

A PREVALÊNCIA DE MALOCCLUSÕES EM ESCOLARES DE NITERÓI - 1ª Parte

MALOCCLUSION PREVALENCE IN "NITERÓI" STUDENTS - Part I

BAPTISTA, Adriano Amaral¹
GALINDO, Alexandre Gil Souza²
PINHEIRO, Cintia Carneiro³
MOTTA, Andréa Fonseca Jardim da⁴
VILELLA, Oswaldo de Vasconcelos⁵
MUCHA, José Nelson⁶

Resumo: O presente trabalho objetivou determinar a prevalência de oclusão normal e de maloclusões dentárias, em escolares da cidade de Niterói, estado do Rio de Janeiro, de acordo com a classificação proposta por Angle. Para tanto, foi realizado o exame clínico com o registro em fichas de 1000 escolares de escolas municipais da área central de Niterói. A faixa etária da amostra variou de 6 a 14 anos de idade e compreendeu 545 meninas e 455 meninos. De posse das informações registradas em fichas especialmente elaboradas para este propósito, estas foram organizadas em tabelas e gráficos para proceder-se ao cálculo da percentagem de prevalência para as diversas situações, ou seja, oclusão normal e as Classes da Classificação de Maloclusões de Angle. Concluiu-se que a prevalência de maloclusões em escolares de Niterói foi de 74,6%, com os meninos apresentando 76,5% e as e as meninas 73,0%. A maloclusão de Classe I foi a mais prevalente, com 46,6% na amostra total e 62,5% no grupo de maloclusões. A Classe II foi o segundo grupo mais prevalente com 24,7% no grupo total e 33,1% no grupo de maloclusões. A Classe III apresentou a menor

prevalência com 3,3% no grupo total e 4,4% no grupo de maloclusões

Summary: Brazilian students between the ages of 6 to 14 years, living in the town of Niterói, Rio de Janeiro state, were examined in order to determine the prevalence of malocclusion according to Angle's classification. The survey encompassed 1000 children, of whom 545 were girls and 455 boys. It was concluded that 74,6% presented some malocclusion, and orthodontic care could be beneficial. According to Angle's Classification of Malocclusion, 46,6% in the total sample and 62,5% in the malocclusion group belong to Class I, 24,7% in the total sample and 33,1% in malocclusion group to Class II, and only 3,3% in total sample and 4,4% in malocclusion group to Class III.

Unitermos: Prevalência. Maloclusões. Classificação de Angle.

Key words: Prevalence. Malocclusion. Angle's Classification.

INTRODUÇÃO

A ortodontia é área da odontologia que trata da orientação, prevenção, interceptação e correção dos problemas e desarmonias dento-cranio-faciais, e está fundamentada no princípio científico da oclusão dentária normal. Portanto, entre as principais responsabilidades da prática ortodôntica incluem-se o diagnóstico dos problemas ortodônticos, bem como a definição das características epidemiológicas das situações de maloclusão e oclusão normal.

Para caracterizar-se as prevalências de maloclusão é imperativo a compreensão do que seja oclusão normal. Muitos autores propuseram diferentes enunciations para definir oclusão normal, porém uma das mais completas é a descrita por Strang²⁶ e diz que: "occlusão normal é um complexo estrutural constituído fundamentalmente pelos dentes e ossos maxilares, caracterizada pela relação normal dos chamados planos inclinados oclusais dos dentes, que se encontram situados individualmente e em conjunto, em harmonia arquetônica

com seus ossos basais e com a anatomia craniana, que apresentam contatos proximais e inclinações axiais corretas e são acompanhadas com crescimento, desenvolvimento, posição e correlação normais de todos os tecidos e estruturas circundantes"²⁵. Com base no conceito de normalidade, pode-se definir maloclusão como todo e qualquer desvio da oclusão normal.

Angle², em 1899, propôs uma classificação para as maloclusões que alcançou alto índice de aceitação. Agrupou um grande número de casos em um pequeno número de grupos, facilitando desta forma conclusões quanto ao diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico das diferentes classes de maloclusão. Preocupou-se ainda em determinar a prevalência de cada uma dessas classes numa população composta por indivíduos leucodermos norte-americanos.

