



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE PREVALÊNCIA DE
MÁS OCLUSÕES NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DA
FMD-VISEU-UCP**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:
Carla Machado Martinez

Viseu, 2024



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE PREVALÊNCIA DE MÁS OCLUSÕES NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DA FMD-UISEU-UCP

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:
Carla Machado Martinez

Orientadora: Professora Doutora Susana Falardo

Co-orientadora: Professora Ana Rita Carvalho

Viseu, 2024

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Maria José Correia

(Professor Associado da Faculdade de Medicina Dentária da UCP)

Arguente: Nélio Jorge Veiga

(Professor Associado da Faculdade de Medicina Dentária da UCP)

Orientador: Susana Ramos Falarido

(Professora Assistente de Ortodontia da Faculdade de Medicina Dentária da UCP)

Data das provas públicas: 18 / 7 / 2024

Validação e confirmação pelos serviços escolares:

___ / ___ / ___

*“Só se pode alcançar um grande êxito
quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.”*
- Friedrich Nietzsche

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Susana Falardo por me ter acompanhado o meu crescimento ao longo desta jornada. Por me ter aberto portas e novas oportunidades no mundo da investigação científica. Por ser excelente, empenhada e dedicada enquanto profissional. Obrigada por todos os conselhos e ajuda ao longo dos anos.

Ao Professor Doutor Nélio Veiga, por ter disponibilizado o seu tempo para me ajudar na componente estatística que possibilitou a execução deste trabalho.

À Doutora Rita Carvalho, pela permanente disponibilidade, paciência e amabilidade em todo este trabalho

Aos meus pais, por sempre serem os maiores apoiantes deste meu sonho e de me ajudarem a realizá-lo. Por me ensinarem a nunca desistir de mim. Obrigada por me tornarem na pessoa que sou. Sem vocês nada disto seria possível.

À minha irmã, que sempre esteve presente em todas as minhas conquistas e etapas deste processo.

À minha avó, por ouvir os meus desabafos, pela paciência e por estar sempre presente.

Ao meu padrinho, por acreditar em mim e por ser a minha maior alegria nestas conquistas.

À Cristina, a minha binónia (327), por me ter ajudado a crescer nestes 3 anos clínicos, por ser o motivo da minha boa disposição na clínica, por ser um ombro amigo e por todos os risos partilhados.

Aos meus amigos, Leandro, Mélanie, Beatriz, Duarte, José, Tatiana e Francisco por tornarem estes 5 anos académicos mágicos. Sem vocês este percurso em Viseu não teria sido o mesmo. Obrigada por terem sido a minha segunda família.

Aos meus amigos pelo apoio incondicional nesta aventura de 5 anos. Obrigada por serem a minha estabilidade nesta etapa, isto também é graças a vocês.

Aos meus pacientes, pelo voto de confiança.

A todos vocês que não foram mencionados, o meu mais grato e sincero “obrigada”.

RESUMO

Introdução: Os estudos epidemiológicos têm um papel essencial para determinar o tamanho dos problemas de saúde, provendo dados indispensáveis e originando e analisando hipóteses de associações, se existirem. Estas informações permitem definir estratégias e desenvolver planos de saúde.

O médico dentista tem um papel fundamental na identificação, diagnóstico e tratamento de estas anomalias, sendo que dados sobre a prevalência de más oclusões e hábitos parafuncionais, são relevantes no planeamento de serviços ortodônticos de excelência.

Objetivos: O principal objetivo do presente estudo é caracterizar epidemiologicamente a prevalência da má oclusão de classe I, II, III, na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu no ano letivo 2021/2022 e 2022/2023.

Materiais e Métodos: Este estudo incluí 49 pacientes, utentes da Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu, identificados com vários tipos de mal oclusão, no período compreendido entre 2021 e 2023. A recolha de dados fez-se através da consulta dos registos clínicos, foram analisados dados como má oclusão de classe I, II, III; outras más oclusões como mordidas abertas, mordidas cruzadas, overbite e overjet; hábitos parafuncionais; respiração oral; idade; género; amamentação; bruxismo. Os dados recolhidos foram analisados no programa estatístico SPSS.

Resultados: Observou-se prevalência de má oclusão de Classe I e II em 38,8% (n=19), das quais, 6,1% representa a Classe II Divisão 2. A Classe III registou valores de prevalência de 22,4% (n=11).

