Diminuído	-
F	22a 6m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	11	-	PI	Diminuído	-
F	10a 10m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	13, 23	-	PNI	Diminuído	-
F	26a 6m	Cl. II, 1 D	-	-	-	-	27, 36, 46	PI	Aumentado	-
M	14a	Cl. I	-	13-23	-	-	-	PNI	Aumentado	Supranumerário entre 43 e 44
M	11a	Cl. II, 1	Ant. Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	16a 3m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Diminuído	-
M	13a 8m	Cl. II, 1 D	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	18, 28, 38 ausentes
F	10a 3m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	12a	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	25a 9m	Cl. III	-	-	-	-	24,25,36,46,47	PI	Negativo	38, 48 ausentes
F	36a 9m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	A	Normal	-
F	15a 6m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	15, 25 cruzados
M	14a 4m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastema ant. Sup-Inf
F	35a 11m	Cl. II, 1	-	-	-	-	35	PI	Aumentado	38, 48 ausentes
M	14a 3m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Diminuído	28, 48 ausentes
F	52a 9m	Cl. II, 1-E	-	-	-	-	15, 26, 36	PI	Aumentado	-
M	23a 1m	Cl. II, 1-E	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastema Incisivo
F	54a 4m	Cl. III	-	-	-	-	36, 46, 47	PI	Negativo	Mordida cruzada posterior direita
M	32a 5m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	-	46	PI	Aumentado	-
M	9a 5m	Cl. I	Ant. Sup	-	-	-	-	-	Aumentado	Mordida cruzada bilateral
M	12a 2m	Cl. II, 1	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	9a 6m	Cl. I, mista	Ant. Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	8a 7m	Cl. II, 1 mista	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	12a 3m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	13	-	-	Aumentado	18, 28, 38 ausentes
F	13a 6m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	18, 28 ausentes
M	14a 4m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastema ant. Sup-Inf
F	11a 10m	Cl. III	Ant. Sup-Inf	-	-	13,23	-	PNI	Negativo	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	10a 9m	Cl. II, 1	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	9a 10m	Cl. I, mista	-	12*22	-	-	-	-	Normal	-
M	22a 6m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	Sobremordida
M	12a 5m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastema ant. Sup-Inf
M	13a 5m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	17a 2m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	8a	Cl. I, Mista	Ant. Inf	12*22	-	-	-	-	Aumentado	-
F	10a 3m	Cl. II, 1 mista	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	18a 7m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	13a 8m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	9a 4m	Cl. II, 1-D, Mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	17a 8m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	48	16,27,37	-	Normal	-
F	17a 8m	Cl. I	-	-	-	-	-	-	Normal	Supranumerário para molar
F	11a 5m	Cl. II, 1-E	Ant. Sup	13-22	-	23	-	PNI	Aumentado	-
F	9a 6m	Cl. I, mista	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
F	18a 7m	Cl. I	Ant. Sup	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Normal	-
F	19a 11m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	12*22	-	-	-	PNI	Aumentado	Mordida cruzada unilateral direita
M	14a 1m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
F	9a 9m	Cl. II, 1 mista	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	11a 6m	Cl. II, 1-D	Post. Sup	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	11a 3m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	13	-	-	Normal	-
F	15a 7m	Cl. I	-	12*22	-	-	-	PNI	Normal	-
M	19a 8m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	38,48	-	PI	Normal	-
M	12a	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	13,23	-	PNI	Normal	-
M	20a 6m	Cl. I	-	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Normal	Microdontia do 18. Diastema 11 e 21
M	19a 7m	Cl. I	-	-	-	33	36,46	PI	Normal	Odontoma região do 43
M	11a 5m	Cl. II, 1-D	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	14a 2m	Cl. III	-	-	-	-	-	PNI	Negativo	-
F	10a 10m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	13,23	-	PNI	Normal	-
F	14a 7m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	19a 4m	Cl. II, 1-E	Ant. Sup-Inf	15-12/25-23	-	38,48	-	PNI	Diminuído	Mesiodente
M	29a 8m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	28,38,48	-	PNI	Aumentado	-
M	12a 5m	Cl. II, 1-E	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	10a 6m	Cl. II, 1-mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
M	10a 6m	Cl. II, 1-mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	10a 2m	Cl. II, 1-E	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	15a	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastema incisivo
F	16a 3m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Aumentado	-
F	10a 3m	Cl. II, 1	Ant. Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	12a 7m	Cl. II, 1	-	-	-	-	-	A	Aumentado	Diastemas ant. sup-inf
F	17a 11m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	26a	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	Diastema ant. sup
M	8a 3m	Cl. II, 1-D mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	Mordida cruzada unilateral posterior direita
M	10a 7m	Cl. I (mista)	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Normal	Mordida cruzada post. Unilateral esquerda
F	29a 11m	Cl. III	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Negativo	Mordida cruzada anterior 18,28,38,48 ausentes
M	12a 6m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	14-24	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	7a 8m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	13-23	-	-	-	-	Aumentado	-
F	15a 8m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	14-24	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	11a	Cl. II, 1-D	Ant. Inf	-	-	17	-	PNI	Normal	-
F	15a 9m	Cl. II, 1-E	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	12a 9m	Cl. II, I	Ant. Sup-Inf	-	-	13	-	PNI	Aumentado	-
M	9a 4m	Cl. II, 1 mista	Ant. Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	27a 2m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PI	Normal	18 e 38 ausentes
F	10a 10m	Cl. II, 1	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	15a	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	21a 2m	Cl. II, 1-E	Ant. Inf e Post. Inf. D	12*24	-	-	-	PI	Aumentado	-
F	9a 9m	Cl. I (mista)	-	-	-	-	-	-	Aumentado	Incisivo Inferior supranumerário
F	10a 1m	Cl. II, 1-D mista	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	26a	Cl. I	-	-	-	18	12,22,23,36,46	PNI	Normal	28,38 ausentes. Diastema inter ncisivo
F	16a 7m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastema entre 22 e 23
F	17a 1m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	18,28	-	PNI	Diminuído	Paramolar 18
