

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

FRANCISCO TARLLYSON INÁCIO GOMES

**GRAU DE SEVERIDADE DAS MÁIS OCLUSÕES EM ESCOLARES DA REDE
MUNICIPAL DE PATOS/PB**

**PATOS – PB
2015**

FRANCISCO TARLLYSON INÁCIO GOMES

**GRAU DE SEVERIDADE DAS MÁIS OCLUSÕES EM ESCOLARES DA REDE
MUNICIPAL DE PATOS/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Carolina Bandeira Macena Guedes

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

G633g Gomes, Francisco Tarllyson Inácio
 Grau de severidade das más oclusões em escolares da rede municipal de Patos/PB / Francisco Tarllyson Inácio Gomes. – Patos, 2015.
 57f.:

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2015.

“Orientação: Prof. Dra. Maria Carolina Bandeira Macena Guedes”

Referências.

1. Saúde pública. 2. Má oclusão. 3. Ortodontia. I. Título.

CDU 616-089.23

FRANCISCO TARLLYSON INÁCIO GOMES

**GRAU DE SEVERIDADE DAS MÁIS OCLUSÕES EM ESCOLARES DA REDE
MUNICIPAL DE PATOS/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em: ___ / ___ / _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Carolina Bandeira Macena Guedes - Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Profa. Dra. Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues - 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Profa. MSc. Elizandra da Silva Penha - 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Dedico este trabalho a minha bisavó Maria Erundina Sales Coutinho (*in memoriam*) que muito me amou, me incentivou e acreditou nesta conquista. E, embora não possa dividir comigo essa alegria, eu sei que onde quer que esteja, está feliz e comemorando esta vitória, porque dela fez parte.

AGRADECIMENTOS

Este é um momento de muita alegria para mim e para todos aqueles que, de perto, acompanharam cada passo desta minha trajetória. Faltam-me palavras para expressar tamanha gratidão, mas, vamos lá...

Agradeço primeiramente a Deus, que, como um amigo justo e fiel, deu-me forças, saúde e sabedoria para trilhar este caminho da melhor forma possível.

Aos meus pais, Roberto e Joelma, que sempre acreditaram em mim e, juntos comigo sonharam este sonho. Pai, mãe, com a graça de Deus, nós chegamos lá. Todo esforço valeu e valerá muito a pena. Amo vocês.

Aos meus irmãos, Mamedes e Sabino Neto, avós, tios e primos por todo amor e apoio incondicional. Sintam-se orgulhosos, pois esta vitória também é de vocês.

Ao Colégio Diocesano “Dom João da Mata” que me proporcionou uma base científica suficiente para conseguir uma vaga, no curso que escolhi, em uma Universidade Federal.

Aos meus queridos professores, ou melhor, mestres, em especial a minha orientadora, a professora Maria Carolina, por todo conhecimento repassado, paciência e respeito para comigo. Estendo os meus agradecimentos a todos aqueles que fazem parte do CSTR/UFCG.

Aos amigos do apartamento 303, obrigado pela amizade e parceria de sempre.

Finalizo agradecendo a toda turma 2010.2, que me recebeu de braços abertos e proporcionou grandes amizades, em especial minha dupla de clínica, Jéssica Gomes, amizades estas, que quero levar para o resto da vida. A todos vocês, o meu MUITO OBRIGADO!!!

*“Tudo tem seu tempo determinado,
e há tempo para todo propósito debaixo do céu” (Eclesiastes 3:1).*

RESUMO

Introdução: a avaliação da oclusão considerando aspectos de saúde pública tem como objetivos principais determinar a necessidade e prioridade de tratamento e, obter informações para o planejamento adequado dos recursos necessários ao tratamento da população. Desta forma, este trabalho teve por objetivo estimar o grau de severidade das más oclusões em escolares da rede municipal de Patos, Paraíba. **Métodos:** a amostra constituiu-se de 256 escolares, com idade de 12 anos, de ambos os sexos. A coleta dos dados foi realizada em ambiente escolar, sob fonte de luz artificial, com a criança sentada em uma cadeira, de frente para o examinador. Utilizou-se o Índice de Estética Dental (DAI) com a finalidade de estimar o grau de severidade e necessidade de tratamento ortodôntico na população estudantil. **Resultados:** observou-se que 75% das crianças apresentavam algum tipo de má oclusão. O grau de maior severidade, onde o tratamento ortodôntico é imprescindível, foi encontrado em 42 escolares (16,5%) da amostra total. A maioria (54,6%) das crianças apresentou relação molar normal. O apinhamento no segmento anterior foi a alteração oclusal mais frequente (48,8%), seguido do *overjet* maxilar anterior acentuado (47,2%). A má oclusão com menor prevalência foi o *overjet* mandibular acentuado (1,5%). **Conclusão:** a maioria dos escolares avaliados se enquadra no grau de severidade II, onde a má oclusão é definida e o tratamento ortodôntico é eletivo. Devido à alta prevalência, medidas interceptativas e programas continuados de saúde coletiva se fazem necessários.

Palavras-chave: Saúde Pública. Má oclusão. Ortodontia.

ABSTRACT

Introduction: the evaluation of dental occlusion, considering the public health scenario, aims to define the need and priority of treatment and obtain informations concerning the appropriate planning of resources needed to treat the public. With this in mind, the goal of this work is to appraise the degree of severity of poor dental occlusions in students of Patos municipal education system, state of Paraíba. **Methods:** the sample is formed by 256 students, all of them at age 12, both genders. The collection of data was realized in a school environment, under artificial lighting, with the kid towards the examiner sit on a chair. Was used the Dental Aesthetics Index (DAI) with the purpose of estimate the degree of severity and needing of dental treatment in student population. **Results:** it was observed that 75% of children presented some sort of poor dental occlusion. The highest degree of stringency, where the dental treatment is indispensable, was found in 42 students (16,5%) of the totality. Most of children (54,6%) presented normal molar relations. The dental crowding, in the previous segment, was the most frequent occlusal alteration (48,8%), followed by the accented anterior maxilla overjet (47,2%). The poor dental occlusion with less happening was the accented mandibular overjet (1,5%). **Conclusion:** the majority of evaluated students is framed in severity degree II, where the poor occlusion is defined and the dental treatment is elective. Due to the high prevalence, interceptive measures and continue public health programs are necessary.

Key Words: Public Healt. Poor Occlusion. Orthodontics

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Medição do diastema incisal em milímetros	19
Figura 2 Medição do desalinhamento anterior	20
Figura 3 Medição do <i>overjet</i> maxilar	21
Figura 4 Medição da mordida aberta vertical anterior	22
Figura 5 Avaliação da relação molar ântero-posterior	23
Figura 6 Instrumento alternativo para medida do DAI	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos pesquisados por RPAs	32
Tabela 2 Grau de severidade e necessidade de tratamento	35
Tabela 3 Distribuição dos componentes do DAI: dentição, espaço, oclusão	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS Sistema Único de Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

DAI Índice de Estética Dental

CPI *Community Periodontal Index*

RPA Regiões Político-Administrativas

PSE Programa Saúde na Escola

CEO Centro de Especialidades Odontológicas

LISTA DE SÍMBOLOS

@	Arroba
%	Por Cento
\leq	Menor ou igual que
\geq	Maior ou igual que
>	Maior que

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS EM SAÚDE BUCAL	15
2.2 ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL (DAI) E AS MÁIS OCLUSÕES	16
2.2.1 Componente Relacionado à Dentição	17
2.2.2 Componentes Relacionados ao Espaço	17
2.2.2.1 Apinhamento no Segmento Incisal	17
2.2.2.2 Espaçamento no Segmento Incisal	18
2.2.2.3 Diastema Incisal	19
2.2.2.4 Desalinhamento Maxilar Anterior	19
2.2.2.5 Desalinhamento Mandibular Anterior	20
2.2.3 Componentes Relacionados à Oclusão	20
2.2.3.1 <i>Overjet</i> Maxilar Anterior	20
2.2.3.2 <i>Overjet</i> Mandibular Anterior	21
2.2.3.3 Mordida Aberta Anterior	21
2.2.3.4 Relação Molar Anteroposterior	22
REFERÊNCIAS	24
3 ARTIGO	27
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
APÊNDICE A	45
APÊNDICE B	46
APÊNDICE C	47
APÊNDICE D	48
ANEXO A	49
ANEXO B	50
ANEXO C	51

1 INTRODUÇÃO

A epidemiologia em saúde bucal no Brasil apresentou sensível crescimento nos últimos anos, especialmente do ponto de vista da produção de dados em nível municipal. O advento do Sistema Único de Saúde (SUS) em fins da década de 1980 introduziu um novo desafio aos sistemas públicos de assistência à saúde bucal no sentido de serem implementados modelos de base epidemiológica, sendo este fato um catalisador de iniciativas na geração de informações sobre saúde bucal (SANTOS et al., 2011).