Conclusão: Os resultados deste estudo mostram diferenças notáveis em relação às médias globais reportadas para as prevalências de má oclusão Classe I, II e III. Essas diferenças podem ser influenciadas por vários fatores, incluindo variações genéticas, ambientais, metodológicas e demográficas

Palavras-chave: Epidemiologia; Ortodontia; Má oclusão; Viseu

ABSTRACT

Introduction: Epidemiological studies play an essential role in determining the magnitude of health problems, providing indispensable data, and generating and analyzing hypotheses of associations, if any. This information enables the definition of strategies and the development of health plans. Dentists have a fundamental role in identifying, diagnosing, and treating these anomalies, as data on the prevalence of malocclusions and parafunctional habits are relevant in planning excellent orthodontic services.

Objectives: The primary objective of the present study is to epidemiologically characterize the prevalence of Class I, II, and III malocclusions at the University Dental Clinic of UCP-Viseu during the academic years 2021/2022 and 2022/2023.

Materials and Methods: This study includes 49 patients, users of the University Dental Clinic of UCP-Viseu, identified with various types of malocclusions during the period between 2021 and 2023. Data collection was carried out through the consultation of clinical records, analyzing data such as Class I, II, and III malocclusions; other malocclusions like open bites, crossbites, overbite, and overjet; parafunctional habits; mouth breathing; age; gender; breastfeeding; and bruxism. The collected data were analyzed using the statistical software SPSS.

Results: A prevalence of Class I and II malocclusions was observed in 38.8% (n=19) of the cases, with 6.1% representing Class II Division 2. Class III malocclusions showed a prevalence of 22.4% (n=11).

Conclusion: The results of this study reveal notable differences compared to the global averages reported for the prevalences of Class I, II, and III malocclusions. These differences may be influenced by various factors, including genetic, environmental, methodological, and demographic variations.

Keywords: Epidemiology; Orthodontics; Malocclusion; Viseu

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS..... V

RESUMO..... VII

ABSTRACT.....	VIII
ÍNDICE DE TABELAS	XII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS:	XIV
1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS.....	16
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
3.1 Delineamento experimental	17
3.1.1 Questões éticas e deontológicas	17
3.2 Amostra populacional.....	17
3.2.1 Número de casos	17
3.3. Recolha de dados	18
3.3.1 Confidencialidade dos dados	18
3.4 Variáveis em estudo.....	18
3.5 Análise estatística	18
4. RESULTADOS.....	19
4.1 Indivíduos da amostra que consultaram a consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu	19
4.1.1 Análise descritiva	19
4.1.1.1 Género	19
4.1.1.2 Idade.....	20
4.1.1.3 Hábitos Parafuncionais	21
4.1.1.4 Tipos de Mordida	22
4.1.1.5 Tipos de Respiração	23
4.1.1.6 Classe Dentária	24
4.1.1.7 Prevalência da Classe Esquelética	25
4.2 Relação entre a Classe esquelética e os outros fatores nos indivíduos que consultaram a consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu	26
4.2.1 Análise descritiva	26
4.2.1.1 Prevalência da Relação entre a Classe Esquelética e o Género;.....	26
4.2.1.2 Prevalência da Relação entre a Classe Esquelética e a Idade.....	27
4.2.1.3 Prevalência da Relação entre a Classe Esquelética e os Hábitos Parafuncionais	28
4.2.1.4 Prevalência da Relação entre Classe Esquelética e os Tipos de Mordida;	30
4.2.1.5 Prevalência da Relação entre Classe Esquelética e os Tipos de Respiração	32
4.2.1.6 Prevalência da Relação entre Classe Esquelética e a Classe Dentária.....	33
4.3 Limitações do estudo.....	34
5.DISSCUSSÃO DE RESULTADOS	35
5.1. Prevalência da má oclusão de classe I, II, III, na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu	35
5.2 Género	36
5.3 Idade	37
5.4 Hábitos parafuncionais.....	38
5.5 Tipos de mordida	39

5.6 Tipos de respiração.....	41
5.7 Classe dentária	42
6.CONCLUSÃO	43
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
8. ANEXOS	47
Anexo I- Documentação enviada para a Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa.....	48
Anexo II & III- Carta de aceitação e Diploma da participação no “6th International Conference on Dentistry & Oral Health (6th ICDOH- 2024)”	67
Anexo IV- Tabelas e Gráficos para análise de resultados.....	68