F	13a	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	11a 6m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	10a 11m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	sobremordida
F	12a 3m	Cl. II, 1-E	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	18a	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Diminuído	12 cruzado
F	11a 6m	Cl. II, 1	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	9a 7m	Cl. II, 1 mista	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	17a 9m	Cl. II, 1	Ant. Sup	-	-	38,48	-	PNI	Aumentado	-
F	15a	Cl. I	Ant. Sup-Inf	0	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	44a 7m	Cl. I	-	-	-	-	17,26,36,37,46	PI	Normal	-
F	28a 9m	Cl. I	-	-	-	-	25,46	PI	Diminuído	28 ausente
M	10a 1m	Cl. II, 1-D mista	Ant. Sup-Inf	13-23	-	-	-	PNI	Normal	-
F	13a 2m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	22a 3m	Cl. II, 1-D	FALSO	-	-	-	-	A	Diminuído	-
F	9a 10m	Cl. II, 1-D mista	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
M	10a 6m	Cl. II, 1-E mista	Ant. Sup-Inf	-	-	23	-	-	Aumentado	Sobremordida
M	14a 5m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	13,23	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
M	11a 10m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	11a 2m	Cl. I (mista)	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	21a 4m	Cl. III	-	-	-	-	36	PI	Negativo	Mordida cruzada anterior
F	9a 5m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	12*22	-	-	-	-	Aumentado	22 conóide
M	13a 2m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	24a 8m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PI	Diminuído	-
F	20a 6m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	38	46	PI	Diminuído	28 ausente
F	15a 10m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	17a 3m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Normal	-
F	37a 7m	Cl. II, 2	-	-	12,22	-	16,36	PI	Normal	Sobremordida. 38 e 48 ausentes
F	15a 4m	Cl. I	-	-	12	13	37	PNI	Normal	38 ausente. 22 conóide
M	26a 1m	Cl. II, 1	-	-	-	-	-	PI	Aumentado	Diastema entre 31 e 41
M	13a 11m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	17a 4m	Cl. I	-	-	-	23	-	PNI	Normal	-

ANEXO C – Amostra Maringá

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	9a7m	Cl.I mista	-	12*22	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	12a	Cl.II,1	Ant. inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	11a3m	Cl.I	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	11a9m	Cl.II,1 E	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Mordida Cruzada Unilateral Esquerda
F	13a1m	Cl.II,1 E	Ant.sup.inf	-	-	23	-	PNI	Normal	-
M	26a 3m	Cl.I	Ant.sup.inf	-	-	38,48	11	PI	Diminuído	28 ausente
M	15a3m	Cl.I	Ant.sup.inf	-	32	-	-	PNI	Normal	Mordida Cruzada Unilateral Esquerda
F	16a4m	Cl.II,1 E	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	20a11m	Cl.II,1	-	-	-	-	-	PI	Diminuído	18,28,48 ausentes
M	9a10m	Cl.I mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	9a1m	Cl.III mista	-	-	-	-	-	-	Negativo	-
F	22a10m	Cl.II,1	-	13-23	-	-	36	PI	Aumentado	18 e 48 ausentes
M	24a8m	Cl.III	-	-	-	-	-	PI	Negativo	Mordida Cruzada Total 28,38,48 ausentes
M	13a8m	Cl.I	Ant.sup.inf	-	-	23	-	PNI	Normal	-
M	12a9m	Cl.II,1 D	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	14a7m	Cl.II,1	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	12a9m	Cl.II,1	Ant.sup	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	9a8m	Cl.II,2 mista	Ant. inf	-	-	-	-	PNI	Normal	Sobremordida profunda
M	9a5m	Cl.I mista	-	-	-	-	-	-	Normal	Diastemas ant. superior e inferior
M	31a4m	Cl.III	-	-	-	-	16,17,26,36,37,46,47	PI	Negativo	18,28,38,48 ausentes
F	12a9m	Cl.II,1	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	8a2m	Cl.II,1 D	Ant. inf	13-23	-	-	-	-	Aumentado	-
F	14a6m	Cl.II,1	Ant. inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	13a1m	Cl.I mista	Ant.sup.inf	-	-	43	-	PNI	Normal	-
M	20a1m	Cl.I	Ant.sup.inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	18,28 ausentes
F	11a8m	Cl.I	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	12a1m	Cl.II,1 E	Ant.sup.inf	14-24	-	37	36	PNI	Aumentado	-
M	13a6m	Cl.I	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	13a2m	Cl.I	Ant.sup	-	-	-	-	PNI	Normal	38,48 ausentes
F	13a8m	Cl.I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	13a9m	Cl.I	Ant. inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	10a9m	Cl.I mista	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	24a5m	Cl.I	Ant.sup.inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Negativo	Mordida cruzada anterior
F	16a2m	Cl.I	Ant.sup.inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	-
M	32a11m	Cl.II,1	Ant.sup	-	-	-	36,44,46	PI	Aumentado	-
F	35a6m	Cl.I	Ant.sup.inf/Post sup	-	-	-	16,17,36,37,46	PI	Normal	28 ausente
M	9a2m	Cl.I mista	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	10a10m	Cl.I mista	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	27a6m	Cl.II,1	Ant.sup	-	-	-	36,46	PI	Aumentado	-
F	12a7m	Cl.II,1	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	9a3m	Cl.II,1 mista	Ant.sup.inf	13-23	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	8a4m	Cl.II,1 mista	Ant.sup.inf	12*22	-	-	-	-	Aumentado	-
M	12a2m	Cl.I	-	-	-	13,23	-	-	Normal	Diastema 11-21
M	12a11m	Cl.II,1	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	23a11m	Cl.II,1	-	-	-	-	-	A	Aumentado	-
M	10a5m	Cl.II,1 mista	Ant. inf	-	-	23	-	PNI	Aumentado	-
M	8a10m	Cl.II,1	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	13a5m	Cl.II,1	Ant.sup.inf	-	-	42,43	-	PNI	Aumentado	-
M	13a10m	Cl.I	Ant.sup.inf	-	-	23	-	PNI	Negativo	Mordida cruzada anterior
M	12a4m	Cl.I mista	-	-	-	-	-	PNI	Diminuído	Diastemas anterior inferior
F	10a3m	Cl.I mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	Diastemas anterior superior
M	14a3m	Cl.I	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	16a11m	Cl.I	Ant. inf	12*22	-	-	-	PI	Aumentado	18,28,48 ausentes
M	9a3m	Cl.I mista	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastemas ant. sup. e "dens in dente"12 e 22
M	21a3m	Cl.II,1	Ant.sup.inf	13-23	-	18,48	36	PI	Aumentado	38 ausente
M	11a	Cl.I mista	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	29a9m	Cl.I	Ant. inf	-	-	18,28	-	PNI	Normal	38,48 ausentes
M	18a3m	Cl.II,1	Ant.sup.inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Aumentado	-
M	5a10m	Cl.II,1 decidua	-	53-63	-	-	-	-	Aumentado	Supranumerário entre 11-21
M	21a9m	Cl.II,1	Ant.sup.inf	-	-	28,38,48	-	PNI	Normal	18 ausente
M	16a6m	Cl.I	Ant. inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	15a	Cl.II,1,D	Ant. inf	-	-	-	47	PNI	Normal	-
M	14a	Cl.II,1,D	-	12*22	-	48	-	PNI	Ausente	-
M	11a1m	Cl.II,1 mista	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	16a 11m	Cl.I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	10a8m	Cl.II,1 mista	Ant.sup.inf	-	-	35	-	PNI	Normal	18,28 ausentes
M	12a6m	Cl.II,1	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	11a3m	Cl.I mista	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	14a5m	Cl.I	Ant.sup.inf	-	-	18,28,38,48	21	PNI	Normal	-