Os estudos epidemiológicos são importantes, pois, a partir destes, podemos conhecer a real situação de saúde e prevalência de determinada patologia em uma região (WERNECK et al., 2011). Estes fornecem dados para que se possam planejar medidas necessárias para a redução da incidência dos fatores desfavoráveis observados, além da interceptação dos problemas em idade adequada. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda às autoridades sanitárias a realizar levantamentos epidemiológicos das principais doenças bucais nas idades 5, 12 e 15 anos e nas faixas etárias de 35-44 e 65-74 anos, numa periodicidade de cinco a dez anos (ALVES et al., 2006).

As más oclusões possuem a terceira maior prevalência entre as patologias bucais, perdendo apenas para a cárie dentária e doença periodontal, encontrando-se, portanto, na terceira posição da escala de prioridades quanto aos problemas odontológicos de saúde pública mundial e, segundo a OMS, as principais doenças bucais devem ser submetidas a levantamentos epidemiológicos periódicos (BRITO, DIAS, GLEISER, 2009).

Caracterizadas por desvios de normalidade das arcadas dentárias, do esqueleto facial ou de ambos, as más oclusões possuem reflexos variados nas diversas funções do aparelho estomatognático, assim como na aparência e autoestima dos indivíduos afetados (BRESOLIN, 2000).

Tendo origem multifatorial e não uma causa única específica, existem muitos aspectos que contribuem para a instalação dessas alterações oclusais, a saber: origem congênita, hereditária ou de ordem local, funcional e ambiental (LINS DE ALBUQUERQUE et. al, 2009).

Desta forma, a presente pesquisa se propôs a realizar um estudo transversal em Escolas Municipais, da cidade de Patos – PB, com o objetivo principal de estimar o grau de severidade das más oclusões em escolares do referido município.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS EM SAÚDE BUCAL

Os estudos epidemiológicos em saúde bucal são indispensáveis para uma correta planificação, organização, direção e controle dos principais agravos que acometem a cavidade bucal. As informações obtidas com estes estudos nos possibilita realizar comparações no tempo e no espaço, avaliar o impacto diferencial de risco e proteção, bem como facilitar a implantação de programas de saúde relativos aos agravos e/ou verificar a sua efetividade (GIL et al., 2014).

No Brasil, esses estudos vêm sendo realizados desde os anos de 1950, contudo, inquéritos em nível nacional só começaram a ser executados em 1986. Objetivando construir uma Política Nacional de Saúde Bucal baseada em modelos de atenção de base epidemiológica, estes levantamentos constituem-se na principal estratégia de saúde bucal com base na produção de dados primários (RONCALLI et al., 2012).

Frias, Antunes e Narvai (2004) alertam que planejar a amostra a ser examinada e definir os agravos a serem considerados, bem como selecionar os instrumentos e condições de observação para os exames bucais, em especial o dimensionamento da precisão e validade das anotações efetuadas, são essenciais para que ocorra uma padronização e confiabilidade dos dados.

De forma a permitir o direcionamento de atitudes preventivas ou curativas pelo setor da saúde, inúmeros pesquisadores, nos últimos anos, têm ressaltado a necessidade de se conhecer a situação epidemiológica das más

oclusões, visto que se mostra crescente a demanda por tratamento ortodôntico na sociedade contemporânea (LOPES e CANGUSSU, 2005).

Segundo Marques et al. (2005), a avaliação da oclusão considerando aspectos de saúde pública tem dois objetivos principais: primeiro, avaliar a necessidade e prioridade de tratamento; segundo, obter informações para planejar adequadamente os recursos necessários para o fornecimento de tratamento ortodôntico para a população.

Estudos epidemiológicos realizados, em sua grande maioria, apontam de modo geral para uma alta prevalência de más oclusões (ALVES et al., 2006). Lins de Albuquerque et al. (2009), relatam que a porcentagem da população acometida pelos desvios morfológicos da oclusão normal é tão grande que a OMS considera a má oclusão como o terceiro problema odontológico de saúde, ficando atrás apenas da cárie dentária e doença periodontal. Sendo assim, para que medidas de prevenção possam ser efetuadas, torna-se necessário o conhecimento da prevalência das más oclusões através de levantamentos epidemiológicos básicos, os quais oferecem uma base importante para se avaliar a situação atual e as futuras necessidades e cuidados em saúde bucal de uma população (CAVALCANTI et al., 2008).

2.2 O ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL (DAI) E AS MÁ S OCLUSÕES

Os índices oclusais permitem analisar estatisticamente os estudos epidemiológicos realizados. Para que a sua aplicabilidade torne-se viável, estes índices têm como objetivo principal determinar quantitativamente, de forma simples, rápida e precisa, a severidade da má oclusão bem como indicar os casos com maior necessidade de tratamento ortodôntico (SANTOS et al, 2008).

No decorrer dos anos, muitos índices foram desenvolvidos com o intuito de categorizar as más oclusões de acordo com o nível de necessidade de tratamento (DESHPANDE, POONACHA, SHIGLI, 2010). Segundo Lopes e Cangussu (2005) o índice recomendado pela OMS para estudos epidemiológicos em crianças de 12 anos é o Índice de Estética Dental (*Dental Aesthetic Index – DAI*).

Formulado na Universidade de Iowa, EUA em 1986, o DAI utiliza dez componentes ligados à estética e a função mastigatória e, estão dispostos em três grupos: dentição, espaço e oclusão, sendo determinados quanto à sua presença ou ausência; para os dados medidos milimetricamente utiliza-se a sonda periodontal *Community Periodontal Index* (CPI) (CARDOSO et al, 2011). A combinação destas medidas (oclusal e estética) expressam a situação oclusal do indivíduo e a necessidade de tratamento ortodôntico (BRASIL, 2012).

2.2.1 Componente Relacionado à Dentição

O componente dentição está relacionado ao número de dentes permanentes perdidos, no arco superior e inferior, que causam problemas estéticos, ou seja, incisivos, caninos e pré-molares. Não se considera dente perdido quando o respectivo espaço estiver fechado, o decíduo correspondente estiver em posição, ou se prótese (s) estiver (em) instalada(s) (OMS, 1999).

2.2.2 Componentes Relacionados ao Espaço

2.2.2.1 Apinhamento no Segmento Incisal

O apinhamento é caracterizado pela ausência de espaço suficiente para a completa acomodação dos dentes na arcada, sendo assim, começam a erupcionar de maneira ectópica e/ou ficam retidos. O diagnóstico deve ser feito de maneira criteriosa devido às inúmeras possibilidades diagnósticas (PINTO et al., 2006).

Para o DAI, o segmento a ser analisado é o de canino a canino, do arco superior e inferior, considerando-se apinhamento quando o espaço presente é menor que o espaço requerido. Clinicamente, isso é evidenciado quando os dentes estão mal posicionados no arco ou com giroversões. O valor a ser registrado na ficha clínica varia de 0 a 2. O registro considera:

0 = sem apinhamento, 1 = apinhamento em apenas um arco, 2 = apinhamento em ambos os arcos (OMS, 1999).

2.2.2.2 Espaçamento no Segmento Incisal

Relacionado à ausência de contato entre os dentes adjacentes, ou seja, o espaço presente é maior que o espaço requerido. O espaçamento pode acometer ambas as arcadas dentárias e tem como consequências alterações periodontais e um defeito estético bem desagradável. Para um correto diagnóstico desta má oclusão, é preciso ter em mente suas inúmeras possibilidades etiológicas e, que esta é uma condição de normalidade durante o período de dentição decídua e mista (SANTOS-PINTO, PAULIN e MARTINS, 2003).

Com a finalidade de verificar a ausência de contato proximal entre os incisivos, o segmento a ser analisado para aplicação do índice é o de canino a canino, de ambas as arcadas, registrando os escores 0, 1 e 2, para ausência de espaçamento, espaçamento em uma arcada e em ambas, respectivamente (OMS, 1999).

2.2.2.3 Diastema Incisal

Considerada a forma mais comum de espaçamento, denomina-se diastema incisal a presença de espaço entre os incisivos centrais superiores (Figura 1). Registra-se, na ficha clínica, o valor obtido em milímetros entre os dois elementos dentários (OMS, 1999).

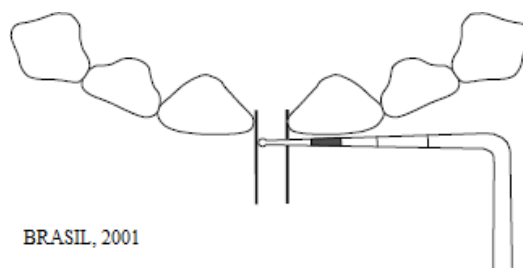


Figura 1 Medição do diastema incisal em milímetros. Considerar o número inteiro mais próximo.