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Tabela com a comparação da Prevalência da Classes Esqueléticas com as idades nos pacientes presentes na consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.....	27
Tabela 2: Tabela com a comparação da Prevalência da Classes Esqueléticas com os hábitos parafuncionais nos pacientes presentes na consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.....	29
Tabela 3: Tabela com a comparação da Prevalência da Classes Esqueléticas com os tipos de mordida, nos pacientes presentes na consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.	31
Tabela 4: Tabela com a comparação da Prevalência da Classes Esqueléticas com os tipos de respiração, nos pacientes presentes na consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.	32
Tabela 5: Tabela com a comparação da Prevalência da Classes Esqueléticas com a Classe Dentária nos pacientes presentes na consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1: Gráfico de barras com a percentagem dos géneros presentes na consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.....	19
Figura 2: Gráfico de barras das faixas etárias presentes na consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.....	20
Figura 3: Gráfico com a percentagem dos hábitos parafuncionais presentes na consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.....	21
Figura 4: Gráfico de barras com a percentagem dos tipos de mordida presentes nos pacientes, na consulta de Ortodontia, na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu...	22
Figura 5: Gráfico com a percentagem dos tipos de respiração presentes na consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.....	23
Figura 6: Gráfico de barras com a percentagem das Classes Dentárias presentes na consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.....	24
Figura 7 e 8: Gráficos com a percentagem da Prevalência da Classes Esqueléticas presentes na consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu ..	25
Figura 9: Gráfico com a percentagem da Prevalência da Classes Esqueléticas em relação ao género dos pacientes presentes na consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS:

OMS- Organização Mundial de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos têm um papel essencial para determinar o tamanho dos problemas de saúde, provendo dados indispensáveis e originando e analisando hipóteses de associações, se existirem. Estas informações permitem definir estratégias e desenvolver planos de saúde. A qualidade destes estudos epidemiológicos deve ser estimada de forma crucial e será indispensável reunir os seus resultados, sempre que possível.(1)

A Organização Mundial da Saúde refere-se a mal oclusão como uma anomalia dento-facial incapacitante. (2) .

O conceito de mal oclusão tem como definição uma alteração das relações normais entre as estruturas esqueléticas, musculares e dentárias(3) , podendo condicionar a aparência estética, a harmonia facial, o bem-estar e a função. (2) . Muitos fatores contribuem para a anomalia na dentição, incluindo aspetos hereditários e ambientais.(2)

Alguns estudos têm demonstrado que certos fatores ambientais provocam a má oclusão como, por exemplo, certos hábitos alimentares, como consumir alimentos de baixa consistência, que diminuem as forças mastigatórias.(4)

As doenças dentárias mais comuns como a cárie dentária, lesões pulpares e periapicais, trauma dentário, anormalidade do desenvolvimento e hábitos orais são apenas exemplos que se relacionam com a má oclusão.(2) Os médicos dentistas tem um papel importante na prevenção, diagnosticando precocemente estas condições, a fim de preservar ou restaurar a saúde oral e a qualidade de vida dos pacientes.(3)

Segundo a literatura, a espessura dos tecidos moles está relacionada com a má oclusão esquelética. Esta condição genética resulta de alterações no desenvolvimento maxilar e/ou mandibular, sendo classificada em três categorias: na classe I, a maxila e a mandíbula estão equilibradas; na classe II, a maxila se projeta à

frente da mandíbula (maxila prognática); na classe II, divisão 1, os dentes anteriores superiores são proinclinados, com uma sobressaliência significativa. Na classe II, divisão 2, os dentes anteriores superiores são retroinclinados, com uma sobremordida profunda. Na classe III, a maxila se posiciona posteriormente à mandíbula (maxila retrognática).(5)

A má oclusão está em muitas situações relacionada com hábitos parafuncionais ou respiração oral, pelo que a prevenção permite o tratamento de distúrbios do crescimento crânio facial. Os hábitos parafuncionais influenciam o padrão de crescimento esquelético, o formato de arcada dentária e a posição dos dentes na arcada dentária. A respiração oral também interfere no padrão de crescimento craniofacial favorecendo a má oclusão.(4)