F	41a7m	Cl.I	-	-	-	-	37	PI	Normal	Diastemas anterior superior
M	20a5m	Cl.I	-	-	-	38	-	PNI	Normal	18,28,48 ausentes
F	11a	Cl.I mista	Ant.sup	-	-	-	-	PNI	Ausente	-
M	9a	Cl.I mista	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastemas anterior superior
M	11a	Cl.II,1 mista	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastemas anterior superior
F	20a6m	Cl.I	-	-	-	18,28,48	-	PNI	Normal	13 cruzado
F	21a5m	Cl.II,1,D	-	-	-	-	46,47	PI	Normal	28,38 ausentes
F	21a2m	Cl.II,1,D	Ant. inf	-	-	-	46	PI	Normal	-
F	9a	Cl.I mista	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastemas ant. superior e inferior
F	9a9m	Cl.II,1 mista	Ant.sup.inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	21a10m	Cl.I	Ant. inf	-	-	38	-	PI	Normal	-
M	23a3m	Cl.II,1,E	Ant. inf	-	-	38,48	14,24,46	PNI	Aumentado	Sobremordida profunda e 18,28 ausentes
M	15a7m	Cl.II,1	-	13-23	-	18	36	PNI	Diminuído	28,38,48 ausentes
M	9a2m	Cl.II,1 mista	Ant.sup	12*22	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	16a9m	Cl.I	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	17a	Cl.II,1,E	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	7a7m	Cl.II,1 mista	Ant.sup.inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	14a	Cl.I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	29a3m	Cl.II,1,D	Ant. inf	-	-	38,48	-	PI	Normal	-
F	17a7m	Cl.I	Ant. inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Normal	-
M	13a4m	Cl.II,1	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	11a	Cl.I	Ant. inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	10a	Cl. II, 1 Mista	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	24a 2m	Cl. I	Ant. inf	-	-	18,28,38,48	-	PI	Normal	-
F	22a 7m	Cl. II, 1 - D	Ant. sup. inf	-	-	38,48	-	PI	Normal	4 prés supranumerários (2 super, 2 infer)
F	17a 4m	Cl. II, 2	Ant. sup. inf	14-16/24-26	-	-	-	PNI	Normal	-
F	14a	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	-
F	18a	Cl. III	-	-	-	-	16,26,36,46	PI	Negativo	-
M	13a 2m	Cl. I	Ant. inf	-	-	-	-	A	Aumentado	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	12a 4m	Cl. II, 1	Ant. Sup.	-	-	-	-	A	Aumentado	-
M	29a 1m	Cl. I	-	-	-	-	-	PI	Aumentado	-
F	20a 3m	Cl. II, 1 - E	-	-	-	-	-	A	Aumentado	-
F	14a 2m	Cl. II, 1 - E	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	11a 5m	Cl. I, mista	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	14a	Cl. III	-	13-23	-	-	-	PI	Negativo	-
F	10A	Cl. II, 1 - E Mista	Ant. inf	-	-	35,45	-	PNI	Normal	-
F	15a 11m	Cl. II, 1	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastemas incisivos e 38,48 ausentes
F	13a	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	17a	Cl. III	Ant. Sup.	14-26/24-26	-	18,28	-	PNI	Normal	38,48 ausentes. Mordida cruzada bilateral post.
M	14a	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastemas incisivos
F	15a	Cl. II, 1	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	26a 8m	Cl. I	-	24-26	-	18	36,46	PI	Normal	Diastema incisivo, mordida cruzada unilateral E
F	15a 5m	Cl. II, 1	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	22a 6m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	38	-	PI	Normal	Dens. In dente 12-22
M	15a 7m	Cl. I	-	-	-	38	-	PNI	Normal	-
M	10a 9m	Cl. II, 1 Mista	-	13-23	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	14a 7m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	23a 9m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PI	Normal	38,48 ausentes
F	20a	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	18	-	PI	Normal	-
F	11a	Cl. II, 1	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	11a 7m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	28	-	PNI	Normal	-
M	17a	Cl. II, 1	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	A	Aumentado	-
F	13a 7m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	11a 10m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	15a 4m	Cl. II, 1 - E	-	16-26	24,34	-	-	PNI	Diminuído	Mordida cruzada posterior unilateral D
M	18a 3m	Cl. III	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Negativo	-
F	22a 9m	Cl. I	Ant. sup. inf	13-23	-	-	-	PI	Aumentado	-
F	13a 2m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	35,45	-	-	Normal	-
M	28a 8m	Cl. I	Ant. inf	-	-	-	-	PI	Normal	-
M	10a 9m	Cl. I Mista	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
F	11a 8m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Normal	Mordida cruzada posterior bilateral
M	27a 4m	Cl. II, 1 - D	Ant. sup. inf	-	-	-	25,46	PI	Normal	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	11a 8m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	23a 7m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	38,48	16,26	PNI	Normal	18,28 ausentes
M	27a	Cl. I	Ant. inf	-	-	-	-	PI	Normal	38 ausente
M	30a 4m	Cl. II, 1	Ant. sup. inf	-	-	-	36,46	PI	Aumentado	-
F	16a 3m	Cl. I	Ant. inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Normal	-
M	11a 7m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	15a 9m	Cl. I	Ant. inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Normal	Dens. In dente 12-22 e supranumerário 35
F	16a	Cl. II, 1	Ant. Sup	15-25	-	-	46	PNI	Aumentado	-
M	15a 7m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	25a 4m	Cl. I	-	-	-	-	-	PI	Normal	-
F	3a 7m	Cl. I Decídua	-	53-63	-	-	-	-	Diminuído	Mordida cruzada unilateral post. Direita
F	30a 10m	Cl. I	-	-	-	-	-	PI	Normal	Diastema ant. sup
F	14a 10m	Cl. I	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	17a 3m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	37,47	-	PNI	Normal	-
F	16a 10m	Cl. I	-	13-23	-	38,48	-	PI	Diminuído	Paramolar supranumerário
F	24a 4m	Cl. II, 1	-	-	-	-	-	PI	Aumentado	38,48 ausentes
M	16a 11m	Cl. III	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Negativo	-
F	12a 11m	Cl. I	-	-	-	-	-	-	Normal	Diastemas e 18,28,38,48 ausentes
F	16a 8m	Cl. I	Ant. inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	17a 1m	Cl. I	-	-	-	38,48	-	PI	Normal	-
M	7a 11m	Cl. I, mista	-	53-63	-	-	-	-	Diminuído	Dens. In dente 12-22
M	13a	Cl. II, 1	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	29a 3m	Cl. I	Ant. sup. inf	12*22	-	-	24	PI	Aumentado	38,48 ausentes
F	32a 9m	Cl. I	-	-	-	-	16,26,34	PI	Normal	48 ausente
F	14a	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	-
M	9a 1m	Cl. I, mista	Ant. inf	15-25	-	-	-	PNI	Diminuído	-
M	9a 11m	Cl. I, mista	Ant. inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	10a 10m	Cl. I, mista	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Mordida cruzada bilateral
F	14a 11m	Cl. II, 1	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	38,48 ausentes
M	40a 1m	Cl. II, 1	Ant. sup. inf	-	-	-	16,24,26,36,44,46,47	PI	Normal	-
F	17a 8m	Cl. I	Ant. inf	-	-	38	-	PNI	Normal	-
M	6a 10m	Cl. I Decídua	-	53-63	-	-	-	-	Diminuído	-
F	25a 9m	Cl. II, 1	Ant. Sup	-	-	-	15,25,26,36,46	PI	Normal	28,38,48 ausentes

