

Condição socioeconômica e prevalência de más oclusões em crianças de 5 e 12 anos na USF Castelo Branco III - João Pessoa/Paraíba*

João Anselmo de Oliveira Alves**, Franklin Delano Soares Forte***, Fábio Correia Sampaio***

Resumo

Objetivo: verificar a prevalência de más oclusões e condições socioeconômicas de crianças de 5 e 12 anos na Unidade de Saúde da Família Castelo Branco III, em João Pessoa/PB. **Metodologia:** foram examinadas 49 crianças com idades de 5 e 12 anos. Os exames seguiram a metodologia da OMS (1997) e SB Brasil (2001), e utilizou-se o critério da OMS (1997) e o *Dental Aesthetic Index* (DAI). **Resultados:** constatou-se que a maioria das crianças já tinha frequentado consultório odontológico (principalmente os da rede pública). A presença de más oclusões foi observada em 33,3% das crianças de 5 anos de idade e 40,7% das de 12 anos, no entanto, não houve associação com o gênero em ambas as faixas etárias ($p > 0,05$). A maioria das mães apresentou escolaridade acima de 8 anos (80,8% para as crianças de 5 anos e 92,5% para as de 12 anos), relatando renda abaixo de dois salários mínimos, em ambas as faixas etárias estudadas. Observou-se acesso a insumos de higiene bucal (97,9% possuíam escovas) e uma boa frequência de escovação foi relatada (64,6% escovavam 3 ou mais vezes ao dia). **Conclusões:** não houve concordância entre os critérios adotados para definição de má oclusão e autopercepção em relação à aparência, ao tratamento e à mastigação. Diante disso, faz-se necessária a implementação de políticas públicas para prevenção e tratamento ortodôntico nessas crianças.

Palavras-chave: Má oclusão. Tratamento ortodôntico. Gênero.

INTRODUÇÃO

Na prática clínica, destaca-se a cárie dentária como um problema muito frequente nos indivíduos, embora tenha sido relatado, ultimamente, o seu declínio em diversos países, inclusive no Brasil. À medida que os indivíduos permanecem com seus dentes hígidos na boca, outros problemas de saúde

bucal podem demandar atenção – entre esses, estão os problemas oclusais^{17,22}. Ao longo da prática clínica em uma Unidade de Saúde da Família (USF), percebemos uma frequência não só de cárie dentária, mas também de más oclusões, especialmente nas crianças. Consequentemente, existindo uma demanda para o tratamento dessas alterações.

* Monografia de Especialização em Saúde da Família, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba.

** Especialista em Saúde da Família pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. CD da Prefeitura Municipal de João Pessoa/PB.

*** Professor do departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba.

Na década de 50, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu as doenças bucais de interesse em Saúde Coletiva, sendo a cárie dentária, as doenças periodontais, más oclusões, câncer de boca e fissura labiopalatinas as de maior prevalência. A ordem aqui descrita pode ser modificada em função das características de espaço e tempo e definidas segundo critérios de prioridade levando-se em consideração a morbidade dos agravos à saúde bucal²¹. Nos deteremos ao estudo das más oclusões como problema relevante e de interesse em saúde coletiva.

As más oclusões são variações significativas do crescimento e da morfologia dos arcos dentários, que podem resultar da combinação de pequenas variações do normal. Isoladamente, são insignificantes para serem classificadas como anormais, entretanto, em combinação, resultam em alterações¹⁶.

A etiologia das más oclusões é multifatorial, com uma série de influências que englobam problemas congênitos, morfológicos, biomecânicos e ambientais (hábitos deletérios, alterações bucofaciais, respiração bucal, deglutição e fonação atípica)^{5,21}. Em relação aos hábitos bucais deletérios, destacam-se a sucção de chupeta e a sucção de dedos, os quais podem se tornar importantes como fator etiológico das más oclusões, dependendo da intensidade, duração e frequência, sendo que a interação deles pode modificar a sua gravidade¹⁰.

A má oclusão pode causar impacto estético nos dentes e na face e impacto nas atividades diárias (fala e fonação, mastigação, respiração, postura) dos indivíduos, especialmente as crianças que estão em fase de socialização, podendo ser causa de baixa autoestima^{8,15}.