O bruxismo, também considerado um hábito parafuncional, é bastante comum e quando frequente pode causar repercussões como desgaste dentário, sinais e sintomas de disfunção temporomandibular, dor de cabeça, sensibilidade ou dor de dentária, mobilidade dentária e algumas adversidades com restaurações dentárias, próteses removíveis e/ou fixas, em situações extremas levando à fratura das mesmas.(6) Caso este já esteja estabelecido é necessário aplicar terapêutica adequada para facilitar o crescimento esquelético eugnático.(4)

Na literatura ainda não existe um consenso se as consequências do bruxismo estarão relacionadas com a má oclusão.(6)

É necessário intervir precocemente em relação aos hábitos parafuncionais para impedir o seu desenvolvimento ou agravamento da má oclusão pois, quando estes se tornam repetitivos pode ter uma série de consequências negativas.(4)

A personalidade de um indivíduo é notavelmente influenciada pela maneira como se apercebe da sua aparência. Quando confrontado com má oclusão, especialmente de natureza anterior, respostas sociais adversas são desencadeadas, resultando em uma possível decadência da sua autoimagem.(7)

Nos jovens adultos, uma redução da autoestima e a crença de inferioridade em comparação com o seu redor é uma questão essencial, frequentemente afetando a qualidade de vida, pois limita as interações sociais e, assim sendo, as oportunidades de uma pessoa tanto no campo profissional como no campo pessoal.(7)

Nos modelos, a influência da atratividade varia conforme o nível de atratividade dentária, facial, social e intelectual, além do sexo do modelo. Observou-se que o impacto da estética dentária é pouco significativo, mas sendo assim, mais pronunciado em rostos considerados mais atraentes. A percepção de integridade, atratividade social e intelectual é notavelmente influenciada pela estética dentária, e esses efeitos são mais marcantes e consistentes em rostos masculinos.(7)

A prevalência de uma má oclusão Angle Classe I, Classe II e Classe III é elevada na população geral, atingindo uma prevalência média de 51,9%, 23,8% e 6,5%, respectivamente. Em relação ao overjet, overjet invertido, overbite e mordida aberta, de acordo com a literatura não foi determinado nenhum meio de contabilização devido à grande variação nas definições, medições, metodologias e pontos de corte entre os estudos.(8)

Muitos dos estudos indicam que a má oclusão de classe II é principalmente causada pelo posicionamento distal do primeiro molar inferior em relação ao primeiro molar superior. Para estes pacientes as opções de tratamento ortodôntico incluem extrações de 3 ou 4 pré-molares. Certas pesquisas sugerem que as extrações de 3 pré-molares têm uma taxa de maior sucesso em comparação com as extrações de 4 pré-molares no tratamento de maloclusões de classe II. No entanto, segundo o estudo realizado por Cortés et al. 2011 a longo prazo, a estabilidade dos casos finalizados é semelhante em ambas as abordagens.(9)

A nível de patologias orais, de acordo com a OMS a má oclusão é uma das três patologias orais mais presentes na população. A oclusão é avaliada em todos os tipos de dentição (decídua, mista e permanente). Estatisticamente, em vários estudos foi comprovado que a maioria dos pacientes ortodônticos é tratado na fase de dentição permanente precoce ajudando assim a prevenir complicações e trazendo assim benefícios a curto e longo prazo.(10)

Considera-se que as funções que envolvem o aparelho estomatognático (sucção, respiração, fala, mastigação, deglutição) sejam os elementos que mais influenciam o modelo de desenvolvimento esquelético facial e a posição dos dentes na arcada dentária. A má oclusão normalmente está relacionada a um compromisso de algum tipo de crescimento eugnático que cinge, em várias graus, a mandíbula, a maxila e a matriz funcional como a língua ou os músculos oro faciais.(11)

Segundo a literatura, existe uma ligação entre hábitos orais parafuncionais e má oclusão. Esses hábitos tem um impacto relevante na progressão da má oclusão tal como a alimentação com biberon, sucção de dedo e/ou chupeta, respiração bucal e bruxismo. Também existem outros fatores tal como roer as unhas e ressonar que também estão associados à má oclusão. Em fases avançadas, a má oclusão pode contribuir para disfunção da articulação temporomandibular.(12) O rastreio destes hábitos e de fatores de risco pode diminuir a prevalência de más oclusões na sociedade.(13)