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	22a 2m	Cl. I	Ant. inf	-	-	-	36	PI	Normal	-
F	43a 1m	Cl. I	-	-	-	-	16	A	Normal	Diastema incisivo
M	6a	Cl. I, mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	17a 10m	Cl. I	Ant. Inf	12*22	-	-	-	PNI	Diminuído	-
M	11a 7m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	18a 3m	Cl. II, 1 - D	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	16a 8m	Cl. I	Ant. sup	-	-	-	-	PNI	Normal	Mordida cruzada unilateral post. Direita
F	13a	Cl. I, mista	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	18,48 ausentes
M	12a 10m	Cl. I	-	13-23	-	-	-	PNI	Diminuído	38 ausente
M	24a 7m	Cl. II, 1 - E	-	-	-	-	46	PI	Normal	28 ausente
M	9a 12m	Cl. II, 1 - Mista	Ant. sup. inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	24a 1m	Cl. II, 1	-	-	-	-	-	PI	Normal	Diastemas. 38, 48 ausentes
M	13a 10m	Cl. II, 1	Ant. sup. inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	13a 8m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	45	-	PNI	Normal	-
F	9a 5m	Cl. II, 1 Mista	Ant. Inf	13-23	-	-	-	-	Aumentado	-
F	22a 10m	Cl. II, 1	Ant. sup. inf	11*16	-	18,28,38,48	-	PNI	Aumentado	Mordida cruzada unilateral post. Direita
F	9a 3m	Cl. I, mista	-	14-24	-	-	-	-	Diminuído	-
M	17a 9m	Cl. II, 1 - E	Ant. inf	13-23	-	-	-	PI	Aumentado	-
M	15a 9m	Cl. I	-	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Normal	Diastema incisivos superiores
M	32a 4m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	-	-	36,46,47	PI	Normal	38 ausente
F	26a	Cl. II, 1	-	-	-	-	36,46	PNI	Aumentado	Diast. Incis. inf. Microdont. 18. 28,38,48 ausentes
F	18a 4m	Cl. I	-	-	-	18,28,38,48	-	-	Normal	-
F	30a 9m	Cl. I	-	-	-	-	-	A	Diminuído	Diast. Ant. Sup. Inf
F	20a 7m	Cl. II, 1 - D	-	-	-	-	-	PI	Normal	-
F	25a 11m	Cl. II, 1	-	-	-	-	16,36,46	PI	Aumentado	48 ausente
M	21a 9m	Cl. I	Ant. inf / Post. Sup.	-	-	38,48	-	PI	Aumentado	Dens. In dente 12-22
M	21a 2m	Cl. II, 1	Ant. sup	-	-	18,48	-	PNI	Aumentado	38 ausente
M	10a 2m	Cl. I, mista	Ant. sup. inf	-	-	13,23	-	-	Negativo	cruzamento da mordida ant. e post. Direito
F	24a 2m	Cl. III	Ant. sup. inf	-	-	-	46	PI	Negativo	Mordida cruzada anterior
M	22a 3m	Cl. II, 1 - D	Ant. sup. inf	-	-	-	-	A	Normal	-
F	16a 5m	Cl. II, 1	Ant. sup	-	-	-	46	PNI	Aumentado	-
M	19a 10m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Dens. In dente 12-22
F	22a 9m	Cl. II, 1 - E	Ant. Inf.	-	-	-	-	PI	Normal	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
M	27a 7m	Cl. II, 1	Ant. sup. inf	-	-	-	13,16,23,26,36,46	PI	Negativo	-
M	20a 4m	Cl. I	Ant. sup. inf	15-25	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	16a 10m	Cl. I	Ant. Inf	12*22	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	15a 5m	Cl. I	Ant. sup. inf	-	32	-	-	PNI	Normal	-
M	13a 8m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	19a 2m	Cl. II, 1-D	-	-	-	48,18,28	14,24,36	PNI	Aumentado	-
F	16a 9m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	35	46	PNI	Aumentado	-
F	10a 8m	Cl. II, 1 - Mista	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastema 11-21
F	9a 8m	Cl. II, 1 - Mista	Ant. Sup-Inf	53-63	-	13-23	-	PNI	Aumentado	-
M	9a 2m	Cl. I - Mista	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastema 11-21
M	16a 10m	Cl. II, 1 - E	Ant. Inf	-	-	38,48	21	PNI	Aumentado	-
F	19a 10m	Cl. I	-	-	-	-	36,42,46	PI	Aumentado	Diastema 11-21
M	20a 1m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	19a 6m	Cl. II, 2-E	Ant. Sup-Inf	-	-	38,48	-	PI	Normal	-
M	26a 5m	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup-Inf	13-23	-	-	16,26,36	PI	Aumentado	-
M	24a 11m	Cl. III	-	-	32	-	36	PI	Diminuído	Mordida cruzada posterior lado E
M	27a 6m	Cl. I	Ant Sup-Inf	12-22*	-	28	36,37,46,47	PI	Normal	Mordida cruzada posterior bilateral /18 Aus
M	13a 11m	Cl. II, 1-D	-	13-23	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	16a 11m	Cl. I	-	-	-	18	-	PNI	Aumentado	Sobremordida/ 28,38,48 Ausentes
M	11a 6m	Cl. II, 1-E	-	-	-	35	-	PNI	Aumentado	-
M	10a 6m	Cl. II, 1 Mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	Diastema Ant. Sup-Inf
M	19a 3m	Cl. I	-	-	-	38,48	-	PNI	Normal	-
F	56a 2m	Cl. I	-	-	-	-	16,15,14,24,25,27,36,46,47	-	Diminuído	Mordida cruzada unilateral
M	5a 11m	Cl. I - Descídua	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Normal	Mordida cruzada posterior lado D
F	14a 6m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	27a 5m	Cl. I	Ant. Inf	-	12-22*	-	16,26,36,46	PI	Normal	Mord. Cruzada bilateral post. / 28,38Aus
M	18a 1m	Cl. I	Ant. Post. - Inf	-	12-22*	-	-	PI	Normal	-
F	19a 8m	Cl. I	Ant. Sup - Inf	-	-	-	-	A	Normal	-
F	9a 11m	Cl. II, 1 - D Mista	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	15a 6m	Cl. I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diast. Ant. Sup. Inf
M	8a 11m	Cl. I Mista	-	-	-	-	-	-	Normal	-
F	9a 9m	Cl. I Mista	-	13-23	12-22*	-	-	-	Diminuído	-
F	22a 1m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	A	Normal	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	21a 11m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	38,48	-	PNI	Aumentado	-
F	33a 9m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	18 ausente
F	12a 11m	Cl. II,2	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	Sobremordida / 18 Ausente
M	27a 7m	Cl. I	-	-	-	-	37,45	PI	Normal	Diastema Ant.. Sup / 38 Ausente
F	9a 8m	Cl. I Mista	Ant. Inf	-	-	-	-	-	Diminuído	Mord. Cruzada unilateral Esquerdo
F	8a 2m	Cl. II, 1 Mista	Ant. Sup-Inf	12-22*	-	-	-	-	Aumentado	-
F	12a 3m	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup-Inf	-	-	38,48	-	PNI	Aumentado	Mord. Cruzada lado Direito
F	10a 10m	Cl. I Mista	Ant. Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
F	15a 4m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	-	47,33	-	PNI	Normal	-
F	23a 3m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	18 ausente/microdontia 28
F	29a 1m	Cl. II, 1 -D	Ant. Inf	-	-	-	36,37,46,47	PI	Aumentado	-
M	16a 10m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Negativo	Mord. Cruz. ant/microdontia18/28,38,48 Ausente
M	12a 7m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	9a 8m	Cl. III Mista	-	12-22*	-	-	-	-	Negativo	-
F	51a 2m	Cl. II, 1 - E	Ant. Sup	13-16/23-26	-	-	36	PI	Diminuído	-
M	9a 9m	Cl. II, 1 Mista	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	26a 7m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	A	Diminuído	-
F	6a 10m	Cl. II, 1 Mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	24a 4m	Cl. III	Ant. Inf	13-23	-	-	-	A	Negativo	-
F	10a 10m	Cl. II, 1 Mista	Ant. Sup	-	35,45	-	-	-	Aumentado	-
F	6a 10m	Cl. II, mista	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
M	8a 11m	Cl. I, mista	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
M	6a 7m	Cl. I, Mista	-	53-63	-	-	-	-	Normal	-
F	27a 5m	Cl. I	-	-	-	-	-	A	Diminuído	-
M	26a 9m	Cl. II, 1 - D	Ant. Sup-Inf	-	-	38,48	-	PNI	Aumentado	Supranumerário
M	16a 7m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Diminuído	-