No que se refere a dados epidemiológicos, o Ministério da Saúde publicou os dados do SB Brasil 2003¹, que foi a experiência mais recente em levantamento epidemiológico em Saúde Bucal. Os dados demonstraram uma prevalência de 36,46% de más oclusões, sendo a maior frequência da má oclusão leve em crianças aos 5 anos de idade. Aos 12 anos, observou-se uma prevalência de 21%

da condição oclusal muito severa ou incapacitante.

Nessa perspectiva, este estudo visa contribuir para a programação em saúde bucal a partir da prevalência de más oclusões em crianças de 5 e 12 anos de idade dentro da área de abrangência da USF Castelo Branco III.

METODOLOGIA

Inicialmente, foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), para obtenção de parecer, o projeto de pesquisa desse estudo, o qual foi aprovado. Ao mesmo tempo, foi apresentado à Direção do Distrito Sanitário III João Pessoa/PB, para avaliação do projeto.

O município de João Pessoa está dividido em cinco unidades regionais de organização dos serviços, que são os Distritos Sanitários. A USF Castelo Branco III pertence ao Distrito Sanitário III, localizada no conjunto Castelo Branco III, abrangendo 720 famílias cadastradas e possuindo uma área descoberta de 160 famílias.

A partir dos dados de cadastramento da USF, obteve-se o número de crianças de 5 e 12 anos de idade. Todas essas crianças foram convidadas a participarem do estudo, sendo examinadas 48 crianças (21 crianças aos 5 anos de idade e 27 aos 12 anos), das quais 30 (62,5%) eram do gênero feminino e 18 (37,5%) do masculino.

Inicialmente, os pais e/ou responsáveis pelas crianças autorizaram a participação dessas por meio da assinatura de um Consentimento Livre e Esclarecido. As crianças foram agendadas previamente, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), a comparecerem à Unidade de Saúde da Família para o exame clínico. O exame clínico foi realizado por um cirurgião-dentista previamente calibrado na etapa inicial do estudo. Para se avaliar a concordância intraexaminador, utilizou-se o método de correlação linear simples (Coeficiente de Correlação de Pearson), observando-se valor "r" acima de 0,75, o qual era o ideal para se avaliar a concordância^{1,25}.

Elaborou-se uma entrevista estruturada com perguntas categorizadas e com variáveis de interesse, compondo quatro grupos distintos: (1) dados de identificação das crianças; (2) dados socioeconômicos; (3) acesso aos serviços odontológicos e questões relacionadas a hábitos e comportamentais relativos à saúde bucal; (4) hábitos bucais deletérios e satisfação com a oclusão. As informações foram anotadas em fichas clínicas individuais, com a ajuda da auxiliar de consultório dentário, que foi previamente treinada para a execução dessa tarefa.

Para a idade de 5 anos, foi adotado o índice preconizado pela OMS²⁵, modificado pela Faculdade de Saúde Pública da USP em 1996. Para a idade de 12 anos, adotou-se o índice DAI, seguindo a metodologia do OMS²⁵ e SB Brasil².

A OMS propôs uma classificação do DAI que foi adotada para este estudo (Quadro 1)²⁵.

As informações foram digitadas em um banco de dados no Statistical Package for the Social

Sciences (v. 10.0, SPSS Inc., EUA), disponível no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPB, e foram submetidas a testes estatísticos de associação, como o teste exato de Fisher com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Os resultados estão dispostos em tabelas, conforme as variáveis estudadas, e foram trabalhados pela estatística descritiva e, quando possível, submetidos a teste estatístico de associação.

Na tabela 1, observa-se a prevalência de má oclusões em 33,3% nas crianças de 5 anos, não havendo distinção entre os gêneros.

Na tabela 2, observa-se a prevalência de má oclusões de 40,7% nas crianças de 12 anos, não havendo diferença estatística entre os gêneros.

Não se observou relação entre hábitos de sucção não nutritiva e a presença de má oclusão em crianças aos 5 anos, conforme tabela 3. Na idade

TABELA 1 - Relação entre gênero e presença de má oclusão nas crianças de 5 anos de idade da USF Castelo Branco III, João Pessoa/PB (2006).

gênero	MÁ OCLUSÃO				total
	sem		com		
	n	%	n	%	
feminino	8	38,0	5	23,8	13
masculino	6	28,5	2	9,5	8
TOTAL	14	66,6	7	33,3	21

$p > 0,05$ não significativo (teste exato de Fisher).