Num estudo realizado em Shanghai, por Zhou et al. 2017, foi determinado a prevalência de más oclusões em crianças entre os 3 e os 5 anos foi de 83,9% sendo que destes, 63,5% foi sobremordida profunda, 33,9% por overjet profundo, 26,6% desvio da linha média, 8% em mordida cruzada anterior e por fim, 6,5% em aglomeração anterior. O estudo também observou uma prevalência superior de anomalias verticais.(14)

Outro estudo realizado por De Ridder et al. 2022, revelou que a mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior e mordida cruzada com deslocamento funcional foi de 7,8%, 9,0% e 12,2%, respetivamente. A prevalência de hipodontia e hiperodontia foi de 6,8% e 1,8%, respetivamente. Para dentes impactados, erupção ectópica e transposição, foram encontradas médias de 4,9%, 5,4% e 0,5%, respetivamente.(8)

Egić et al em 2022, observou na Eslovénia, que os dados epidemiológicos sobre a prevalência de má oclusão podem variar entre 11% até 93%.(10)

Alguns estudos a mordida aberta anterior é a má oclusão mais comum, com uma prevalência de 19%, seguida por mordida cruzada posterior unilateral com 13,3%. Estes estudos referem que, 31% dos pais neste estudo relataram que as crianças, tiveram impactos negativos na qualidade de vida devido a más oclusões.(1)

De acordo com Abate et al. em 2020, parece existir uma relação entre a amamentação e a redução de risco de mal oclusão, sendo este, um fator positivo pois, diminui a incidência da mordida cruzada posterior, classe esquelética II e distocclusão na dentição primária e mista.(11) Assim sendo, a amamentação por 6 meses diminuí o risco de mordida cruzada posterior e má oclusão de classe II na dentição primária e mista por isso, é um dos fatores mais essenciais de um crescimento crânio facial, pois promove o selamento labial adequado, a função mandibular e a posição correta da língua contra o palato.(11)

Estudos preliminares reforçam que o uso de chupeta altera a relação entre amamentação e má oclusão na dentição primária. Os resultados do estudo realizado por Costa et al. 2018 indicam que o efeito protetor da amamentação contra a má oclusão foi neutralizado pelo uso de chupeta em crianças predominantemente amamentadas, porém, essa neutralização não ocorreu entre aquelas que foram exclusivamente amamentadas.(15)

No Brasil, uma pesquisa conduzida por Jordão et al. em 2015 revelou uma elevada prevalência de má oclusão em crianças de 12 anos, associada a variáveis individuais e contextuais. As disparidades em sua distribuição foram influenciadas pela localização das escolas nos distritos de saúde da cidade e pelo nível de escolaridade da mãe. Para mais, constatou-se uma associação entre má oclusão e condições periodontais adversas.(16)

A grande necessidade em definir as características ortodônticas e de má oclusão, causa uma grande variedade de abordagens na literatura que torna os dados muitas das vezes não fidedignos.(8)

Num estudo de prevalência de más oclusões realizado por Alhammadi et al. 2018 foi relatado que as más oclusões mais comuns foram Classe I e II, no entanto a

Classe III e a mordida aberta foram as mal oclusões menos frequentes. Na população negra ficou demonstrado que a má oclusão mais frequente é a Classe I e a mordida aberta, em contraoposição a populações caucasiana revelou maior prevalência de má oclusão de Classe II. Na comparação de prevalência por continentes, verificou-se que a Classe II é maior no continente europeu face aos restantes continentes.(1)

O médico dentista tem um papel fundamental na identificação, diagnóstico e tratamento de estas anomalias, sendo que dados sobre a prevalência de más oclusões e hábitos parafuncionais, são relevantes no planeamento de serviços ortodônticos de excelência.(10)

Pelo que, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar a prevalência de má oclusão da Consulta da Ortodontia na clínica universitária da Universidade Católica Portuguesa localizada em Viseu.