M	15a 3m	Cl. II, 1-D	Ant. Sup-Inf	11-13*	-	-	-	PNI	Aumentado	38 ausente
F	15a 10m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	-	13-23	-	-	PNI	Normal	18 Ausente
F	26a 6m	Cl. II, 1	Ant. Sup	-	-	-	46	A	Aumentado	-
F	11a 7m	Cl. I	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	9a 5m	Cl. II, 1 Mista	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	31a 2m	Cl. I	Ant. Inf	-	-	-	-	A	Normal	-
F	11a 7m	Cl. I	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Normal	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	20a 10m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	28,38 Ausentes
M	28a 7m	Cl. II, 1-E	Ant Sup.	-	-	-	16	A	Aumentado	-
F	13a 1m	Cl. I	Ant Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	16a 2m	Cl. I	Ant. Sup-Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	Sobremordida
F	18a 1m	Cl. II, 1	Ant. Sup	-	38	-	-	PNI	Aumentado	-
F	31a 11m	Cl. II, 1	Ant. Sup-Inf	21-25	-	-	36,47	PI	Aumentado	18,28 Ausentes
F	23a 2m	Cl. II, 1-D	Ant. Sup-Inf	-	-	-	36,46	PI	Normal	-

ANEXO D – Amostra Baurú

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
M	13a 10m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	13,23,33,43	-	PNI	Aumentado	-
M	19a11m	Cl.II, 2,E	Ant. Sup. Inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	Sobremordida
F	14a10m	Cl.I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	13a8m	Cl.I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	16a10m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	38,48	-	PNI	Aumentado	-
M	11a 10m	Cl.III	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastema Ant. Sup.Inf
M	15a5m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	12a3m	Cl.I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	11a2m	Cl.I mista	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
F	17a1m	Cl.I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	14a11m	Cl.I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	38 Ausente
F	15a11m	Cl.I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastema Ant.Inf
F	28a5m	Cl.II,2	Ant. Sup. Inf	-	-	38	-	PI	Aumentado	Sobremordida
F	23a10m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	Mord. Cruz.Post. Lado. D
M	19a6m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	38,48	-	PI	Normal	-
M	31a4m	Cl.II,1	-	-	-	-	-	A	Normal	Diastema Ant.Inf
F	32a1m	Cl.II,1, E	-	12*22	-	-	-	PI	Aumentado	Diastema 11-21
F	15a5m	Cl.I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	12a6m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	11a1m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	15a9m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	11a6m	Cl.II,1, E	Ant. Sup	-	45	-	-	A	Aumentado	-
M	23a1m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PI	Normal	28,38,48 Ausentes
M	12a1m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	13,23,33	-	PNI	Normal	-
M	22a	Cl.II,1	Ant.Inf/Post. Sup	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Mord. Cruz.Post. Lado. D
F	39a4m	Cl.I	-	-	-	-	36	PI	Diminuído	38 Ausente
F	23a4m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	-
F	18a2m	Cl.I	-	-	-	-	-	PI	Diminuído	Diastema Ant. Sup.Inf/48 Ausentes
F	10a3m	Cl.II,2	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
M	10a8m	Cl.I mista	Ant. Inf	-	-	43	-	PNI	Normal	18 Ausente
M	18a11m	Cl.I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastema 11-21/Sobremordida
F	19a3m	Cl.I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastema 11-21
F	12a10m	Cl.II,1	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	15a1m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	Mord. Cruz.Post. Lado. E/Paramolar supranumer.
M	11a4m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	13	-	-	Diminuído	-
F	18a6m	Cl.I	Ant. Inf	-	-	38,48	-	PI	Normal	-
F	18a11m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Diminuído	-
M	15a7m	Cl.I	Ant. Sup	-	-	12	-	PNI	Normal	-
F	25a	Cl.I	-	-	-	-	-	A	Aumentado	Sobremordida
F	17a2m	Cl.I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
F	30a5m	Cl.II,2	Ant. Sup	-	-	-	-	A	Diminuído	-
F	9a	Cl.I mista	-	-	-	38,43	-	-	Diminuído	Diastema 11-21
F	24a10m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	Mord. Cruz.Post. Lado. D/38, 48 Ausentes
F	18a2m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	14a6m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	22	38,48	-	PNI	Diminuído	Microdontia 18,12/28 Ausente
F	11a7m	Cl.I mista	-	12*14	-	-	-	-	Aumentado	-
F	10a10m	Cl.I	Ant. Inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	-
F	11a11m	Cl.II,1,D	-	12*23	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	10a6m	Cl.I mista	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Mord. Cruz.Post. Lado. E
M	9a10m	Cl.I mista	-	-	-	11	-	PNI	Aumentado	21 Geminado
F	28a9m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	A	Aumentado	-
F	21a11m	Cl.II,1, E	Ant. Sup. Inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	18,28 Ausentes/38,48 Microdontia
M	10a10m	Cl.I	Ant. Sup. Inf	-	-	13,23	-	PNI	Aumentado	-
M	17a10m	Cl.I	Ant. Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	-
F	11a1m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	-	-	Normal	-
F	9a6m	Cl.I mista	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	32a5m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	A	Normal	-
F	20a8m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	Diastema 11-21/Sobremordida
F	14a	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	14a1m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	-
M	20a10m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PI	Normal	-
F	15a8m	Cl.II,1,D	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	12a2m	Cl.I mista	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
M	13a11m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	16,17	-	PNI	Normal	-
M	24a7m	Cl.II,1,D	Ant. Inf	-	-	48	-	PI	Aumentado	-
M	8a10m	Cl.I mista	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	-	Diminuído	Diastema 11-21
M	9a5m	Cl.II,1 mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	12a3m	Cl.II,1,D	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Sobremordida/Microdontia 12/38 Ausente
F	15a3m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
M	8a10m	Cl.II,1,D mista	-	-	-	-	-	-	Diminuído	Mord. Cruz.Post. Lado. D
M	25a8m	Cl,I	Ant. Sup	-	-	-	37	PI	Normal	-
F	56a9m	Cl.II,1	Ant. Inf	-	-	-	34,36,37,45,46	PI	Diminuído	Diastema 11-21/18,28,48 Ausentes
F	30a7m	Cl,I	Ant. Sup	-	-	-	26,36,46	PI	Diminuído	18,28 Ausentes
F	30a1m	Cl.II,1,D	-	-	-	-	-	PI	Normal	Diastema Ant. Inf
F	22a6m	Cl,I	-	-	34,44	-	-	A	Aumentado	-
F	11a	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	39a10m	Cl.II,1	Ant. Sup	-	-	-	27	PI	Aumentado	38,48 Ausentes
F	12a2m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	13a4m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	11*21	-	Diminuído	Mord. Cruz.Post. Lado. E
F	10a9m	Cl.I mista	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	30a6m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	-	-	36,46,47	PI	Aumentado	-