2.2.2.4 Desalinhamento Maxilar Anterior

Este componente considera os posicionamentos e as rotações em relação ao alinhamento normal dos dentes nos quatro incisivos da arcada superior. Geralmente o exame é realizado com a sonda periodontal CPI posicionando-a na face vestibular do dente com maior projeção para a lingual (Figura 2) (OMS, 1999). O valor obtido em milímetros é registrado na ficha clínica.

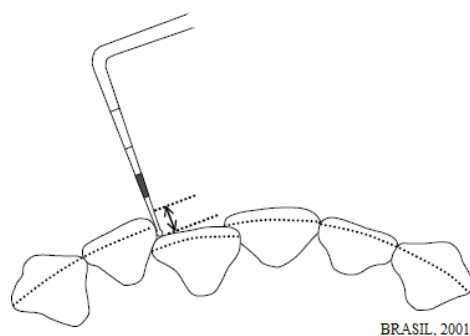


Figura 2 Medição do desalinhamento anterior

2.2.2.5 Desalinhamento Mandibular Anterior

Considera-se a medição conforme foi descrito para o arco maxilar.

2.2.3 Componentes Relacionados à Oclusão

2.2.3.1 *Overjet* Maxilar Anterior

É definida como a distância, em milímetros, entre as superfícies vestibulares do incisivo superior mais proeminente e do incisivo inferior correspondente (Figura 3). Quando acentuada, observa-se dificuldade de selamento labial e interposição do lábio inferior, provocando, assim, exposição exagerada dos incisivos superiores e, conseqüentemente, lingualização dos incisivos inferiores (GAUW, ALMEIDA e MUCHA, 2014). Paralelo ao plano oclusal e com os dentes em máxima intercuspidação habitual (MIH), a relação horizontal entre os incisivos é medida com o auxílio de uma sonda periodontal CPI e, o valor obtido em milímetros é registrado na ficha clínica (OMS, 1999). O escore será zero em casos de mordida do tipo „topo a topo“.

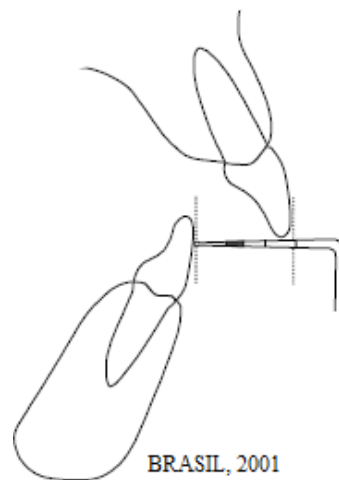


Figura 3 Medição do *overjet* maxilar.

2.2.3.2 *Overjet* Mandibular Anterior

Também chamada de protrusão mandibular ou mordida cruzada, o *overjet* mandibular anterior é registrado quando algum incisivo inferior apresenta-se protruído, anteriormente ou vestibularmente, em relação ao incisivo superior oposto (OMS, 1999). Relacionada com a incapacidade dos arcos superior e inferior ocluírem normalmente em uma relação lateral, a mordida cruzada pode ser decorrente de problemas de posicionamento dentário, de crescimento alveolar ou de uma grave desarmonia entre a maxila e a mandíbula (Santos et al., 2010)

O modo para obtenção da medida é o mesmo empregado na arcada superior.

2.2.3.3 Mordida Aberta Anterior

Obtida e registrada em milímetros, considera-se mordida aberta a ausência de sobreposição vertical entre qualquer um dos pares de incisivos opostos (Figura 4) (OMS, 1999).

Sua etiologia esta ligada a hábitos bucais deletérios, isto é, comportamentos adquiridos e que, em função da repetição contínua, automatizam-se, tornando-se assim inconscientes e, caso estes hábitos persistam após o surto de crescimento, é bastante provável que além de más oclusões, complicações como comprometimento da deglutição, hipertrofia de amígdalas, respiração bucal e deficiências fonoarticulares também possam surgir (ZAPATA et al., 2010).

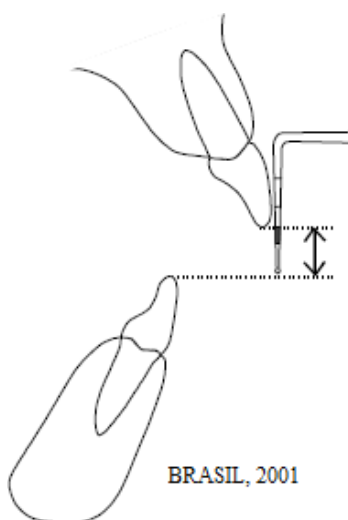


Figura 4 Medição da mordida aberta vertical anterior

2.2.3.4 Relação Molar Anteroposterior

A avaliação leva em consideração os primeiros molares permanentes, superior e inferior (Figura 5). Caso estejam comprometidos ou ausentes, os pré-molares ou caninos podem ser utilizados. Com os dentes em oclusão, os lados direito e esquerdos são avaliados e, apenas o maior desvio da relação

molar normal é registrado (OMS, 1999). Os códigos empregados são os seguintes:

0 = normal

1 = Meia Cúspide. O primeiro molar inferior está deslocado meia cúspide para mesial ou distal, em relação à posição normal.

2 = Cúspide Inteira. O primeiro molar inferior está deslocado uma cúspide para mesial ou distal, em relação à posição normal.

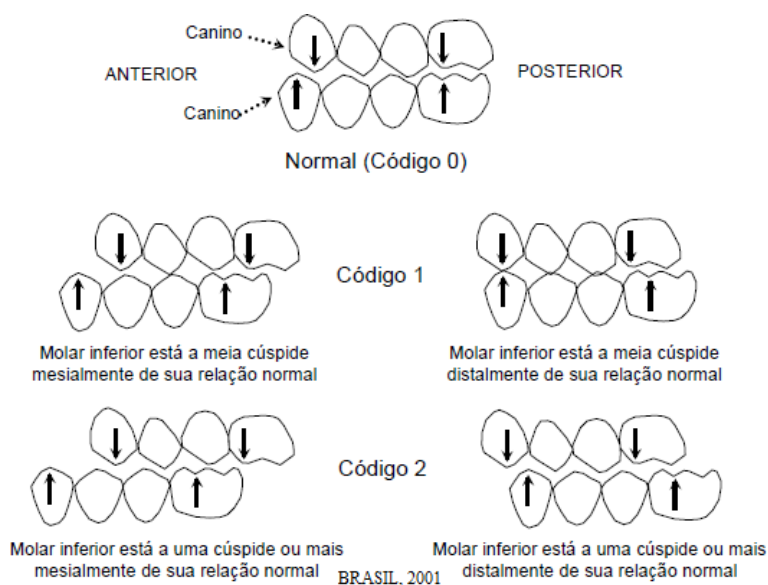


Figura 5 Avaliação da relação molar ântero-posterior.

Desta maneira, cada componente do DAI possui um peso específico e a soma destes valores determina a severidade e necessidade de tratamento: escore menor ou igual a 25 significa dizer que não há necessidade de tratamento, entre 26-30 a necessidade de tratamento é eletiva; entre 31-35 a necessidade de tratamento é altamente desejável e, acima de 36, o tratamento ortodôntico é obrigatório (SANTOS et al., 2008).

REFERÊNCIAS

ALVES, T.D.B.; GONÇALVES, A.P.R.; ALVES, A.N.; RIOS, F.C.; SILVA, L.B.O. da. Prevalência de Oclusopatia em Escolares de 12 anos de Idade: Estudo realizado em uma Escola Pública do município de Feira de Santana/BA. **RGO**. Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 269-273, jul./set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de atenção básica. **Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano de 2000: manual do examinador**. Brasília, p. 21-25. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional em Saúde Bucal: principais resultados**. Brasília, p. 28. 2012.

BRESOLIN, D. Controle e Prevenção da má oclusão. In: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, cap. 8, p. 473-80. 2000

BRITO, D.I.; DIAS, P.F.; GLEISER, R. Prevalência de más oclusões em crianças de 9 a 12 anos de idade da cidade de Nova Friburgo (Rio de Janeiro). **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**. Maringá, v. 14, n. 6, p. 118-124, nov./dez. 2009.

CANDIDO, I.R.F.; CYSNE, S.S.; SANTIAGO, B.M.; VALENÇA, A.M.G. Prevalência de Maloclusões em escolares de 6 a 12 anos na cidade de João Pessoa/Paraíba. **Rev Bras de Ciências da Saúde**. V. 13, n. 2, p. 53-62, 2009.