TABELA 2 - Relação entre gênero e presença de má oclusão nas crianças de 12 anos de idade da USF Castelo Branco III, João Pessoa/PB (2006).

gênero	DAI				total
	oclusão normal		com má oclusão		
	pequenos problemas				
	n	%	n	%	n
feminino	9	33,3	8	29,6	17
masculino	7	25,9	3	11,1	10
TOTAL	16	59,2	11	40,7	27

$p > 0,05$ não significativo (teste exato de Fisher).

severidade da má oclusão	indicação de tratamento	escore DAI
sem anormalidades ou má oclusão leve	nenhuma ou pouca necessidade	≤ 25
má oclusão definida	eletivo	26 a 30
má oclusão severa	altamente desejável	31 a 35
má oclusão muito severa ou incapacitante	imprescindível	≥ 36

QUADRO 1 - Classificação do DAI, proposta pela OMS, utilizada nesse estudo.

TABELA 3 - Relação entre a presença de hábitos de sucção não nutritiva e má oclusão nas crianças aos 5 anos de idade da USF Castelo Branco III, João Pessoa/PB (2006).

hábitos de sucção não nutritiva	MÁ OCLUSÃO				total
	sem		com		
	n	%	n	%	
não possui	10	47,6	3	14,2	13
chupeta	4	19,0	4	19,0	8
TOTAL	14	66,6	7	33,3	21

$p > 0,05$ não significativo (teste exato de Fisher).

TABELA 4 - Distribuição dos aspectos socioeconômicos e presença de má oclusão em crianças aos 5 anos de idade da USF Castelo Branco III, João Pessoa/PB (2006).

aspectos socioeconômicos	MÁ OCLUSÃO				total n
	sem		com		
	n	%	n	%	
escolaridade materna					
nenhuma	1	4,7	0	0	1
até 8 anos	2	9,5	1	7,7	3
mais de 8 anos	11	52,3	6	28,5	17
escolaridade paterna					
nenhuma	1	4,7	0	0	1
até 8 anos	2	9,5	2	9,5	4
mais de 8 anos	11	52,3	5	23,8	16
renda familiar					
até 1 s.m.	4	19,0	3	14,2	7
1 a 2 s.m.	7	33,3	2	9,5	9
3 ou mais s.m.	3	14,2	2	9,5	5
TOTAL	14	66,6	7	33,3	21

* s.m. = salário mínimo.

TABELA 5 - Distribuição dos aspectos socioeconômicos e a presença de má oclusão em crianças aos 12 anos de idade da USF Castelo Branco III, João Pessoa/PB (2006).

aspectos socioeconômicos	DAI				total n
	oclusão normal pequenos problemas		com má oclusão		
	n	%	n	%	
escolaridade materna					
nenhuma	0	0	0	0	0
até 8 anos	2	7,4	0	0	2
mais de 8 anos	14	51,8	11	40,7	25
escolaridade paterna					
nenhuma	1	3,7	0	0	1
até 8 anos	0	0	2	7,4	2
mais de 8 anos	15	55,5	9	33,3	24
renda familiar					
até 1 s.m.	7	25,9	5	18,5	12
1 a 2 s.m.	7	25,9	5	18,5	12
3 ou mais s.m.	2	7,4	1	3,7	3
TOTAL	16	59,2	11	40,7	27

* s.m. = salário mínimo.

TABELA 6 - Distribuição de hábitos de higiene bucal em crianças de 5 e 12 anos de idade da USF Castelo Branco III, João Pessoa/PB (2006).

possui escova	n	%
sim	47	97,9
não	1	2,1
frequência de escovação diária	n	%
nenhuma	1	2,1
1-2 vezes	16	33,3
3 ou mais vezes	31	64,6
uso de dentifício	n	%
sim	47	97,9
não	1	2,1

de 12 anos, nenhuma criança apresentou hábitos de sucção não nutritiva, quer seja sucção digital ou de chupeta.

A maioria dos pais apresentou escolaridade acima de 8 anos, relatando renda abaixo de dois salários mínimos, em ambas as faixas etárias estudadas (Tab. 4, 5).