Muitas outras classificações foram sugeridas por diversos autores com o passar dos anos, porém a classificação de Angle² continua sendo utilizada até hoje pela sua simplicidade e facilidade de aplicação, não ne-

¹ Bolsista do PIBIC, Graduando em Odontologia, FO, UFF

² Graduando em Odontologia, FO, UFF

³ Cirurgiã-Dentista, Estagiária da Disciplina de Ortodontia da UFF

⁴ Professor Auxiliar da UFF, Mestre em Odontologia-Ortodontia.

⁵ Professor Assistente da UFF, Mestre em Odontologia-Ortodontia

⁶ Professor Titular de Ortodontia da UFF, Doutor.

cessitando de muitos recursos. Além disso, facilita a comunicação entre os profissionais, sendo, por isso, universalmente conhecida.

Vários autores^{3, 16, 20}, concordam que as populações que sofreram miscigenação racial apresentam índices maiores de maloclusão do que as populações homogêneas. Portanto, estudos de prevalência são importantes para se conhecer as reais condições de uma determinada população, visando a adoção de medidas de orientação, prevenção, interceptação e de tratamento adequadas. Da mesma forma, os estudos de prevalência podem conduzir à elaboração mais adequada de condutas acadêmicas de ensino, pesquisa e extensão, para a solução dos problemas mais prevalentes.

No Brasil, foram realizados poucos estudos de prevalência de maloclusões, sendo portanto urgente a necessidade de realização de novos estudos, para se conhecer a realidade na qual se pretende aplicar os conhecimentos da ciência ortodôntica.

REVISTA DA LITERATURA

Angle², em 1899, elaborou uma classificação para os diferentes tipos de maloclusão agrupando-os em um pequeno número de grupos, simplificando os procedimentos de diagnóstico. Classificou como oclusão normal a condição na qual os arcos dentários descrevem uma leve curva e os dentes nestes arcos estavam dispostos harmoniosamente com os dentes adjacentes no mesmo arco e com o arco antagonista, sendo o arco inferior menor que o arco superior. Estabeleceu como chave de oclusão a relação dos primeiros molares permanentes: com a cúspide méso-vestibular do primeiro molar superior ocluindo no sulco méso vestibular do primeiro molar inferior e a cúspide disto-vestibular do molar superior ocluindo entre a cúspide disto-vestibular do primeiro molar inferior e a cúspide méso vestibular do segundo molar inferior. O canino superior ocluindo na mesial da cúspide vestibular do primeiro pré-molar inferior. Classificou as maloclusões, levando em consideração a relação méso-distal dos arcos dentários em: Classe I; a relação de normalidade méso-distal dos arcos dentários, porém um ou mais dentes estão fora de seu relacionamento normal, principalmente incisivos. Classe II; neste caso os dentes mandibulares estão ocluindo numa posição distal à sua posição normal. Esta classe possui duas divisões: a primeira divisão é caracterizada por um estreitamento no arco superior e protrusão dos incisivos, acompanhado de função anormal dos lábios e alguma forma de obstrução nasal e respiração bucal. A segunda divisão é caracterizada por um estreitamento menor do arco superior, inclinação lingual dos incisivos centrais superiores, associado com função labial e nasal normal. Cada divisão pode apresentar também subdivisão direita ou esquerda, significando que o relacionamento incorreto dos molares ocorre somente em um dos lados. Classe III; neste caso os dentes mandibulares estão ocluindo mesialmente à sua posição normal. O posicionamento dos dentes nesta classe varia grandemente, podendo ser uma variação da relação méso-distal leve dos arcos, até uma classe III severa com transpasse horizontal negativo e mordida cruzada.

Angle², em 1899, ao analisar 1000 indivíduos portadores de maloclusão, concluiu que a prevalência era de:

• Classe I	692 casos ou	69,2%
• Classe II		
Primeira Divisão	90 casos ou	9,0%
- Sub-divisão 1	34 casos ou	3,4%
Segunda Divisão	42 casos ou	4,2%
- Sub-divisão 2	100 casos ou	10,0%
• Classe III	34 casos ou	3,4%
- Sub-divisão	8 casos ou	0,8%

Salzmann¹⁹, em 1943, considerou os efeitos da perda precoce dos primeiros molares permanentes como fator etiológico no desenvolvimento da maloclusão. Em estudo realizado por ele, foram avaliados 1000 adolescentes, meninos e meninas, entre 15 e 19 anos, que não consumiam água fluoretada. Destes adolescentes, 500 tinham um de seus quatro primeiros molares perdido e os outros 500 não haviam perdido nenhum de seus molares permanentes. Foi observado que o grupo que tinha perda de molares manifestou o desenvolvimento de maloclusão, traumatismo oclusal e mudanças no contorno facial e aparência.