CARDOSO, C.F.; DRUMMOND, A.F.; LAGES, E.M.B.; PRETTI, E.F.; ABREU, M.H.N.G. The Dental Aesthetic Index and Dental Health Component of The Index of Orthodontic Treatment Need as tools in Epidemiological studies. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. , v. 8, p. 3277-3286, 2011

CASTRO, I.O.; VALLADARES-NETO, J.; ESTRELA, C. Prevalência da Maloclusão em Indivíduos que Solicitaram Tratamento Ortodôntico na Rede Pública de Saúde. **Rev Odontol Bras Central** , v. 51, n. 19, 2010.

CAVALCANTI, A.L.; BEZERRA, P.K.M.; ALENCAR, C.R.B. de; MOURA, C. Prevalência de Maloclusão em Escolares de 6 a 12 anos de idade em Campina Grande, PB, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 8, n. 1, p. 99-104, jan/abr. 2008.

DESHPANDE, S.; POONACHA, K.; SHIGLI, A. Dental aesthetic index: Applicability in Indian population: A retrospective study. **J of the Indian Soc of Pedodontics and Prev Dentistry**. v. 28, n. 1, p.13 -17, 2010.

FRIAS, A.C.; ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na cidade de São Paulo, 2002. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 7, n. 2, p. 144-154, 2004.

GAUW, J.H de.; ALMEIDA, N.V de.; MUCHA, J.N. Tratamento não-cirúrgico em adulto com overjet acentuado. **Rev. Orthod. Sci. Pract.** v.7, n.27, p. 387-393, 2014.

GIL, R.M.; CALÁS, C.M.; OLIVA, L.Q.; GAMBOA, M.P. Características de la oclusión en niñas y niños malienses, cubanos e venezolanos de 5 a 9 años: estudo descriptivo. **Rev. Medwave.** v. 14, n. 4, p. 59-57, 2014.

LINS DE ALBUQUERQUE, S.S.; DUARTE, R.C.; CAVALCANTI, A.L.; BELTRÃO, E.M. Prevalência de más oclusões em crianças com 12 a 36 meses de idade em João Pessoa/PB. **R Dental Press Ortodon Ortop. Facial.** Maringá, v. 14, n. 6, p. 50-57, nov./dez. 2009.

LOPES, L.S.; CANGUSSU, M.C.T. Prevalência e Severidade das Alterações oclusais em escolares de 12 a 15 anos de Salvador/BA, 2005. **R. Ci. Méd. Biol,** Salvador, v. 4, n. 2, p. 105-112, mai./ago. 2005.

MARQUES, L.S.; BARBOSA, C.C.; RAMOS-JORGE, M.L.; PORDEUS, I.A.; PAIVA, S.M. Prevalência da Maloclusão e Necessidade de Tratamento Ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p. 1099-1106, jul-ago, 2005.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal.** 4º Ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999.

PINTO, M. R.; MOTTIN, L. P.; DERECH, C. D.; ARAÚJO, M. T. S. Extração de incisivo inferior: uma opção de tratamento. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial** . Maringá, v. 11, n. 1, p. 114-121, jan./fev. 2006

RONCALLI, A.G.; DA SILVA, N.N.; NASCIMENTO, A.C.; FREITAS, C.H.S. de m.; CASOTTI, E.; PERES, K.G.; DE MOURA, L.; PERES, M.A.; FREIRE, M.C.M.; CORTES, M.I.S.; VETTORE, M.V.; PALUDETTO JÚNIOR, M.; FIGUEIREDO, N.; DE GOES, P.S.A.; PINTO, R.S.; MARQUES, R.A.A.; MOYSÉS, S.J.; REIS, S.C.G.B.; NARVAI, P.C. Aspectos metodológicos do Projeto SBBrazil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 28, p. 40-57, 2012.

SANTOS, J.A dos.; CAVALCANTI, A.L.; SARMENTO, D.J. de S.; AGUIAR, Y.P.C. 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.** v. 7, n. 3, p. 261-267, jul./set. 2010.

SANTOS, J.A dos.; FLORENTINO, V.G.B.; SARMENTO, D.J.S.; CAVALCANTI, A.L. Prevalência de maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em

indivíduos adultos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 33, n. 2, p. 197-202, 2011.

SANTOS, P.C.F. dos; MONTEIRO, A.L.B.; ROCHA, R.G.; CHAVES JÚNIOR, C.M. Uma ferramenta alternativa para avaliação do Índice Dental Estético. **Rev. Clín. Orton. Dental Press**, Maringá, v. 7, n. 5, out./nov. 2008.

SANTOS-PINTO, A. dos; PAULIN, R.F.; MARTINS, L.P. Tratamento de diastema entre incisivos centrais superiores com aparelho fixo combinado a aparelho removível: casos clínicos. **J Bras Orton Ortop Facial**, Curitiba, v.8, n.44, p.133-140, mar./abr. 2003.

WERNECK E.C.; MATTOS, F.S.; SILVA, M.G. da; PRADO, R.F. do; CARVALHO, G.L.; ARAÚJO, A.M. Prevalência das Maloclusões em Crianças Pré-Escolares no município de Lavrinhas/SP. **Colloquium Vitae**. São Paulo, v. 3, n. 2, p. 27-33, jul./dez. 2011.

ZAPATA, M.; BACHIEGA, J.C.; MARANGONI, A.F.; JEREMIAS, J.E.M.; FERRARI, R.A.M.; BUSSADORI, S.K; SANTOS, E.M. Mordida aberta e hábitos orais deletérios. **Rev. CEFAC**. v. 12, n. 2, p. 267-271, mar./abr. 2010.

3 ARTIGO

Grau de Severidade das Más Oclusões em Escolares da Rede Municipal de Patos, Paraíba.

Severity degree in poor dental occlusions in students of Patos municipal education system, Paraíba.

Autores: Maria Carolina Bandeira Macena ¹, Francisco Tarllyson Inácio Gomes ², Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues ³, Elisandra da Silva Penha ³.

¹ Professora Doutora, Departamento de Clínica Infantil da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos, Paraíba, Brasil.

² Estudante de Odontologia, Departamento de Clínica Infantil da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos, Paraíba, Brasil.

³ Professora Doutora, Departamento de Clínica Integrada da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos, Paraíba, Brasil.

⁴ Professora Mestre, Departamento de Clínica Infantil da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos, Paraíba, Brasil.

Endereço para correspondência:

Maria Carolina Bandeira Macena – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 587000-970 – Patos, Paraíba, Brasil.

Email: lcbandeira79@hotmail.com

RESUMO

Introdução: a avaliação da oclusão considerando aspectos de saúde pública tem como objetivos principais determinar a necessidade e prioridade de tratamento e, obter informações para o planejamento adequado dos recursos necessários ao tratamento da população. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi estimar o grau de severidade das más oclusões em escolares da rede municipal de Patos, Paraíba. **Métodos:** a amostra constituiu-se de 256 escolares, com idade de 12 anos, de ambos os sexos. A coleta dos dados foi realizada em ambiente escolar, sob fonte de luz artificial, com a criança sentada em uma cadeira, de frente para o examinador. Utilizou-se o Índice de Estética Dental (DAI) com a finalidade de estimar o grau de severidade e necessidade de tratamento ortodôntico na população estudantil. **Resultados:** observou-se que 75% das crianças apresentavam algum tipo de má oclusão. O grau de maior severidade, onde o tratamento ortodôntico é imprescindível, foi encontrado em 42 escolares (16,5%) da amostra total. A maioria (54,6%) das crianças apresentou relação molar normal. O apinhamento no segmento anterior foi a alteração oclusal mais frequente (48,8%), seguido do *overjet* maxilar anterior acentuado (47,2%). A má oclusão com menor prevalência foi o *overjet* mandibular acentuado (1,5%). **Conclusão:** a maioria dos escolares avaliados se enquadra no grau de severidade II, onde a má oclusão é definida e o tratamento ortodôntico é eletivo. Devido à alta prevalência, medidas interceptativas e programas continuados de saúde coletiva se fazem necessários.

Palavras-chave: Saúde Pública. Má oclusão. Ortodontia.

ABSTRACT

Introduction: the evaluation of dental occlusion, considering the public health scenario, aims to define the need and priority of treatment and obtain informations concerning the appropriate planning of resources needed to treat the public. With this in mind, the goal of this work is to appraise the degree of severity of poor dental occlusions in students of Patos municipal education system, state of Paraíba. **Methods:** the sample is formed by 256 students, all of them at age 12, both genders. The collection of data was realized in a school environment, under artificial lighting, with the kid towards the examiner sit on a chair. Was used the Dental Aesthetics Index (DAI) with the purpose of estimate the degree of severity and needing of dental treatment in student population. **Results:** it was observed that 75% of children presented some sort of poor dental occlusion. The highest degree of stringency, where the dental treatment is indispensable, was found in 42 students (16,5%) of the totality. Most of children (54,6%) presented normal molar relations. The dental crowding, in the previous segment, was the most frequent occlusal alteration (48,8%), followed by the accented anterior maxilla overjet (47,2%). The poor dental occlusion with less happening was the accented mandibular overjet (1,5%). **Conclusion:** the majority of evaluated students is framed in severity degree II, where the poor occlusion is defined and the dental treatment is elective. Due to the high prevalence, interceptive measures and continue public health programs are necessary.