Observou-se acesso a insumos de higiene bucal

TABELA 7 - Acesso aos serviços odontológicos nas crianças de 5 e 12 anos de idade da USF Castelo Branco III, João Pessoa/PB (2006).

	visitas ao dentista	n	%
5 anos	sim	15	71,4
	não	6	28,6
12 anos	sim	27	100,0
	não	0	0
local de atendimento			
5 anos	nunca	6	28,6
	serviço público	12	57,1
	serviço privado complementar	1	4,8
	serviço privado liberal	1	4,8
12 anos	serviço filantrópico	1	4,8
	serviço público	22	81,5
	serviço privado complementar	2	7,4
	serviço privado liberal	3	11,1
motivo da consulta			
5 anos	dor/urgência	5	23,8
	prevenção/controle	7	33,3
	tratamento	3	14,3
	nunca foi	6	28,6
12 anos	dor/urgência	2	7,4
	prevenção/controle	10	37,0
	tratamento	15	55,6

e uma boa frequência de escovação foi relatada (Tab. 6).

A maioria das crianças já tinha tido acesso a algum serviço odontológico, especialmente serviço público (Tab. 7).

Não houve concordância entre os critérios adotados para definição de má oclusão e autopercepção em relação à aparência, ao tratamento e à mastigação (Tab. 8, 9).

DISCUSSÃO

Houve uma taxa de resposta muito boa, não havendo recusa no exame clínico e entrevista de nenhuma criança ou responsável. Um dos fatores que contribuíram para esse fato foi a participação dos ACSs agendando os exames, como também o trabalho desenvolvido pela Equipe de Saúde Bucal, junto às crianças da USF Castelo Branco III há mais de dois anos. A metodologia do SB Brasil² adotada pôde ser reproduzida sem alterações, conforme protocolo de pesquisa anteriormente explicado.

As más oclusões são problemas de saúde bucal de interesse na Saúde Coletiva, definidas como

agravos à saúde, desde 1950, pela OMS. Percebeu-se uma alta prevalência de más oclusões – tanto nas crianças de 5 anos de idade (33,3%) quanto nas de 12 (40,7%) –, sendo observadas, com maior frequência, as de natureza leve ou pequenos problemas oclusais. Observou-se uma prevalência relevante de más oclusões nas crianças, embora sejam menos graves, o que demanda tratamento eletivo em ambas as faixas etárias.

Prevalência inferior à encontrada por Martins¹³ em Araraquara/SP, Tomita et al.²⁴ em Bauru/SP, Pires, Rocha e Cangussu²⁰ em Salvador/BA, Capote, Zuanon e Pansani³ em Araraquara/SP, Katz, Rosenblatt e Gondim¹¹ no Recife/PE e Suliano et al.²³ em Juazeiro do Norte/CE. Os resultados da presente pesquisa se aproximam dos encontrados por Furtado, Traebert e Marcenes⁹, cuja prevalência foi de 20,4% entre más oclusões leves, moderadas e severas. No mais recente levantamento epidemiológico em nível nacional¹, observou-se prevalência menor que a desse estudo aos 5 anos (36,46%), e maior na idade de 12 anos (58,14%).

Não foram observadas diferenças entre os

TABELA 8 - Relação entre a satisfação da mastigação, aparência e percepção de necessidade de tratamento e o índice de má oclusão em crianças aos 5 anos de idade da USF Castelo Branco III, João Pessoa/PB (2006).

satisfação com a oclusão	MÁ OCLUSÃO				total	
	sem		com		n	%
	n	%	n	%	n	%
mastigação						
sim	7	33,3	3	14,2	10	47,6
não	7	33,3	4	19,0	11	52,3
	p>0,05*					
aparência						
sim	8	38,0	4	19,0	12	57,1
não	6	28,5	3	14,2	9	42,8
	p>0,05*					
tratamento						
sim	9	42,8	6	28,5	15	71,4
não	5	23,8	1	4,7	6	28,5
	p>0,05*					
TOTAL	14	66,6	7	33,3	21	100,0

* Teste Exato de Fisher.