Massler e Frankel¹³, em 1951, estudaram a prevalência de maloclusão em adolescentes entre 14 e 18 anos, de origem polonesa e búlgara, usando um método quantitativo, no qual cada dente era examinado para se estabelecer a sua condição oclusal. A partir da soma do número de dentes em maloclusão, era conhecida a quantidade de maloclusão que cada indivíduo da amostra possuía. Foi utilizada também a classificação de Angle para possível comparação com outros trabalhos. A amostra foi composta por 2.758 indivíduos com dentição permanente. Obtiveram os seguintes resultados: oclusão normal e ideal - 21,16%. Maloclusão: Classe I - 50,07%; Classe II, primeira divisão - 16,68%; Classe II, segunda divisão - 2,71%; Classe III - 9,43%. Foi observado uma média de 10,55 dentes em maloclusão por pessoa. Não encontraram diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Afirmaram que a partir do momento em que a maloclusão passa a afetar grande parte da população, ela é definida como um problema de saúde pública. Como qualquer outro problema de saúde pública, é essencial ter-se informações acuradas sobre sua prevalência e incidência.

Calisti, Cohen e Fates⁶, em 1960, examinaram 491 crianças norte-americanas com idades entre 3 e 5 anos, como parte de um programa de avaliação física completa quando do início das aulas escolares. Tinham como objetivo correlacionar a maloclusão com hábitos orais e nível sócio-econômico, através da avaliação da relação méso-distal dos arcos. Os autores observaram que 65% das crianças possuíam oclusão normal (319 crianças) e 35% eram portadoras de maloclusão, assim distribuída: Classe I - 31,3%, Classe II - 2,7% e Classe III - 1%. Com relação ao nível sócio-econômico, não se encontrou significativa relação entre o mesmo e a maloclusão. Entretanto, constatou-se relação entre hábitos orais e a presença de maloclusão.

Rosenzweig¹⁸, em 1961, avaliou a maloclusão em diferentes grupos étnicos residentes em Israel. Examinou 4.500 crianças entre 13 e 14 anos de idade, divididas em 7 grupos, de acordo com o local de origem de seus pais e época em que migraram para Israel. Foi utilizada a classificação de Angle. A prevalência de maloclusão foi significativa, principalmente as Classes I e II, assim como as diferenças entre os grupos étnicos. O grupo Yemen mostrou menor prevalência de maloclusão (38,9%) enquanto o grupo Árabe possuía a maior prevalência de maloclusão (66,3%). O autor constatou que o índice de maloclusão era mais alto em crianças nascidas em Israel, ou que imigraram antes de 1948, do que as crianças que imigraram depois desta data. Entre os tipos de maloclusão, segundo a classificação de Angle, a maloclusão de Classe I foi a mais prevalente, principalmente em crianças que imigraram depois de 1948. A Classe II foi consideravelmente mais prevalente nas crianças que nasceram ou imigraram para Israel antes de 1948. Quanto à Classe III, a sua prevalência foi muito baixa, em ambos os grupos.

No estudo de Walter, Mc Donald e Muhler²⁹, em 1964, foi avaliada a relação entre a oclusão, a concentração de flúor na água de abastecimento público e o nível sócio-econômico de 955 crianças de 3 cidades de Indiana, EUA, com as seguintes concentrações de flúor: Bloomington com 0,1ppm, Indianápolis de 0,5 a 0,6 ppm e Frankfort de 0,7 a 1,1 ppm. Utilizando a classificação de Angle e avaliando ainda outras condições oclusais como transpasse horizontal, transpasse vertical, mordida cruzada e mordida aberta anterior e perda prematura de decíduos, chegaram à conclusão de que as condições oclusais não tinham relação com o teor de flúor na água de abastecimento.