2. OBJETIVOS

O principal objetivo do presente estudo é caracterizar epidemiologicamente a prevalência da má oclusão de classe I, II, III, na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

E como objetivos secundários:

- Determinar qual a prevalência de ou outras más oclusões como mordidas abertas, mordidas cruzadas, overbite e overjet;
- Avaliar a relação da má oclusão com hábitos parafuncionais ou nefastos (sucção digital, chupeta ou outro);
- Avaliar a relação da má oclusão com a respiração oral;
- Avaliar a relação entre a má oclusão e a idade;
- Avaliar a relação entre a má oclusão e o género;
- Avaliar a relação entre a amamentação e a má-oclusão;
- Avaliar a relação entre a má oclusão e o bruxismo.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento experimental

Este estudo caracteriza-se por ser um estudo retrospectivo a 1 ano, executado na Consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu. A recolha de dados será realizada com recurso ao arquivo dos processos clínicos, da consulta ortodôntica, que inclui: história clínica, radiografias, modelos de estudo, fotografias intraorais e extra orais.

3.1.1 Questões éticas e deontológicas

Por se tratar de uma investigação que envolve a recolha de dados pessoais, foi necessário requerer autorização à Comissão de Ética para a saúde da Universidade Católica Portuguesa. Deste modo, foram submetidos à CE todos os documentos necessários à aprovação do estudo, nomeadamente um protocolo de confidencialidade de dados, que se encontra descrito no ponto 3.3.1. O pedido foi deferido no dia 27 de Novembro de 2023, e aceite no dia 19 de Janeiro de 2024. (Anexo I).

3.2 Amostra populacional

A população do estudo foi de 49 indivíduos que incluíu todos os pacientes que acederam à Consulta de Ortodontia, na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

3.2.1 Número de casos

Foram incluídos todos os indivíduos que realizaram primeiras consultas de ortodontia, independentemente de prosseguirem com tratamento ortodôntico preconizado e indivíduos que deram início ao tratamento e cuja primeira consulta foi realizada há mais de um ano.

3.3. Recolha de dados

Teve início em fevereiro de 2024, pois foi necessário aguardar a aprovação por parte da Comissão de ética, que foi aceite dia 17 de janeiro de 2024, e esta recolha terminou no final de fevereiro de 2024.

3.3.1 Confidencialidade dos dados

O caderno de recolha de dados foi elaborado ao abrigo da Convenção de Helsínquia segundo o Artigo 24 de forma a preservar o anonimato dos indivíduos da amostra e a confidencialidade dos dados recolhidos.

3.4 Variáveis em estudo

Os dados recolhidos para análise serão os seguintes:

1. Má oclusão de classe I, II, III;
2. Outras más oclusões como mordidas abertas, mordidas cruzadas, overbite e overjet;
3. Hábitos parafuncionais;
4. Respiração oral;
5. Idade;
6. Género;
7. Amamentação;
8. Bruxismo.

3.5 Análise estatística

Para a análise estatística do presente estudo retrospectivo, recorreu-se ao *software* de análise estatística de dados do *IBM SPSS[®] (Statistical Package for the Social Science)*, versão 27.0.1.

Os dados serão analisados por um estatístico.

4. RESULTADOS

4.1 Indivíduos da amostra que consultaram a consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu

4.1.1 Análise descritiva

4.1.1.1 Género

Os participantes deste estudo, são no total 49 indivíduos. Estes apresentaram uma distribuição idêntica, em relação à distribuição por género, sendo 25 do género masculino (51,02%) e 24 do género feminino (48,98%). (Anexo III- 1)

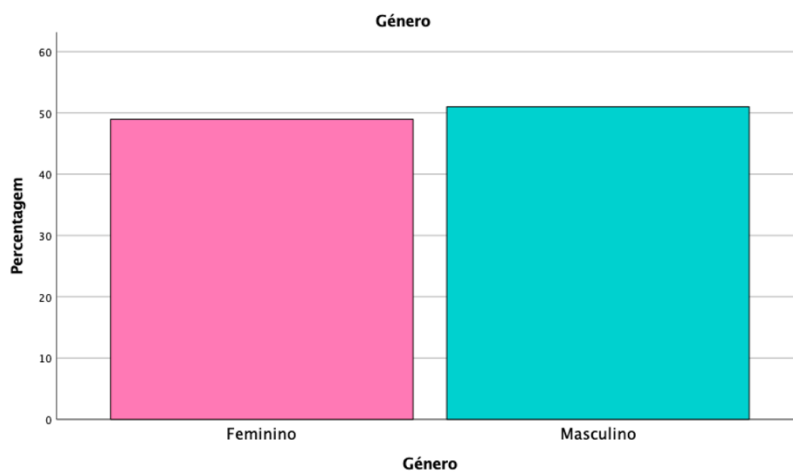


Figura 1: Gráfico de barras com a percentagem dos presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

4.1.1.2 Idade

As idades dos indivíduos da amostra variaram entre 5 e os 49 anos.