F	15a7m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	14a2m	Cl,I	-	13-23	-	38,48	22	PNI	Aumentado	Diastema Ant.Sup. Inf/12 Conóide
F	12a7m	Cl.I mista	-	-	12,22,35,45	-	-	PNI	Normal	-
F	22a7m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	Mord. Cruz.Post. Lado. D/18,28,38 Ausentes
F	10a10m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	15-21	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	12a6m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	13-23	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	22a	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PI	Normal	18, 48 Ausentes
F	24a7m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	23	-	PI	Normal	18,28,38 Ausentes
F	11a2m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	9a4m	Cl.I mista	Ant. Sup. Inf	-	-	12*22	-	-	Negativo	Mord. Cruz. Anterior
F	21a8m	Cl.II,1,D	Ant. Inf	-	-	-	-	A	Aumentado	-
M	6a6m	Cl.I mista	Ant. Sup. Inf	53-63	-	-	-	-	Aumentado	-
M	11a10m	Cl.I mista	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Normal	Mord. Cruz.Post. Lado. D
M	12a4m	Cl.II,1,E	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	-	Diminuído	Mord. Cruz.Post. Lado. E
F	11a3m	Cl.I mista	Ant. Sup. Inf	-	-	13,23,33	-	-	Normal	-
F	17a 8m	Cl.III	Ant. Sup. Inf	-	-	38,48	-	PNI	Diminuído	Mord. Cruz.Post. Lado. E
F	21a1m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	13	16	PI	Diminuído	-
M	27a2m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	48	-	PNI	Normal	18,28 Ausentes
F	29a	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	-	PI	Normal	-
F	11a9m	Cl,I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastema Ant.Sup

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	21a8m	Cl,I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastema Ant.Sup. Inf/ 48 Ausente
F	10a6m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	13a6m	Cl,I	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	10a3m	Cl.I mista	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Normal	Mord. Cruz.Post. Lado. E
M	14a11m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	13	-	PNI	Diminuído	-
M	14a9m	Cl,I	-	-	-	38,48	-	PNI	Diminuído	Mord. Cruz.Post. Lado. E
F	19a	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	38,48 Ausentes
M	35a	Cl.II,2,D	Ant. Sup	-	-	-	36,46	PI	Normal	-
F	10a5m	Cl.I mista	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	16a7m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	-
F	15a2m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	23-43	-	PNI	Normal	-
M	19a7m	Cl.II,2,D	-	-	-	38,48	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
F	17a2m	Cl,I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	22-Microd/Sobremordida/Diastemas/ 48 Ausente
F	23a8m	Cl.II,1,D	Ant. Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	28,38 Ausentes
F	11a1m	Cl.II,2,mista	Ant. Sup	-	-	12,22	-	-	Aumentado	Sobremordida
F	10a3m	Cl.I mista	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	12a11m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	38-48	-	PNI	Aumentado	-
M	12a9m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	38-48	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
M	12a7m	Cl.II,1 mista	Ant. Sup. Inf	-	-	38-48	-	PNI	Diminuído	-
M	15a4m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	Sobremordida
F	20a7m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	13,23,38,48	16	PI	Normal	-
M	38a7m	Cl.II,1,E	Ant. Sup. Inf/Post E	-	-	-	15,35,36,45	A	Normal	-
M	12a9m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	24a3m	Cl,I	Ant. Sup	-	-	-	27,36,37,46,47	PI	Normal	Mord. Cruz.Post.Bilat./ 28 Ausente
F	41a9m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	-	46	PI	Aumentado	28 e 38 Ausentes
M	14a2m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	12*22	-	-	PNI	Normal	-
F	17a10m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	-	46	PNI	Aumentado	18 e28 Ausentes
M	12a	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	13-23	-	PNI	Aumentado	Sobremordida/Diastema 11-21
F	11a10m	Cl.II,1	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastemas Ant.Sup.Inf e Post.Inf
F	12a5m	Cl.I mista	Ant. Sup	-	-	13-23	-	PNI	Diminuído	Diastemas Ant.Inf e Post.Inf
M	14a9m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	14-24	-	-	-	PNI	Aumentado	Mord. Cruz.Post.Bilat.
F	8a11m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	53-63	-	-	-	-	Aumentado	-
M	34a3m	Cl.II,1	-	-	-	23	36,46	PI	Normal	-
M	16a10m	Cl,I	-	-	-	-	44	A	Normal	Diastemas Ant.Sup.Inf

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	14a	Cl.II,1,E	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	26a	Cl.II,2,D	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	22a7m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	35,37,45	PI	Normal	Diastema 11-21/38 e 48 Ausentes
F	16a6m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
F	54a5m	Cl.II,1,E	Ant. Sup. Inf	-	-	-	36	PI	Normal	18,28 e 48 Ausentes
F	12a	Cl.I mista	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	18a6m	Cl.III	Ant. Sup. Inf	14-24	-	13,48	-	PNI	Negativo	Mord. Cruz.Ant./ 38 Ausente
M	12a4m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	13	36	PNI	Normal	-
F	15a7m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	16a5m	Cl.II,1,D	Ant. Inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Normal	-
F	9a2m	Cl.III mista	-	-	-	-	-	-	Diminuído	Diastemas Ant.Sup.Inf
M	10a6m	Cl.II,1,D	-	-	-	-	-	-	Aumentado	Diastemas Ant.Sup.Inf
M	9a	Cl.III mista	Ant. Sup	-	-	-	-	-	Negativo	Mord. Cruz.Ant. Lado D
F	36a3m	Cl.II,1	-	-	-	-	17,16,15,14,24,35,36,37	PI	Diminuído	Diastemas Ant.Sup.Inf/ Microd 12,22/18,28,38 A
M	17a4m	Cl,I	Ant. Inf	-	12*22	38	-	PNI	Diminuído	-
M	10a11m	Cl.II,1,D	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastema 11-21/ Mord. Cruz.Lado D
F	11a8m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	23,33	-	PNI	Normal	-
F	18a4m	Cl.III	Ant. Sup	16-24	-	15	-	PNI	Negativo	Mord. Cruz.Ant./ 18, 38 Ausentes
F	11a4m	Cl.I mista	-	-	-	-	-	-	Diminuído	Diastemas Ant.Sup.Inf
F	12a4m	Cl.II,1,D mista	-	-	12*35	-	-	-	Normal	Diastema 11-21
F	13a3m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	-	-	26	PNI	Aumentado	-
M	15a8m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	18	-	PNI	Normal	-
M	16a3m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	13-23	-	13,38,48	-	PNI	Diminuído	Mord. Cruz.Post. Lado D
F	8a3m	Cl.I mista	-	-	-	-	-	-	Diminuído	Diastema 11-21/31-41
M	24a3m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	28,38,48	-	PI	Diminuído	-
M	16a2m	Cl.II,1,D	Ant. Inf	-	-	-	21	PNI	Normal	-
F	11a	Cl.I mista	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastema 11-21
M	29a2m	Cl.II,1	Ant. Inf	-	-	38	-	PNI	Aumentado	18,28 e 48 Ausentes
M	11a3m	Cl.III	-	14-24	-	-	46	PNI	Diminuído	18 e 48 Ausentes
F	36a3m	Cl.II,1	-	-	-	-	36	A	Aumentado	Diastemas Ant.Sup.