TABELA 9 - Relação entre a satisfação da mastigação, aparência e percepção de necessidade de tratamento e o DAI em crianças aos 12 anos de idade da USF Castelo Branco III, João Pessoa/PB (2006).

satisfação com a oclusão	DAI				total	
	oclusão normal ou pequenos problemas		com má oclusão		n	%
	n	%	n	%	n	%
mastigação						
sim	13	48,1	10	37,0	23	85,1
não	3	11,1	1	3,7	4	14,1
	p>0,05*					
aparência						
sim	4	14,8	6	22,2	10	37,0
não	12	44,4	5	18,5	17	62,9
	p>0,05*					
tratamento						
sim	14	51,8	8	29,6	22	81,4
não	2	7,4	3	11,1	5	18,5
	p>0,05*					
TOTAL	16	59,2	11	40,7	27	100,0

* Teste Exato de Fisher.

gêneros em ambas as faixas etárias estudadas. Os estudos de Emmerich et al.⁵ e Marques et al.¹² também não verificaram associação entre o gênero e a presença de más oclusões.

Alguns fatores etiológicos têm sido estudados no desenvolvimento de más oclusões: fatores ambientais, nutricionais, socioeconômicos e educacionais podem estar associados ao desenvolvimento de más oclusões em crianças. Além desses, são também bastante estudados os hábitos de sucção não nutritiva. No presente estudo, não se observou a relação entre os hábitos e a presença de má oclusão nas crianças de 5 anos. Outros estudos^{7,11} observaram relação entre os hábitos de sucção (chupeta e dedo) como fator de desenvolvimento de más oclusões.

Os hábitos mais frequentes entre as crianças, especialmente na primeira infância, são os de sucção de chupeta, por ser um fator cultural, quando pode ser observado que no nordeste do Brasil é denominado “consolo”. A chupeta pode exercer sua função importante na sucção não nutritiva, mas deve ser desencorajada a partir do segundo ano de vida. Em função de poder ser fator desencadeante de más oclusões, especialmente mordida aberta anterior^{6,7}, que se não for abandonado o hábito, pode se perpetuar os problemas oclusais para a dentadura permanente.

Poucos estudos foram desenvolvidos com objetivo de verificar a associação entre os fatores socioeconômicos e as más oclusões. O estudo desenvolvido por Meyers e Hertzberg¹⁴ não observou nenhuma relação entre o grau de instrução dos pais e a necessidade de tratamento, em crianças de 10 a 12 anos nos Estados Unidos da América. No Brasil, Tomita et al.²⁴ não observaram relação entre as condições socioeconômicas e a presença de más oclusões, em crianças de 3 a 5 anos de idade, na cidade de Bauru/SP. Constatação semelhante foi verificada por Frazão et al.⁸, em São Paulo/SP. No estudo de Michel-Crosato, Biazevic e Crosato¹⁵, em Pinheiro Preto/SC, não foi encontrada relação entre essas duas variáveis. Em Pelotas/RS, através de estudo longitudinal, Peres¹⁸ também

não observou relação entre a condição socioeconômica, a classe social e as más oclusões, em crianças de 6 anos de idade.

No presente estudo, observou-se acesso a insu- mos de higiene bucal e uma boa frequência de escovação foi relatada pelas crianças de 5 e 12 anos. Esse é um fato importante no que diz respeito à manutenção da saúde bucal, pois é uma das medidas de prevenção à cárie dentária e gengivite. Assim, as mesmas não perderão precocemente seus dentes decíduos, mantenedores naturais do espaço para os sucessores permanentes.

Moyers¹⁶ apontou a cárie dentária como a principal causa isolada de má oclusão localizada. A cárie pode desenvolver-se até ocasionar a perda dentária. Ao se perder um dente decíduo precocemente, pode haver a perda do espaço para seu sucessor permanente ou o retardo da irrupção do mesmo, em função da formação de tecido ósseo acima do germe do permanente. Portanto, se justifica a implementação de medidas de promoção de saúde desde a gestação.

A maioria das crianças (71,4% aos 5 anos e 100% aos 12 anos) já tinha tido acesso a algum serviço odontológico, sendo que o maior prestador foi o setor público. No SB Brasil 2003¹ observou-se que 14% dos adolescentes (15-19 anos) não haviam ido ao dentista. Valor maior foi encontrado na região nordeste – cerca de 21%. O maior prestador de serviços odontológicos foi o setor público¹. No que diz respeito ao motivo da consulta, o mais observado nesse estudo foi, para as crianças de 5 anos, a prevenção e o controle das doenças da boca e, para as de 12 anos, foi o tratamento.