Erickson⁷, em 1966, analisou uma amostra de 295 crianças caucasianas que cursavam a sétima série, com idades entre 12 e 13 anos, em duas cidades da Carolina do Norte, nos Estados Unidos. Tentou correlacionar a prevalência de maloclusão com a disponibilidade, ou não, de água de abastecimento fluoretada. As duas cidades escolhidas foram Greensboro, sem água fluoretada, e High Point, com água fluoretada, e estas eram semelhantes em cultura, desenvolvimento e características sócio-econômicas. Foi utilizada a classificação de Angle. Obtiveram os seguintes resultados: Greensboro: oclusão normal, 28,9%; maloclusão, 71,1% assim distribuída: Classe I com 34,21%; Classe II, primeira divisão, com 33,68%; Classe II, segunda divisão com 2,63%; Classe III, com 0,53%. High Point: oclusão normal, 40,9%; maloclusão, 59,1%, assim distribuída: Classe I, 30,47%; Classe II, primeira divisão, 26,66%; Classe II, segunda divisão, 0,95%; Classe III, 0,95%.

Salzmann²⁰, em 1967, afirmou que alguma irregularidade na oclusão dentária ocorre em cerca de 95 entre 100 crianças nos EUA. Estimou que cerca de 54 a 78,8% das crianças entre 12 e 18 anos necessitam de tratamento ortodôntico.

Salzmann²¹, em 1968, estudou os efeitos da fluoretação da água de abastecimento na prevalência

das maloclusões. Em seu estudo, relata que a redução dos casos de maloclusão em crianças que consomem água fluoretada não é devida a nenhuma mudança intrínseca no crescimento osteogênico ou osteológico dos ossos maxilares em si, ou mudança no desenvolvimento da articulação, resultantes do consumo da água fluoretada pelas crianças. A redução da maloclusão nessas crianças pode ser atribuída unicamente à diminuição ou da perda de dentes e redução das deficiências dos contatos interproximais, causados pelas cáries interproximais mais graves. Entretanto, as causas da maloclusão são muitas e a perda dos dentes é somente um dos fatores etiológicos. Foi estimado que 15 a 25% da população infantil norte americana possuía algum tipo de maloclusão severa.

Helm¹⁰, em 1968, se propôs a determinar a prevalência de maloclusão em escolares dinamarqueses, e a sua relação entre os sexos. Fizeram parte da amostra 1700 crianças, com idades entre 6 e 18 anos, divididas em 2 grupos, o primeiro composto por 1240 crianças que não tinham sido submetidas a tratamento ortodôntico e/ou extração dentária; e o segundo grupo com crianças que já tinham sido submetidas ou estavam em tratamento ortodôntico. No grupo 1 da amostra verificou-se que 78,1% dos meninos eram portadores de algum tipo de maloclusão e apenas 21,9% possuíam oclusão normal. No caso das meninas, 76,2% eram portadoras de maloclusão e apenas 23,8% possuíam oclusão normal, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Almeida, Fêo e Martins¹, em 1970, quando avaliaram 360 crianças, entre 11 e 12 anos, de ambos os sexos, de 2 cidades paulistas (cidade de Marília – com água de abastecimento fluoretada; e a cidade de Bauru – sem flúor em sua água de abastecimento), constataram os benefícios advindos da fluoretação da água não somente em termos de proteção contra a cárie dentária, mas na redução da incidência de maloclusão. Com relação aos índices de Bauru, encontrou-se 89,3% de maloclusão, dividida em: 73,6% Classe I; 14,2%, Classe II; 1,5%, Classe III e somente 10,7% de crianças com oclusão normal. Em Marília, foram encontradas as seguintes condições oclusais: 27,6% de oclusão normal e 72,4% de maloclusão, sendo 62,6% de Classe I, 9,2% de Classe II e 0,6% de Classe III.