F	25a8m	Cl.III	Ant. Sup. Inf	13-23	-	-	-	PNI	Diminuído	-
F	40a5m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	16,22,26	PI	Normal	48 Ausente
F	11a7m	Cl,I	-	-	-	-	-	PNI	Diminuído	Diastema 11-21
F	10a8m	Cl.III mista	-	-	-	-	-	PNI	Negativo	Mord. Cruz.Ant.

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
M	16a5m	Cl.II,1,E	Ant. Sup	-	-	13,48	36	PNI	Diminuído	-
F	13a9m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	13-23	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
F	53a10m	Cl.II,1	-	-	-	-	27,36	PI	Diminuído	Diastemas Ant. e Post.-Sup.Inf/18 e 28 Ausentes
M	9a11m	Cl.I mista	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	-	Diminuído	Diastema 11-21
F	17a6m	Cl.III	-	12*22	-	18,28,38,48	25	PNI	Negativo	Mord. Cruz.Total
F	20a3m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	Mord. Cruz.Post. Lado D
F	17a10m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	14-24	-	13,23,33	-	PNI	Diminuído	-
F	45a6m	Cl.II,2	-	-	-	-	36,46	PI	Aumentado	Sobremordida/Diastema 43-44/18,28 Ausentes
F	31a	Cl.II,1,E	Ant. Inf	12*17/22-26	-	-	16,17,36,46	PI	Diminuído	-
M	13a3m	Cl,I	-	13-23	-	-	-	PNI	Negativo	Mord. Cruz.Ant. e Post. Lado D
F	15a1m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	48 Ausente
M	12a3m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	19a2m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PI	Normal	-
F	13a	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	13-23	-	PNI	Normal	Mord. Cruz.Post. Lado D
M	11a11m	Cl.II,1,D	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	11a6m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	13	-	PNI	Aumentado	-
M	13a8m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	13	-	PNI	Normal	-
M	10a9m	Cl.II,1	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
F	15a2m	Cl.II,1	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	11a11m	Cl.II,1	Ant. Sup	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	15a3m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	16a9m	Cl.II,1	Pot. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	18 Ausente
F	32a7m	Cl.II,1	Ant. Inf	-	-	-	14,23,24,37	PI	Aumentado	18,38 e 48 Ausentes
M	13a10m	Cl,I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	8a11m	Cl.I mista	-	-	-	33	-	PNI	Normal	Mord. Cruz.Post. Lado E
M	14a4m	Cl.II,2	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
F	10a4m	Cl.II,1 mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	15a11m	Cl,I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Mord. Cruz.Post. Lado D
F	27a5m	Cl,I	Ant. Sup	-	-	-	36	A	Diminuído	-
F	14a4m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	13a10m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	13-23	-	PNI	Aumentado	-
M	13a4m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	12a10m	Cl.II,1	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastema 11-21
F	11a2m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	-	13	-	PNI	Aumentado	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
F	10a6m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	-	Aumentado	-
F	27a9m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	A	Normal	-
F	23a1m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	18 Ausente
F	20a5m	Cl,I	-	-	-	-	-	A	Aumentado	Diastemas Ant.Sup.Inf
F	34a5m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PI	Normal	18,28 e 48 Ausentes
F	11a2m	Cl.II,2,D	Ant. Sup. Inf	-	-	13,23,33	-	PNI	Normal	-
M	12a5m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	24a9m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	18,28,38,48	-	PNI	Aumentado	-
M	34a7m	Cl,I	Ant. Inf/Pot. Sup. D	-	-	28,38,48	-	PNI	Aumentado	-
F	14a1m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	23	-	PNI	Aumentado	Mord. Cruz.Post. Lado E
M	11a2m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	12a11m	Cl.III	-	-	-	13-23	-	PNI	Negativo	Mord. Cruz.Ant.
F	15a7m	Cl,I	-	13-23	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	14a1m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	18 e 28 Ausentes
F	21a11m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	-	A	Normal	Diastema 11-21
M	13a2m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Mord. Cruz.Post.Bilat/Diastema 11-21
M	10a2m	Cl,I	Ant. Sup	-	-	-	-	-	Diminuído	Diastema 11-21
F	40a4m	Cl.II,1	Ant. Inf	-	-	-	17,26,27,36,37,46	PI	Aumentado	Sobremordida/18 e 28 Ausentes
F	41a6m	Cl.II,1	Ant. Inf/Pot. Inf. D	-	-	35	17,26,27	PI	Aumentado	Diastema 11-21/18 e 38 Ausentes
F	45a1m	Cl,I	-	-	-	-	16,36,46	PI	Normal	Mord. Cruz.Post. Lado D/18 Ausente
F	10a4m	Cl.II,1,D mista	-	-	-	13	-	-	Aumentado	Mord. Cruz.Post. Lado D
M	14a2m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	12a10m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastema 11-21
F	12a5m	Cl.II,2,E	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	14a4m	Cl.II,2	Ant. Inf	-	12*45	-	-	PNI	Aumentado	Sobremordida/ 38 Ausentes
F	42a10m	Cl.II,1,D	-	-	-	-	35,36,37,46	PI	Aumentado	28 e 48 Ausentes
F	12a7m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	13-23	-	PNI	Diminuído	-
M	17a2m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	24a11m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	A	Aumentado	-
F	14a11m	Cl,I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	21a5m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	13-23	-	48	-	PI	Aumentado	Mord. Cruz.Post. Lado D
F	23a5m	Cl.II,1	-	-	-	18	36,46	PI	Aumentado	-
M	16a	Cl.II,2	Ant. Sup	-	-	13-23	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
M	12a1m	Cl,I	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastemas Ant.Sup.Inf

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
M	11a11m	Cl.II,1,D	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Mord. Cruz.Post 16-26
F	27a2m	Cl.II,1	Ant. Inf	-	-	38,48	26,46	PI	Aumentado	-
F	15a9m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
F	19a5m	Cl.II,1,D	Ant. Inf	-	-	38,48	-	PNI	Normal	-
F	35a4m	Cl,I	-	-	-	-	16,26,36,46	PI	Diminuído	Mord. Cruz.Post. Lado D/Diast. Ant.Sup.Inf/18,28A
F	11a5m	Cl.II,1,E	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Diastema 11-21/Paramolar Supranumerário
F	42a5m	Cl.II,1	Ant. Inf	-	-	-	15,24,25,35,37	PI	Aumentado	Diastema 11-21
F	21a7m	Cl.II,1	Ant. Inf	-	-	48	-	PI	Aumentado	-
F	32a4m	Cl.II,1	Ant. Inf	-	-	-	36,46	PI	Aumentado	38 Ausente
F	31a10m	Cl.II,1	Ant. Sup	-	-	-	26,36,46	PI	Aumentado	Sobremordida
F	16a1m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	37,47	-	PNI	Normal	-
F	11a2m	Cl.II,1	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Diastemas Ant.Sup./Microdontia 12
F	35a9m	Cl.II,1,E	Ant. Inf	-	-	-	16,36	PI	Aumentado	18e28 Ausentes
F	34a7m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	-	-	26,34,36,46	PI	Aumentado	-
F	34a8m	Cl.II,1,E	Ant. Inf	-	-	48	14,24,37	PNI	Aumentado	Microdontia 18,28/38 Ausente
M	12a5m	Cl.II,1	Ant. Sup	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	22a11m	Cl,I	-	-	-	-	16,24,36,37,44,46,47	PI	Normal	-
F	26a10m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	Sobremordida
F	9a4m	Cl.II,2 mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	Sobremordida
F	11a2m	Cl.II,1 mista	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
M	13a5m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	8a2m	Cl.III mista	-	-	-	-	-	-	Negativo	Mord. Cruz.Ant.