É importante que se faça o planejamento de atividades direcionadas às crianças nos primeiros anos de vida. Essas atividades poderiam ser iniciadas desde a concepção, com o acompanhamento no pré-natal, incluindo medidas de promoção de saúde na gestação e orientação quanto aos cuidados bucais nos bebês, inserindo-os precocemente na atenção à saúde bucal e, conseqüentemente, prevenindo doenças e promovendo saúde.

Nem sempre os critérios estabelecidos pela academia representam a percepção dos indivíduos sobre sua saúde bucal. Existe uma diferença em relação à má oclusão e seu significado para profissionais de saúde bucal e população, como relatado nos estudos de Furtado, Traebert, Marcenes⁹; Peres, Traebert e Marcenes¹⁹. No presente estudo, observou-se que, mesmo não portando má oclusão, a maioria das crianças relatou problemas na mastigação e necessidade de tratamento aos 12 anos de idade. Essa percepção pode ser devida à influência de “modismos” ou pelo fato do uso de aparelho ortodôntico estar associado a “status”¹².

Os critérios normativos diferenciam-se dos percebidos pela população, especialmente os problemas psicológicos e os advindos da estética. Seria importante a elaboração de instrumentos de diagnóstico de má oclusão que contemplassem esses fatores^{12,19}. Percebeu-se no presente estudo, anseio da população pesquisada em ter acesso ao tratamento ortodôntico. Fato esse também relatado no estudo de Marques et al.¹²

O conhecimento da distribuição e características das más oclusões nessas crianças pode fornecer parâmetros para futuras análises, ao servirem como base de comparação para estudos posteriores, além de serem norteadores no planejamento de ações

em saúde coletiva. Dessa forma, medidas de prevenção e promoção de saúde bucal direcionadas às más oclusões devem ser adotadas na execução das atividades da equipe de saúde da família.

CONCLUSÕES

A prevalência de más oclusões nas crianças examinadas foi significativa, embora a maior frequência tenha sido as de grau leve ou moderado, que demandam tratamento eletivo.

Não se observou relação entre a presença de má oclusão e os hábitos de sucção não nutritiva aos 5 anos, bem como constatou-se ausência desses hábitos aos 12 anos.

Não houve concordância entre os critérios adotados para definição de má oclusão e autopercepção em relação à aparência, tratamento e mastigação.

Diante disso, faz-se necessária a implementação de políticas públicas para prevenção e tratamento ortodôntico nessas crianças, uma vez que seus pais não têm renda familiar suficiente para arcar com os custos de um tratamento corretivo.

Enviado em: dezembro de 2006
Revisado e aceito: janeiro de 2007

Prevalence of malocclusions and social-economic conditions of children aged 5 and 12 years old in the Familiar Health Unit of Castelo Branco III, João Pessoa/PB

Abstract

Aim: To verify the prevalence of malocclusions and social-economic conditions of children aged 5 and 12 years old in the Familiar Health Unit of Castelo Branco III, João Pessoa/PB. **Methods:** 49 children aged 5 and 12 years old were examined. The exams followed the methodology of the WHO (1997) and SB Brazil (2001), and was used the criterion of the WHO (1997) and the Dental Aesthetic Index (DAI). **Results:** It was found that most of the children had already gone to the dental office (mainly of the ones of the public network). The presence of malocclusions was observed in 33.3% of the 5 years old children and 40.7% of the 12 years old, there was no association with the gender in both ages ($p > 0.05$). Most of the mothers presented education above 8 years (80.8% for the 5 years old children and 92.5% for the 12 years old), related income below two minimum salaries in both ages studied. It was observed the access to mouth health products (97.9% had toothbrush) and a good frequency of brushing was related (64.6% brushed 3 or more times a day). **Conclusion:** There was no agreement between the criterion adopted for definition of malocclusion and self perception towards the appearance, treatment and mastication. Facing this, it was necessary the implementation of public politics for prevention and orthodontic treatment in these children.