Baume⁴, em 1974, estudou as condições epidemiológicas de maloclusão no Pacífico Sul, em aproximadamente 20.000 polinésios. O autor observou que as condições dentárias dependiam da localização geográfica, e que havia diferenças em relação ao desenvolvimento sócio-econômico. Assim, a população foi dividida em 3 grupos, onde um possuía o tradicional estilo de vida polinésio, o outro convivia com o tráfico internacional de comida e principalmente produtos industrializados, e o terceiro encontrava-se em transição. Como resultado, somente 5 a 7% das populações examinadas possuíam maloclusão severa, não constituindo um problema de saúde pública. A distribuição das maloclusões de Classe III e II mostrou uma tendência racial, onde a Classe III foi consideravelmente mais fre-

quente em polinésios puros do que nos miscigenados, mostrando uma prevalência maior do que a Classe II.

Rebello e Toledo¹⁷, em 1975, avaliaram a influência da fluoretação da água de consumo na prevalência das anormalidades de oclusão em 480 pré-escolares entre 2 e 6 anos de idade, na cidade de Araraquara (com flúor) e São Carlos (sem flúor). Foram observadas as seguintes condições na cidade de Araraquara: oclusão normal – 50,8%. Entre os 49,2% de maloclusão, encontrou-se: Classe I – 37,4%, Classe II – 10,8%, e Classe III – 0,83%. Na cidade de São Carlos foi encontrado o seguinte resultado: oclusão normal – 27,5%. Entre os 72,5% de maloclusão, observou-se: Classe I – 47,0%, Classe II – 19,1% e Classe III – 5,8%. Dessa forma, os autores encontraram maior prevalência de anormalidades de oclusão na comunidade que não contava com água de consumo fluoretada, fortalecendo a idéia de uma relação direta entre a fluoretação da água de abastecimento e a prevalência de anormalidades na oclusão.

Poetsch¹⁴, em 1975, avaliou a perda precoce de molares decíduos em dois grupos sócio-econômicos diferentes (crianças provenientes de uma clínica particular e de uma faculdade de odontologia) relacionando-a com a perda do perímetro do arco e instalação da maloclusão. A perda precoce de molares decíduos durante a erupção do primeiro molar permanente nas crianças das clínicas popular e particular foi, respectivamente, de 75,43% e 34,08%. Este resultado acentua a necessidade da ortodontia preventiva, pois as perdas precoces são condições potenciais para o desenvolvimento da maloclusão, tanto na clínica popular quanto na particular. A perda precoce de dentes decíduos está diretamente relacionada com a maloclusão e, para a sua prevenção, necessita de atitudes relacionadas com a diminuição da alta prevalência de molares decíduos perdidos e de profilaxia direta da maloclusão quando existir perda de dentes decíduos.

Com relação à prevalência de maloclusão em cidades com e sem água fluoretada, Teixeira, Toledo e Mendes²⁷, em 1975, examinaram 1921 crianças com idades entre 8 e 9 anos. O estudo foi realizado em duas cidades: Araraquara (com flúor – 0,8 ppm) e São Carlos (com água livre de flúor). Além da classificação de Angle, foram observadas condições como transpasse vertical, transpasse horizontal, mordida cruzada e mordida aberta. Em Araraquara, foram observadas 129 crianças portadoras de oclusão normal e 764 crianças com maloclusão, divididas da seguinte forma: Classe I – 589 crianças; Classe II – 174 crianças; e 1 caso de Classe III. Em São Carlos, 69 das 1028 crianças possuíam oclusão normal, e 959 crianças apresentavam maloclusão, divididas em: Classe I – 771; Classe II – 186; e Classe III – 2. Os autores afirmaram que a prevalência de anormalidades da oclusão não foi influenciada pelos locais.

Krzyppo, Lieberman e Modan¹¹, em 1975, avaliaram a prevalência de maloclusão em 538 adultos jovens, recrutados do exército de Israel, entre homens e mulheres, com o objetivo de relacionar a maloclusão de acor-

do com os diferentes grupos étnicos e com o sexo. Os recrutas examinados tinham entre 18 e 20 anos de idade e foram divididos em grupos, segundo o local de nascimento de seus pais. Foi utilizada a classificação de Angle. Do total da amostra, apenas 4,1% possuíam oclusão normal, enquanto que os casos de maloclusão foram assim distribuídos: Classe I – 65,2%; Classe II, primeira divisão – 21,4%; Classe II, segunda divisão – 6,7%; e Classe III – 2,6%. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos étnicos ou entre os sexos.