Key Words: Public Healt. Poor Occlusion. Orthodontics

INTRODUÇÃO

A epidemiologia em saúde bucal no Brasil apresentou sensível crescimento nos últimos anos, especialmente do ponto de vista da produção de dados em nível municipal. O advento do Sistema Único de Saúde (SUS) em fins da década de 1980 introduziu um novo desafio aos sistemas públicos de assistência à saúde bucal no sentido de serem implementados modelos de base epidemiológica, sendo este fato um catalisador de iniciativas na geração de informações sobre saúde bucal ¹⁶.

Os estudos epidemiológicos em saúde bucal são indispensáveis para uma correta planificação, organização, direção e controle dos principais agravos que acometem a cavidade bucal. As informações obtidas com estes estudos nos possibilita realizar comparações no tempo e no espaço, avaliar o impacto diferencial de risco e proteção, bem como facilitar a implantação de programas de saúde relativos aos agravos e/ou verificar a sua efetividade ⁹.

Perdendo apenas para a cárie dentária e doença periodontal, as más oclusões possuem a terceira maior prevalência entre as patologias bucais, encontrando-se, portanto, na terceira posição da escala de prioridades quanto aos problemas odontológicos de Saúde Pública mundial e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as principais doenças bucais devem ser submetidas a levantamentos epidemiológicos periódicos ⁴.

Caracterizadas por desvios de normalidade das arcadas dentárias, do esqueleto facial ou de ambos, as más oclusões possuem reflexos variados nas diversas funções do aparelho estomatognático, assim como na aparência e autoestima dos indivíduos afetados ³. Tendo origem multifatorial e não uma causa única específica, existem muitos aspectos que contribuem para a instalação dessas alterações oclusais, a saber: origem congênita, hereditária ou de ordem local, funcional e ambiental ¹¹.

A avaliação da oclusão considerando aspectos de saúde pública tem dois objetivos principais: primeiro, avaliar a necessidade e prioridade de tratamento; segundo, obter informações para planejar adequadamente os recursos necessários para o fornecimento de tratamento ortodôntico para a população ¹³.

Desta forma, o objetivo principal desta pesquisa foi estimar o grau de severidade das más oclusões em escolares de 12 anos da rede municipal de Patos, Paraíba.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional de prevalência, e a população de referência constituiu-se de escolares aos 12 anos de idade, de ambos os sexos. Para determinar o tamanho da amostra, foi tomado como base o número de crianças matriculadas no sétimo ano fundamental da rede municipal de ensino da cidade de Patos, Paraíba. Segundo a Secretaria de Educação do município, a cidade é dividida em quatro Regiões Político-Administrativas (RPAs) contendo um total de 45 escolas municipais. Destas, 11 fornecem o sétimo ano fundamental, totalizando 760 alunos matriculados.

O cálculo amostral foi realizado utilizando-se a fórmula para estudos de base populacional (amostra probabilística) disponível no programa *Epi table* do software *Epi Info*, versão 6.04d DOS. A partir da população de 760 alunos, considerando-se a estimativa de 62% como a maior prevalência dentre as más oclusões avaliadas ⁵, adotando-se um percentual de precisão de 5% e um percentual de 95% de confiabilidade calculou-se uma amostra representativa de 256 crianças considerando uma perda amostral de 10% como mostra a tabela 1. Posteriormente, a seleção das crianças no ambiente escolar se deu

de forma aleatória, sendo avaliadas àquelas que estavam devidamente matriculadas no sétimo ano fundamental, com 12 anos completos e que nunca passaram por tratamento ortodôntico.

Tabela 2 Distribuição dos pesquisados por RPAs

Zona	População	Amostra Com 10% de perda	Amostra Sem perda
Jatobá	256	86	95
Frei Damião	268	91	99
Belo Horizonte	113	38	42
São Sebastião	123	41	45
TOTAL	760	256	281

O desenvolvimento deste estudo seguiu os requisitos da Resolução CNS/MS 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta dos dados foi realizada em ambiente escolar, sob fonte de luz artificial, com a criança sentada em uma cadeira, de frente para o examinador. Este, um aluno concluinte do curso de Odontologia da Universidade Federal de

Campina Grande, previamente calibrado ($K=0,89$) e devidamente paramentado (uniforme, luvas, touca e óculos), sob orientação de um dos professores da disciplina de Clínica Infantil. As seguintes informações foram obtidas:

- Dados gerais: gênero e uso atual ou anterior de aparelho ortodôntico. Não houve preocupação na identificação de raça, condição socioeconômica e, tampouco, na identificação dos estágios do desenvolvimento oclusal – mista ou permanente -. Também não foi objeto de estudo identificar a incidência de hábitos bucais deletérios.

- Exame clínico: foram inspecionadas as condições oclusais segundo o Índice de Estética Dental (*Dental Aesthetic Index - DAI*) ¹⁵.

Recomendado pela OMS para estudos epidemiológicos em crianças de 12 anos ¹² o DAI utiliza dez componentes ligados à estética e a função mastigatória e, estão dispostos em três grupos: dentição, espaço e oclusão, sendo determinados quanto à sua presença ou ausência; para os dados medidos milimetricamente utiliza-se a sonda periodontal *Community Periodontal Index (CPI)* ⁶. A combinação destas medidas (oclusal e estética) expressam a situação oclusal do indivíduo e a necessidade de tratamento ortodôntico ².

Utilizou-se uma ficha clínica desenvolvida para este estudo, caneta esferográfica, espátulas de madeira, régua endodôntica, saquinhos de picolé e, um instrumento alternativo para medida do DAI em substituição à sonda periodontal CPI (Figura 6) ¹⁷.



Figura 6 Instrumento alternativo para medida do DAI

Anteriormente ao início da pesquisa, procurou-se efetuar contato com as diretorias das escolas e com os professores, no intuito de esclarecer o objetivo do estudo: estimar o grau de severidade das más oclusões em escolares de 12 anos. A colaboração constatada foi de 100% dos pesquisados. Além disso, utilizou-se o termo de consentimento livre e esclarecido para os pais das crianças participantes (Apêndice B) e o termo de assentimento para as crianças (Apêndice C)

As crianças que apresentaram más oclusões ou qualquer outra necessidade de tratamento odontológico foram encaminhadas para a clínica escola de Odontologia da UFCG/Patos.

RESULTADOS

A amostra final contou com 256 escolares, de 12 anos, matriculados no 7º ano fundamental da rede municipal de Patos/PB. Ao todo, 260 alunos participaram deste estudo, porém quatro foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Da amostra final, 143 (55,8%) pertenciam ao gênero feminino e 113 (44,2%) ao masculino.

De acordo com os dados obtidos com o DAI, 44,2% dos escolares avaliados apresentaram má oclusão do tipo severa ou muito severa. A tabela 2 mostra a distribuição quantitativa do grau de severidade e necessidade de tratamento.

Tabela 2 Grau de severidade e necessidade de tratamento

DAI	Severidade	Necessidade de tratamento	N	%
≤ 25	Sem anormalidade ou má oclusão leve	Nenhuma ou pouca necessidade	64	25
26 a 30	Má oclusão definida	Eletivo	79	30,8
31 a 35	Má oclusão severa	Altamente desejável	71	27,7
≥ 35	Má oclusão muito severa	Imprescindível	42	16,5

ou
incapacitante

Total	256	100
--------------	-----	-----

O componente do DAI presente com maior frequência neste estudo foi o Apinhamento (48,8%) seguido do *Overjet* maxilar anterior maior que 3mm (47,2%). O desalinhamento maxilar e mandibular apresentaram prevalências semelhantes (33,2% e 33,5% respectivamente), e em relação ao componente oclusão a maioria da amostra apresentou relação molar normal (54,6%). A tabela 3 apresenta as prevalências e a distribuição dos componentes (dentição, espaço e oclusão) do DAI.