Keywords: Malocclusion. Orthodontic treatment. Gender.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Condições de saúde bucal da população brasileira**. Brasília, DF, 2004 Projeto SB Brasil, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000**. Brasília, DF, 2001. Manual do examinador.
- CAPOTE, T. S. O.; ZUANON, A. C. C.; PANSANI, C. A. Avaliação da severidade de má oclusão de acordo com o gênero, idade e tipo de escola em crianças de 6 a 12 anos residentes na cidade de Araraquara. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 57-61, mar./abr. 2003.
- DINELLI, T. C. S.; MARTINS, L. P.; PINTO, A. S. Mudanças dimensionais dos arcos dentários em crianças entre 3 e 6 anos de idade. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 60-67, 2004.
- EMERICH, A. et al. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringianas e mal-oclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 689-697, maio/jun. 2004.
- FORTE, F. D. S.; BOSCO, V. L. Prevalência de mordida aberta anterior e sua relação com hábitos de sucção não nutritiva. **Pesq. Odontoped. Clín. Integr.**, João Pessoa, v. 1, n. 1, p. 3-8, 2001.
- FORTE, F. D. S.; FARIAS, M. M. A. G.; BOSCO, V. L. Aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritiva. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, João Pessoa, v. 4, n. 1/3, p. 37-44, 2000.
- FRAZÃO, P. et al. Prevalência de oclusopatia na dentição decidua de crianças na cidade de São Paulo, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1197-1205, set./out. 2002.
- FURTADO, A.; TRAEBERT, J. L.; MARCENES, W. S. Prevalência de doenças bucais e necessidade de tratamento em Capão Alto, Santa Catarina. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 226-230, 1999.
- GRABER, T. M. Etiologia da malocclusion, factores locais. In: _____. **Ortodontia, teoria y practica**. 3. ed. México, DF: Interamericana, 1974. p. 311-374.
- KATZ, C. R. T.; ROSENBLATT, A.; GONDIM, P. P. C. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: Effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v. 126, p. 53-57, 2004.
- MARQUES, L. S. et al. Prevalência da malocclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Brasil: enfoque psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1099-1106, jul./ago. 2005.
- MARTINS, J. C. R. Prevalência de má-oclusão em pré-escolares de Araraquara: relação da dentição decidua com hábitos e nível sócio-econômico. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 3, n. 6, p. 35-43, 1998.
- MEYERS, A.; HERTZBERG, J. Bottle-feeding and malocclusion: is there an association? **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v. 93, no. 2, p. 149-152, Feb. 1988.
- MICHEL-CROSATO, E.; BIAZEVIC, M. G. H.; CROSATO, E. Relação entre malocclusão e impactos nas atividades diárias: um estudo de base populacional. **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 37-42, 2005.
- MOYERS, R. E. **Ortodontia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1991. p. 131-472.
- NADANOVSKY, P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Ed. Santos. 2000. cap. 9, p. 293-310.
- PERES, K. G. **Oclusopatias na dentição decidua**: acúmulo de riscos do nascimento à primeira infância. 2002. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- PERES, K. G.; TRAEBERT, E. A.; MARCENES, W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 230-236, ago. 2002.
- PIRES, D. M.; ROCHA, M. C. S.; CANGUSSU, M. C. T. Prevalência de oclusopatias na dentadura mista em escolares – Salvador/BA. RBO: **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 6, p. 414-417, nov./dez. 2001.
- RONCALLI, A. G. A epidemiologia: um olhar coletivo sobre a saúde bucal. In: FERREIRA, A. et al. (Org.) **Saúde bucal coletiva**: conhecer para atuar. Natal: Ed. da UFRN, 2005. cap. 3, p. 39-62.
- RONCALLI, A. G. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: PERES, M. A.; ANTUNES, J. L. **Epidemiologia em Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 3. p. 32-48.
- SULIANO, A. A. et al. Prevalência de má-oclusão e alterações funcionais entre escolares assistidos pelo Programa Saúde da Família em Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 10, n. 6, p. 103-110, 2005.
- TOMITA, N. E. et al. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. **Pesq. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 169-175, abr./jun. 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4th ed. Geneva, 1997.

Endereço para correspondência

Franklin Delano Soares Forte
 Travessa Antônio L. Batista, 71, apto. 402 - Bancários
 CEP: 58.051-110 - João Pessoa / PB
 E-mail: fdsforte@terra.com.br