Mascarenhas¹², em 1977, pesquisou a frequência de maloclusão em 414 crianças de Palhoça (SC), entre 11 e 12 anos de idade, e também possíveis diferenças de tal ocorrência entre os sexos. Foi encontrado 46,13% de casos de maloclusão, sendo 34,05% Classe I. Entre as crianças de 11 anos foi encontrado: oclusão normal, 52,0%; Classe I, 35,42%; Classe II, 6,85%; e Classe III, 5,72%. Entre as crianças de 12 anos: oclusão normal, 55,23%; Classe I, 33,05%; Classe II, 7,95%; e Classe III, 3,76%. Eles constataram que a ausência de flúor na água e a inexistência do serviço odontológico odontopediátrico têm contribuído para a elevada prevalência de maloclusão.

Com o objetivo de se determinar a prevalência e severidade da maloclusão, Steigman, Kowar e Zilberman²⁵, em 1983, examinaram 803 crianças na cidade de Nazaré (Israel), com idades entre 13 e 15 anos. Somente duas crianças foram consideradas portadoras de oclusão ideal. De acordo com a classificação de Angle, 85,3% apresentavam maloclusão de Classe I, 8,5% Classe II, primeira divisão; 1,7% Classe II, segunda divisão; e 1,3% Classe III. Todas as crianças possuíam dentição permanente.

Silva e Araújo²³, em 1983, avaliaram a prevalência de maloclusão em 600 escolares com idades entre 5 e 7 anos, na Ilha do Governador (RJ), de acordo com o grupo étnico: branco, mulato e negro. Foram observadas 185 crianças (30,8%) portadoras de oclusão normal: 34% eram brancas, 27,2% mulatas e 32,5% negras. A maloclusão foi observada em 69,2% das crianças, com a Classe I apresentando a maior prevalência: 54,7% (328 crianças). A maloclusão ficou assim distribuída entre os grupos étnicos. Raça branca (288 crianças): Classe I – 47,6%; Classe II, primeira divisão – 9,9%; Classe II, segunda divisão – 1,7%; e Classe III – 1,1%. Mulatos (272 crianças): Classe I – 60,7%, Classe II, primeira divisão – 9,9%; Classe II, segunda divisão – 0%; e Classe III – 2,2%. Negros (40 crianças): Classe I – 65,0%, Classe II, primeira divisão – 2,5%; Classe II, segunda divisão – 0%; e Classe III – 0%.

Quanto à prevalência da maloclusão, Silva e Araújo²³ afirmaram estar relacionada com a prevalência de cárie dentária, fluoretação da água de abastecimento e programas de educação de higiene bucal, constituindo-se a maloclusão em um problema de saúde pública.

Um estudo realizado na Odontoclínica Central da Marinha¹⁵ (RJ), em 1986, avaliou a prevalência de

maloclusão em uma amostra de 1230 crianças entre 9 e 14 anos de idade. Observou-se que a prevalência de maloclusão aumenta com a idade, e que não há diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Constatou-se que a frequência de Classe I é maior do que a de Classe II, e esta, maior do que a de Classe III. Foram obtidos os seguintes resultados: Classe I – 51,4%; Classe II, primeira divisão – 44,1 %; Classe II, segunda divisão – 1,4%; e Classe III – 2,9%.

Araújo e Silva³, em 1986, estudaram a prevalência de maloclusão em 600 escolares da Ilha do Governador (RJ) com idades entre 5 e 7 anos, relacionando-a com o sexo, a idade e a presença, ou não, de hábitos viciosos. Utilizaram a classificação de Angle e chegaram aos seguintes resultados: 72% apresentavam transpasse vertical normal, 18,5% apresentavam mordida aberta, 6,3% apresentavam transpasse vertical exagerado e 3,2% mordida de topo. Dos 328 casos de Classe I, 87 (26,5%) eram portadores de mordida aberta, enquanto que dos 78 casos de Classe II, 18 (23,1%) e dos 9 casos de Classe III, 6 (66,7%) possuíam mordida aberta. A sucção de dedos e a interposição lingual foram os hábitos que mais estavam presentes nas crianças portadoras de mordida aberta.