Tabela 3 Distribuição dos componentes do DAI: dentição, espaço, oclusão

Componentes do DAI	Presença		Ausência	
	n	%	N	%
DENTIÇÃO				
Perda dentária	5	1,9	251	98,1
ESPAÇO				
Apinhamento	125	48,8	131	51,2
Espaçamento	59	23	197	77
Diastema	54	21	202	79
Desalinhamento maxilar anterior	85	33,2	171	66,8

Desalinhamento mandibular anterior	86	33,5	170	66,5
---------------------------------------	----	------	-----	------

OCLUSÃO

<i>Overjet</i> maxiliar anterior (>3)	121	47,2	135	52,8
--	-----	------	-----	------

<i>Overjet</i> mandibular anterior	4	1,5	252	98,5
------------------------------------	---	-----	-----	------

Mordida aberta	17	6,6	239	93,4
----------------	----	-----	-----	------

Relação molar		n	%
(0) Normal		140	54,6
(1) Meia cúspide		90	35,1
(2) Cúspide inteira		26	10,3

DISCUSSÃO

Identificar os problemas oclusais de uma determinada comunidade é de extrema importância para o direcionamento das atitudes preventivas ou curativas das possíveis más oclusões. Neste sentido, os estudos epidemiológicos se fazem necessários para um planejamento de serviços de saúde e estimar as necessidades de tratamento ¹⁴.

Os resultados obtidos com este estudo apontam para uma maior prevalência de estudantes com má oclusão definida (30,8%), seguidos daqueles que apresentam má oclusão severa (27,7%), sem má oclusão (25%) e má oclusão muito severa ou incapacitante (16,5%). Para estes casos a necessidade de tratamento é desejável, altamente desejável, pouca ou

nenhuma e imprescindível, respectivamente. Alguns estudos obtiveram resultados semelhantes, apontando para uma maior prevalência de crianças que apresentaram algum tipo de má oclusão definida ^{7,14}. Em contrapartida, outros estudos ^{2,5,8,10,12} apresentaram uma prevalência maior de escolares sem ou com má oclusão leve, o que mostra a necessidade de se analisar, em âmbito local, as diferentes necessidades de tratamento entre populações.

Vale salientar, que o acompanhamento dos problemas de má oclusão deve iniciar com o pré-natal das gestantes e continuar por toda a vida, pois a condição bucal apresentada durante a gestação tem relação direta com a saúde geral da gestante e pode influenciar diretamente a saúde geral e bucal do bebê ².

Em relação aos critérios avaliados com o DAI, o componente dentição, que leva em consideração a quantidade de dentes do segmento anterior ausentes, foi encontrada em menos de 2% da população estudantil (1,9%) o que vai ao encontro com outros estudos ^{8,12}. Este dado é bastante estimulante, o que mostra que a população tem estado mais alerta sobre a importância da manutenção dos elementos dentários e que as medidas de prevenção, como a fluoretação das águas e o Programa Saúde na Escola (PSE), bem como a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), tem se mostrado eficientes no combate à perda precoce dos elementos dentários.

Quanto às anomalias de espaço e oclusão, verificou-se que o apinhamento foi a alteração com maior prevalência, estando presente em 125 estudantes (48,8%), o que corrobora com um estudo realizado na cidade de João Pessoa, em 2003 ⁵. A alta prevalência desta má oclusão sugere ao cirurgião-dentista a necessidade de estar apto para fazer o diagnóstico precoce, saber diferenciar a condição fisiológica da patológica e orientar os

pais quanto à sequência de erupção e retenção prolongada dos elementos decíduos.

A segunda maior prevalência encontrada foi o *overjet* maxilar anterior >3mm (47,2%). Este resultado vai de encontro com alguns estudos, que apontam o *overjet* maxilar anterior acentuado como a má oclusão de maior prevalência ^{1,7,8,12}. Ainda em relação às anomalias de espaço e oclusão, observou-se que a anomalia de menor prevalência foi o *overjet* mandibular acentuado ^{1,7,12}.

A relação molar normal esteve presente na maioria dos escolares avaliados (54,6%) ^{1,12}. Em alguns dos estudos analisados ^{5,8}, a relação molar normal ultrapassa os 60%.

Os índices oclusais permitem analisar estatisticamente os estudos epidemiológicos realizados. Para que a sua aplicabilidade torne-se viável, estes índices têm como objetivo principal determinar quantitativamente, de forma simples, rápida e precisa, a severidade da má oclusão bem como indicar os casos com maior necessidade de tratamento ortodôntico ¹⁷. O DAI, índice recomendado pela OMS para estudos epidemiológicos em crianças de 12 anos ², utiliza 10 critérios ligados a dentição, espaço e oclusão.

Apesar de não avaliar a mordida cruzada posterior, mordida aberta posterior e mordida profunda e, conseqüentemente comprometer o diagnóstico traçado da referida população, a praticidade e rapidez deste índice faz com que ele seja bastante utilizado nestes estudos ⁸.

Apenas 25% da população avaliada se enquadra na categoria de oclusão normal ou má oclusão leve, ficando muito abaixo da média nacional

que é de 62,4% ², resultado semelhante foi encontrado na Cidade de Campina Grande, em 2008 ⁷. Pela proximidade entre os municípios, este dado nos leva a crer que existe uma escassez de ações no âmbito da prevenção das más oclusões nas cidades paraibanas reforçando assim, a necessidade de implementação de políticas que visem reduzir a prevalência destas anomalias.

A alta prevalência de má oclusão em escolares na cidade de Patos, Paraíba enfatiza a necessidade de planejamento para o controle destas anomalias, por meio de tratamentos especializados gratuitos em redes públicas de atendimento, campanhas de prevenção e educação em saúde.

CONCLUSÕES

- A prevalência de más oclusões foi alta e, de acordo com o DAI, a maioria se enquadra no grau de severidade II, no qual a má oclusão é definida;
- O apinhamento no segmento anterior foi a alteração observada com maior frequência;
- A maior parte das crianças apresentou relação molar normal;
- Para assegurar a superação deste problema de saúde pública, medidas interceptativas e programas continuados de saúde coletiva se fazem necessários.

REFERÊNCIAS

1. Alves, TDB, Gonçalves, APR, Alves, NA, Rios, FC, Silva, LBO. Prevalência de Oclusopatia em Escolares de 12 anos de Idade: Estudo realizado em uma Escola Pública do município de Feira de Santana/BA. RGO. 2006 jul-set;54(3):269-273.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional em Saúde Bucal: principais resultados. Brasília, p. 28. 2012.
3. Bresolin D. Controle e Prevenção da má oclusão. In: Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos; 2000. cap. 8, p. 473-80.
4. Brito DI, Dias PF, Gleiser R. Prevalência de más oclusões em crianças de 9 a 12 anos de idade da cidade de Nova Friburgo (Rio de Janeiro). R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2009 nov-dez;14(6):118-124.
5. Candido IRF, Cysne SS, Santiago BM, Valença AMG. Prevalência de Maloclusões em escolares de 6 a 12 anos na cidade de João Pessoa/Paraíba. Rev Bras de Ciências da Saúde. 2003;13(2):53-62.
6. Cardoso CF, Drummond AF, Lages EMB, Pretti EF, Abreu MHNG. The Dental Aesthetic Index and Dental Health Component of The Index of Orthodontic Treatment Need as tools in Epidemiological studies. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2011; 8(2): 3277-3286.
7. Cavalcanti AL, Bezerra PKM, Alencar CRB, Moura C. Prevalência de Maloclusão em Escolares de 6 a 12 anos de idade em Campina Grande, PB, Brasil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2008 jan-abr;8(1):99-104.

8. Garbin AJI, Perin PCP, Garbin CAS, Lolli LF. Prevalência de oclusopatias e comparação entre a Classificação de Angle e o Índice de Estética Dentária em escolares do interior do Estado de São Paulo – Brasil. *Dental Press J Orthod*. 2010 July-Aug;15(4):94-102
9. Gil RM, Calás CM, Oliva LQ, Gamboa MP. Características de la oclusión en niñas y niños malienses, cubanos e venezolanos de 5 a 9 años: estudio descriptivo. *Rev. Medwave*. 2014; 14(4):59-57.
10. Jha K, Saha S, Jagannatha GV, Narang R, Biswas G, Sood P, Garg A, Narayan M. Prevalence of Malocclusion and its Psycho-Social Impact among 12 To 15-Year-old School Children in Lucknow City. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014 Oct;8(10):36-39.
11. Lins de Albuquerque SS, Duarte RC, Cavalcanti AL, Beltrão EM. Prevalência de más oclusões em crianças com 12 a 36 meses de idade em João Pessoa/PB. *R Dental Press Ortodon Ortop. Facial*. 2009 nov-dez;14(6):50-57.
12. Lopes LS, Cangussu MCT. Prevalência e Severidade das Alterações oclusais em escolares de 12 a 15 anos de Salvador/BA, 2005. *R. Ci. Méd. Biol*. 2005 mai-jun;4(2):105-112.
13. Marques LS, Barbosa CC, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Paiva SM. Prevalência da Maloclusão e Necessidade de Tratamento Ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. *Cad. Saúde Pública*. 2005 jul-ago;21(4):1099-1106.
14. Moura C, Cavalcanti AL. Maloclusões, cárie dentária e percepções de estética e função mastigatória: um estudo de associação. *Rev Odonto Ciência - Fac. Odonto/PUCRS*. 2007 jul-set;22(54):256-262.

15. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos Básicos em Saúde Bucal. 4ª Ed. São Paulo: Ed. Santos; 1999.
16. Santos JA; Florentino VGB, Sarmiento DJS, Cavalcanti AL. Prevalência de maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em indivíduos adultos. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2011;33(2):197-202
17. Santos PCF, Monteiro ALB, Rocha RG, Chaves Júnior CM. Uma ferramenta alternativa para avaliação do Índice Dental Estético. *Rev. Clín. Ortodon. Dental Press*. 2008 out-nov;7(5).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O correto diagnóstico das más oclusões consiste em conduta indispensável ao estabelecimento de apropriado tratamento. Medidas preventivas e de educação em saúde se fazem necessárias para assegurar a superação deste problema.

APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL
PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

TÍTULO: "GRAU DE SEVERIDADE DAS MÁ OCLUSÕES EM ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE PATOS/PB"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Francisco Tarllyson Inácio Gomes

DOCENTE RESPONSÁVEL: Maria Carolina Bandeira Macena

GRUPO CONEP: () I () II () III

Eu, Francisco Tarllyson Inácio Gomes responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções CNS/MS 240/1997, 251/1997, 292/1999, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/05 e 347/05), e assumo, neste termo o compromisso de:

1. Somente iniciar a pesquisa após sua aprovação junto ao Comitê de Ética selecionado pelo CONEP e, nos casos assim previstos na Resolução CNS/MS 466/2012;
2. Caso a pesquisa seja interrompida, informar tal fato ao CEP (indicado pelo CONEP) de forma justa;
3. Na ocorrência de evento adverso grave comunicar imediatamente ao CEP (indicado pelo CONEP), bem como prestar todas as informações que me forem solicitadas;
4. Ao utilizar dados e/ou informações coletados no(s) prontuário(s) do(s) sujeito(s) da pesquisa, ou material biológico estocado, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.
5. Destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do CEP.
6. Apresentar relatório final, sobre o desenvolvimento da pesquisa ao CEP.

Patos, 09 de fev de 2015

M. C. Macena

Francisco Tarllyson Inácio Gomes
Pesquisador responsável

Docente responsável

APÊNDICE B – TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a), o (a) menor, pelo qual o (a) senhor (a) é responsável, está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada GRAU DE SEVERIDADE DAS MÁ OCLUSÕES EM ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE PATOS/PB, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Dra. Maria Carolina Bandeira Macena e Francisco Tarllyson Inácio Gomes.**

Nesta pesquisa nós estamos buscando estimar o grau de severidade das más oclusões em escolares de 12 anos bem como verificar a prevalência e necessidade de tratamento destas, além de contribuir para a viabilidade de um amplo planejamento de ações direcionadas ao atendimento dos portadores desta doença. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador **Francisco Tarllyson Inácio Gomes** e só após a autorização do responsável pelo menor é que a pesquisa será realizada.

Na participação do (a) menor, ele (a) será submetido a um exame clínico afim de verificar a presença ou não de más oclusões. Lembrando que a pesquisa será realizada no próprio ambiente escolar, sob luz natural e serão utilizadas apenas espátulas de madeiras e um instrumento alternativo de medida do Índice de Estética Dental (DAI). A pesquisa apresenta risco mínimo.

Em nenhum momento o (a) menor será identificado (a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

O (A) menor não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa.

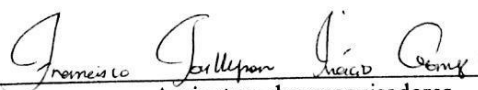
Caso o menor possua qualquer má oclusão ou doença bucal, será encaminhado para a clínica infantil do curso de Odontologia da UFCG – Patos.

O (A) menor é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o (a) senhor (a), responsável legal pelo (a) menor.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o (a) senhor (a), responsável legal pelo (a) menor, poderá entrar em contato com: **Francisco Tarllyson Inácio Gomes** pelos telefones (83) 9909-8057 ou (83) 8728-1852.

Patos/PB, de de 2015


Assinatura dos pesquisadores

Eu, responsável legal pelo (a) menor _____
consinto na sua participação no projeto citado acima, caso ele (a) deseje, após ter sido devidamente esclarecido.

Responsável pelo (a) menor participante da pesquisa

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “GRAU DE SEVERIDADE DAS MÁ OCLUSÕES EM ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE PATOS/PB”. Neste estudo pretendemos avaliar a prevalência e severidade da má oclusão em crianças de 12 anos matriculadas no sétimo ano fundamental, da rede municipal de ensino de Patos-PB.

O motivo da realização desta pesquisa se baseia no fato de a má oclusão influenciar diretamente na qualidade de vida dos indivíduos afetados, pois, além do comprometimento da função (dependendo da gravidade pode interferir na mastigação, fonação, respiração e deglutição), existe o comprometimento estético, dificultando o convívio e aceitabilidade social destas pessoas. Sendo assim, levantamentos epidemiológicos nesta área são importantes, pois, a partir destes podemos observar a real situação de saúde de uma determinada região, auxiliar na elaboração de metas para melhoria destes índices e, acima de tudo, da qualidade de vida da população.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): O projeto será realizado em escolares de 12 anos de idade, de ambos os gêneros, matriculados no 7º ano fundamental, da rede municipal de ensino de Patos, Paraíba no ano de 2015. A coleta de dados será realizada através da realização de exame clínico para verificar a presença de má oclusão nestes estudantes. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O seu responsável poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do seu responsável. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (caso já possua documento), fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Patos, ____ de _____ de 20 ____.

M. B. Macena

Assinatura do (a) menor

Francisco Tarllyson Inácio Gomes
Pesquisador: Francisco Tarllyson Inácio
Gomes
Rua Irineu Jófilly nº 200, Santo Antônio, Patos/
PB

Orientadora do Projeto: Profª. Dra. Maria Carolina Bandeira Macena
Universidade Federal de Campina Grande / Centro de Saúde e Tecnologia
Rural, Avenida Universitária s/n, Patos-PB, telefone: (83) 35113000

APÊNDICE D – FICHA CLÍNICA

GRAU DE SEVERIDADE DAS MÁIS OCLUSÕES EM ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE PATOS/PB

Nº: _____

QUESTIONÁRIO:

GÊNERO: () MASCULINO () FEMININO
 JÁ REALIZOU TRATAMENTO ORTODÔNTICO?: () SIM () NÃO

FICHA CLÍNICA DO ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL (DAI)

DENTIÇÃO	Número de incisivos, caninos e pré-molares perdidos	
ESPAÇO	Apinhamento na região de incisivos	
	Espaçamento na região de incisivos	
	Diastema em milímetros	
	Desalinhamento maxilar anterior em mm	
	Desalinhamento mandibular anterior em mm	
OCLUSÃO	Overjet maxilar anterior em mm	
	Overjet mandibular anterior em mm	
	Mordida aberta vertical anterior em mm	
	Relação molar ântero-posterior	

DIAGNÓSTICO: GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV ()

ANEXO A – DECLARAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS, PB**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo o aluno **FRANCISCO TARLLYSON INÁCIO GOMES**, matriculado no 9º período do curso de Graduação de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Patos, a fim de realizar o Projeto pré-requisito de conclusão de curso intitulado em “**Grau de Severidade das más oclusões em escolares da rede municipal de Patos - PB**”, em escolas municipais, com alunos do 7º ano do Ensino Fundamental, com o intuito de contribuir para uma melhor formação profissional

Patos, PB, 09 de fevereiro de 2015

Adalmira Marques da Silva Cajuaz
Prof. Adalmira Marques da Silva Cajuaz
Secretária de Educação



ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO C – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS - ORTHODONTIC SCIENCE AND PRACTICE

A Revista Orthodontic Science and Practice tem como missão a divulgação dos avanços científicos e tecnológicos conquistados pela comunidade ortodôntica, respeitando os indicadores de qualidade. Tem como objetivo principal publicar pesquisas, casos clínicos, revisões sistemáticas, apresentação de novas técnicas, artigos de interesse da classe ortodôntica, comunicações breves e atualidades.

Correspondências poderão ser enviadas para:

Editora Plena Ltda

Rua Janiópolis, 245 - Cidade Jardim - CEP: 83035-100 - São José dos Pinhais/PR

Tel.: (41) 3081-4052 E-mail: edicao2@editoraplena.com.br

Normas Gerais:

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja esse de âmbito nacional ou internacional. A Revista Orthodontic Science and Practice reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com devida citação de fonte.

Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor-Chefe ou Corpo Editorial.

A Editora Plena não garante ou endossa qualquer produto ou serviço anunciado nesta publicação ou alegação feita por seus respectivos fabricantes. Cada leitor deve determinar se deve agir conforme as informações contidas nesta publicação. A Revista Orthodontic Science and Practice ou as empresas patrocinadoras não serão responsáveis por qualquer dano advindo da publicação de informações errôneas.

O autor principal receberá um fascículo do número no qual seu trabalho for publicado. Exemplares adicionais, se solicitados, serão fornecidos, sendo os custos repassados de acordo com valores vigentes.

ORIENTAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS:

A Revista Orthodontic Science and Practice utiliza o Sistema de Gestão de Publicação (SGP), um sistema on-line de submissão e avaliação de trabalhos.

- Submeta os artigos através do site:

www.editoraplena.com.br

- Selecione a Revista Orthodontic Science and Practice, em seguida clique em “submissão online”.

- Para submissão de artigos é necessário ter os dados de todos os autores (máximo de seis por artigo), tais como: Nome completo, e-mail, titulação (máximo de duas por autor) e telefone para contato. Sem estes dados a submissão será bloqueada.

Seu artigo deverá conter os seguintes tópicos:

1. Página de título

- Deve conter título em português e inglês, resumo, abstract, descritores e descriptors.

2. Resumo/Abstract

- Os resumos estruturados, em português e inglês, devem ter, no máximo, 250 palavras em cada versão.

- Devem conter as seções: Introdução, com a proposição do estudo; Métodos, descrevendo como o mesmo foi realizado; Resultados, descrevendo os resultados primários e Conclusões, relatando o que os autores concluíram dos resultados, além das implicações clínicas.

- Devem ser acompanhados de 3 a 5 descritores, também em português e em inglês, os quais devem ser adequados conforme o MeSH/DeCS.

3. Texto

- O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências e Legendas das figuras.

- O texto deve ter no máximo de 5.000 palavras, incluindo legendas das figuras,

resumo, abstract e referências.

- Envie as figuras em arquivos separados (ver abaixo).
- Também insira as legendas das figuras no corpo do texto para orientar a montagem final do artigo.

4. Figuras

- As imagens digitais devem ser no formato JPEG ou TIFF, com pelo menos 7 cm de largura e 300 dpis de resolução. Imagens de baixa qualidade, que não atendam as recomendações solicitadas, podem determinar a recusa do artigo.
- As imagens devem ser enviadas em arquivos independentes, conforme sequência do sistema, de cinco em cinco imagens.
- Todas as figuras devem ser citadas no texto.
- Número máximo de 30 imagens por artigo.
- As figuras devem ser nomeadas (Figura 1, Figura 2, etc.) de acordo com a sequência apresentada no texto.
- Todas as imagens deverão ser inéditas. Caso já tenham sido publicadas em outros trabalhos, se faz necessária a autorização/liberação da Editora em questão.

5. Tabelas/Traçados e Gráficos.

- As tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar e não duplicar o texto.
- Devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto.
- Cada tabela deve receber um título breve que expresse o seu conteúdo.
- Se uma tabela tiver sido publicada anteriormente, inclua uma nota de rodapé dando o crédito à fonte original.
- Envie as tabelas como arquivo de texto (Word ou Excel, por exemplo) e não como elemento gráfico (imagem não editável).

6. Comitês de Ética

- O artigo deve, se aplicável, fazer referência ao parecer do Comitê de Ética.

7. Citação de autores

A citação dos autores será da seguinte forma:

7.1. alfanumérica:

- Um autor: Silva²³ (2010)
- Dois autores: Silva;Carvalho²⁵ (2010)
- Três autores ou mais: Silva et al.²⁸ (2010)

7.2. Exemplos de citação:

1. - Quando o autor for citado no contexto:

Exemplo: “Nóbrega⁸ (1990) afirmou que geralmente o odontopediatra é o primeiro a observar a falta de espaço na dentição mista e tem livre atuação nos casos de Classe I de Angle com discrepância negativa acentuada”

2. - Quando não citado o nome do autor usar somente a numeração sobrescrita:

Exemplo: “Neste sentido, para alcançar o movimento dentário desejado na fase de retração, é importante que os dispositivos ortodônticos empregados apresentem relação carga/deflexão baixa, relação momento/força alta e constante e ainda possuam razoável amplitude de ativação¹”

8. Referências

- Todos os artigos citados no texto devem constar nas referências bibliográficas.
- Todas as referências bibliográficas devem constar citadas no texto.
- As referências devem ser identificadas no texto em números sobrescritos e numeradas de acordo com as referências no fim do artigo, onde devem ser apresentadas em ordem alfabética.
- As abreviações dos títulos dos periódicos devem ser normalizadas de acordo com as publicações “Index Medicus” e “Index to Dental Literature”.
- A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. As mesmas devem conter todos os dados necessários à sua identificação.
- As referências devem ser apresentadas no final do texto obedecendo às Normas Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
- Não deve ser ultrapassado o limite de 30 referências.

Utilize os exemplos a seguir:

Artigos com até seis autores

Simplicio AHM, Bezerra GL, Moura LFAD, Lima MDM, Moura MS, Pharoahi M. Avaliação sobre o conhecimento de ética e legislação aplicado na clínica ortodôntica. Revista Orthodontic Science and Practice, Editora Plena. 2013; 6 (22):164-169

Artigos com mais de seis autores

Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follow-up. Br J Cancer. 1996;73:1006-1012.

Capítulo de Livro

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p. 95-152.

Dissertação, tese e trabalho de conclusão de curso

Autor - título, Monografia ou Dissertação ou Tese (Especialização, Mestrado ou Doutorado). Nome da Faculdade. Nome da Universidade, Cidade onde defendeu o trabalho, Estado, Ano e número de páginas.

ARAGÃO, HDN, Solubilidade dos Ionômeros de Vidro Vidrion. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru, SP; 1995 70p.

Formato eletrônico

Autores, Título, Nome do periódico, ano, mês, volume, número ou fascículo, local de publicação, , data de acesso.

Camargo ES, Oliveira KCS, Ribeiro JS, Knop LAH. Resistência adesiva após colagem e recolagem de bráquetes: um estudo in vitro. In: XVI Seminário de iniciação científica e X mostra de pesquisa; 2008 nov. 11-12; Curitiba, Paraná: PUCPR; 2008. Disponível em:

<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PIBIC2008?dd1=2306&dd99=view>

A Revista Orthodontic Science and Practice apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê

Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional sobre estudos clínicos com acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação, o ISRCTN, em um dos registros de ensaios clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE. A OMS define Ensaio Clínico como “qualquer estudo de pesquisa que prospectivamente designa participantes humanos ou grupos de humanos para uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar os efeitos e os resultados de saúde.

Intervenções incluem, mas não se restringem, a drogas, células e outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, procedimentos radiológicos, dispositivos, tratamentos comportamentais, mudanças no processo de cuidado, cuidado preventivo etc.”

Para realizar o registro do Ensaio Clínico acesse um dos endereços abaixo:

Registro no Clinicaltrials.gov

URL: <http://prsinfo.clinicaltrials.gov/>

Registro no International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN)

URL: <http://www.controlled-trials.com>

Outras questões serão resolvidas pelo Editor-Chefe e Conselho Editorial.

9. Provas digitais

- O PDF será enviado ao autor correspondente do artigo por meio de correio eletrônico para aprovação final.
- O autor analisará todo o conteúdo, tais como: texto, tabelas, figuras e legendas, dispondo de um prazo de até 72 horas para a devolução do material devidamente corrigido, se necessário.
- Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Editor-Chefe considerará a presente versão como a final.
- A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.

10. Carta de Submissão

Título do Artigo: _____

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) submete(m) o trabalho intitulado acima à apreciação da Orthodontic Science and Practice para ser publicado, declaro(mos) estar de acordo que os direitos autorais referentes ao citado trabalho tornem-se propriedade exclusiva da Orthodontic Science and Practice desde a data de sua submissão, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação de qualquer natureza, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida junto Orthodontic Science and Practice. No caso de o trabalho não ser aceito, a transferência de direitos autorais será automaticamente revogada, sendo feita a devolução do citado trabalho por parte da Orthodontic Science and Practice . Declaro(amos) ainda que é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer no formato impresso ou eletrônico. Concordo(amos) com os direitos autorais da revista sobre ele e com as normas acima descritas, com total responsabilidade quanto às informações contidas no artigo, assim como em relação às questões éticas.

Data: ___ / ___ / ___

Nome dos autores

Assinatura