F	17a5m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf/Post .Sup.Bil	-	-	-	46	PNI	Diminuído	-
F	31a7m	Cl.II,1	Ant. Inf	-	-	-	16,27,36	PI	Aumentado	-
F	25a5m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	-	16,26,35,36,46	PI	Aumentado	Sobremordida/18 Ausente
M	14a9m	Cl.II,1	Ant. Inf	-	-	-	17,27	A	Aumentado	Sobremordida
F	12a7m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	13-23	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	30a2m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	-
F	15a	Cl,I	-	12*22	-	-	-	PI	Aumentado	c
F	36a8m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	25,36,37,46	PI	Normal	38 Ausente
F	25a9m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	A	Aumentado	-
F	24a7m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	46	PI	Diminuído	18 e 48 Ausentes
F	33a8m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	36,46	PI	Normal	18 e 28 Ausentes
F	13a6m	Cl.III mista	Ant. Sup. Inf	-	15-25	35-45	-	PNI	Diminuído	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
M	30a3m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	-	48	-	PI	Aumentado	Sobremordida
F	16a	Cl.II,1,D	Ant. Inf/Post.Médio E	-	-	38-48	45	PNI	Aumentado	-
M	12a5m	Cl.II,1 mista	Ant. Sup. Inf	-	-	13,33,43	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
F	21a2m	Cl.II,1,D	Ant. Sup. Inf	-	35	38-48	-	PNI	Normal	Mord. Cruz.Post.D/Microdontia 28
M	11a10m	Cl.I- mista	Ant. Sup. Inf	-	-	13,33,43	-	PNI	Aumentado	Sobremordida
F	8a11m	Cl.II, 2- mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	Sobremordida
F	34a	Cl.II,1	Ant. Sup.	-	-	13	36,46	PI	Aumentado	-
F	35a2m	Cl.II,1	-	-	-	-	-	PI	Aumentado	Diastemas Ant.Sup./38 e 48 Ausentes
M	25a9m	Cl.II,1,D	Ant. Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	-
M	23a10m	Cl.II,1	Ant. Sup.	-	-	-	36,46	PI	Normal	-
M	27a11m	Cl.III	-	-	-	-	36,37	PI	Negativo	Mord. Cruz.Ant.e lateral E/ 48 Ausente
F	9a11m	Cl.I- mista	Ant. Sup. Inf	-	-	33	-	-	Normal	-
F	38a5m	Cl.II,1	Médio.Post. E	13-25	-	-	36,46	PI	Aumentado	18 Ausente
F	35a	Cl.II,1	Ant. Sup.	-	-	-	25	A	Normal	-
M	7a11m	Cl.I- mista	Ant. Sup.	-	-	-	-	-	Normal	Mord. Cruz.Post.D
F	15a	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PNI	Normal	-
M	13a7m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	-	-	Normal	Diastema 11-21
F	16a2m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	38-48	-	PNI	Aumentado	-
F	39a6m	Cl,I	Ant. Sup.	-	31-41	-	-	A	Aumentado	Sobremordida
M	19a8m	Cl.III	-	-	-	38-48	-	PI	Negativo	Diastemas Ant.Sup.Inf./Mord. Cruz.Ant
F	43a	Cl.II, 2	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PI	Normal	38 e 48 Ausentes
M	45a2m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	-	16,36	PI	Aumentado	Sobremordida/48 Ausente
F	19a4m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	18	-	PI	Normal	28,38 e 48 Ausentes
F	36a6m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	A	Diminuído	-
F	13a8m	Cl.II,1,E	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
F	20a8m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	A	Aumentado	-
F	12a1m	Cl,I	-	-	-	-	-	PNI	Normal	Mord. Cruz.Post.E
F	33a6m	CII	Ant. Sup. Inf	-	-	-	46	PI	Normal	28,38 Ausentes
M	14a11m	Cl.II,1	Ant. Sup.	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	36a2m	Cl,I	Ant. Inf	-	-	-	16,15,12,22,23,24,26.47	PI	Aumentado	38, 48 Ausentes
M	6a11m	Cl.II, 1- mista	-	-	-	-	-	-	Aumentado	-
M	15a	Cl.II, 2	-	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-
M	42a9m	Cl,I	-	-	-	23	46	PI	Normal	Diastema 11-21
M	11a6m	Cl,I	Ant. Sup. Inf	-	-	13-23	-	PNI	Diminuído	-

SEXO	IDADE	REL A-P	APINHAM	MORDIDA ABERTA	AGENESIA	IMPACÇÃO	AUS DENT	3o. Mol.	TRESPASSE ANTERIOR	OUTROS
M	12a5m	Cl.III- mista	Ant. Inf	-	-	-	-	PNI	Diminuído	Diastemas Ant.Sup.
M	38a9m	Cl.III	Ant. Sup.	12-16/22-26	-	23	-	PNI	Diminuído	Mord. Cruz.Post.Bilat
F	12a4m	Cl.I- mista	Ant. Sup. Inf	-	35-45	-	-	-	Normal	-
M	11a3m	Cl.II, 1,D- mista	-	-	-	21,22,23	-	-	Normal	-
M	20a5m	Cl.III	Ant. Inf	-	-	-	37,47	PI	Negativo	Mord. Cruz.Ant.
M	33a2m	Cl.II,1	-	-	-	-	36,46,47	PI	Aumentado	28,18 Ausentes
F	23a10m	Cl.II,1	Ant. Sup. Inf	-	-	-	-	PI	Aumentado	38, 48 Ausentes
M	20a	Cl.II,1	Ant. Sup.	-	-	-	-	PI	Aumentado	-
M	13a1m	Cl.II,1	Ant. Sup.	-	-	-	-	PNI	Aumentado	-