Silva Filho, Freitas e Cavassan²², em 1990, avaliaram a prevalência de maloclusão em 2416 crianças, entre 7 e 11 anos, na cidade de Bauru, utilizando a classificação de Angle. Foi encontrado um baixo índice de oclusão normal (11,47%), contra 88,53% de maloclusão, distribuída em: Classe I – 55%, Classe II – 42%; e Classe III – 3%. Com relação à classe II foi constatado que 27% não apresentavam comprometimento facial. Dos 15% de maloclusão de Classe II consideradas esqueléticas, 11,5% eram primeira divisão e 3,5% eram segunda divisão. No caso da Classe III, somente metade (1,6%) apresentou mordida cruzada anterior. De todas as maloclusões, apenas 18% apresentaram envolvimento esquelético.

Proffit e colaboradores¹⁶, em 1993, relatou 2 pesquisas realizadas em grande escala pela Divisão de Saúde Pública do Serviço Americano de Saúde Pública (USPHS) onde foram examinados 2 grupos de crianças: grupo 1 - crianças entre 6 e 11 anos de idade (entre 1963 e 1965); grupo 2 - adolescentes entre 12 e 17 anos de idade (entre 1969 e 1970). Foi utilizada uma amostra de aproximadamente 8.000 indivíduos selecionados para representar estatisticamente os 26 milhões de indivíduos americanos nesta faixa etária. Obtiveram como resultado aproximadamente 30% de casos de oclusão normal. Entre as maloclusões, foram encontradas 50 a 55% de casos de Classe I; 15 a 20% de casos de Classe II e 1% de casos de Classe III.

Galvão e colaboradores⁸, em 1994, afirmaram que em pesquisas epidemiológicas de maloclusão é neces-

sário caracterizar, de alguma forma, a população alvo. Observou que as diferenças morfológicas entre as raças se apresentam palpáveis na clínica diária. Sallenta em seu trabalho que, mais uma vez, com excessão dos desvios de oclusão de provável natureza hereditária, os maiores índices de maloclusão foram devido à perda precoce de dentes decíduos e/ou permanentes.

Trottman e Elsbach²⁸, em 1996, comparou a prevalência de maloclusão em um total de 238 crianças, com idades entre 2 e 5 anos, em função da raça, utilizando a classificação de Angle. Todas as crianças eram portadoras de dentição decídua e estavam assim divididas: 99 eram negras e 139 eram brancas. A prevalência de maloclusão de Classe II em crianças brancas foi o dobro da encontrada nas crianças negras (14% e 7%, respectivamente). Entretanto, as crianças negras apresentaram o dobro da prevalência de maloclusão de Classe III em relação às crianças brancas (17% e 8%, respectivamente). Quanto à Classe I, não existiu muita diferença entre as crianças brancas e negras.

Soviero²⁴, em 1997, estudou a prevalência dos planos terminais na dentição decídua, juntamente com a relação de canino (Classe I, II e III). Fizeram parte da amostra 400 crianças, entre 2 e 6 anos de idade, e verificou-se que a relação molar ocorreu bilateralmente em 85% dos casos e unilateralmente em 15%. Do total da amostra, 18,5% dos indivíduos eram portadores de degrau distal, 21,5% de degrau mesial e 45% de plano terminal reto, bilateralmente. A relação canino foi observada bilateralmente em 89%, e unilateralmente em 11% dos casos. Foi encontrado 36,7% de relação canino Classe I, 51,0% de Classe II e 1,3% de Classe III, bilateralmente. Considerou ser a maloclusão o terceiro maior problema odontológico, depois da cárie e da doença periodontal. Afirmou que apesar de não expor o seu paciente ao risco de vida, como as doenças graves, contribui diretamente para o seu mal estar físico e emocional, por comprometer a estética e a função, na maioria das vezes. Além disso, dificultando a higiene bucal, facilita o estabelecimento de doenças como a cárie e infecções periodontais.

PROPOSIÇÃO

Através da análise das arcadas dentárias, tem-se como objetivo determinar a prevalência de maloclusões dentárias em escolares da cidade de Niterói, Estado do Rio de Janeiro, de acordo com a classificação proposta por Angle.

(Obs.: Será continuado em próximo número da revista)