Foram criadas diferentes grupos de faixas etárias, destacando-se com 49% (n=24) o intervalo das idades 10-19 anos, seguido com 26,5% (n=13) o intervalo dos 1-9 anos.

A faixa etária dos 20-29 anos obteve 12,2% (n=6) e com 6,1%% (n=3) o intervalo de 30-39 anos. Por fim, com 6,1% (n=2) os pacientes entre os 40-49 anos. (Anexo III-2)

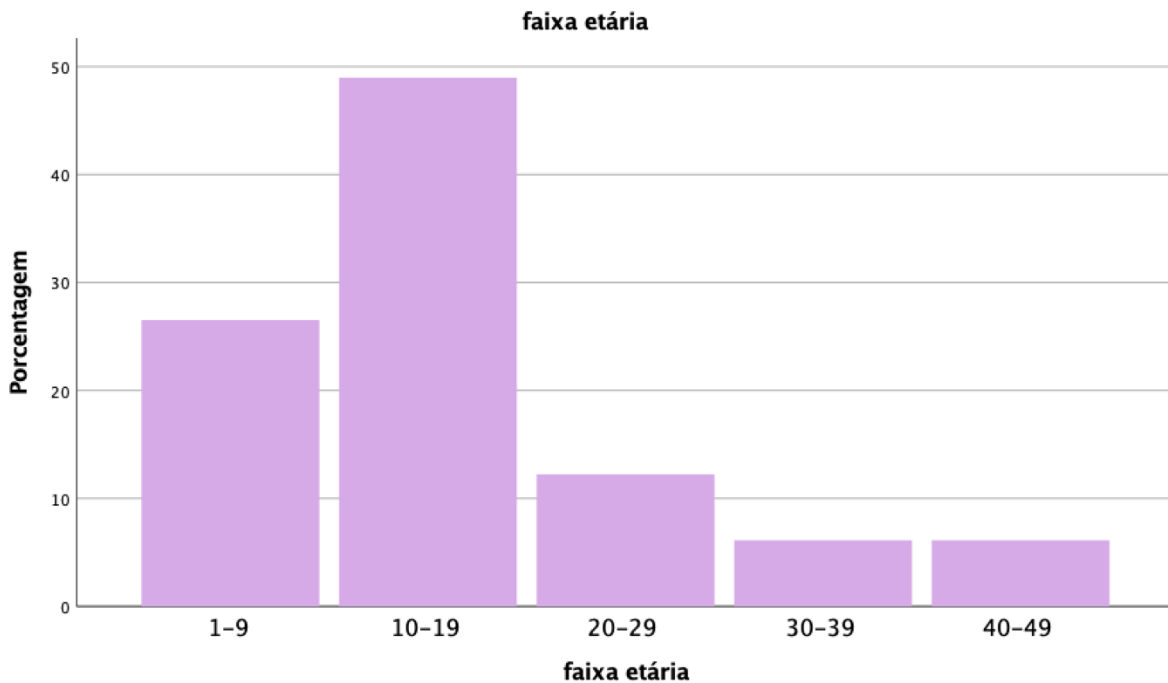


Figura 2: Gráfico de barras das faixas etárias presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

4.1.1.3 Hábitos Parafuncionais

Verificou-se que 23 indivíduos da amostra não apresentaram nenhum hábito parafuncional (46,9%). O hábito parafuncional mais presente foi onicofagia em 12 indivíduos da amostra (24,5%), seguido pela interposição da língua em 5 pacientes (10,2%) e em 4 indivíduos da amostra o hábito de morder o lábio (8,2%).

Os dados revelaram que 2 indivíduos da amostra realizavam sucção digital/chupeta ambos com 4,1% e 1 indivíduo da amostra morde as tampas da caneta (2%). (Anexo III- 3)

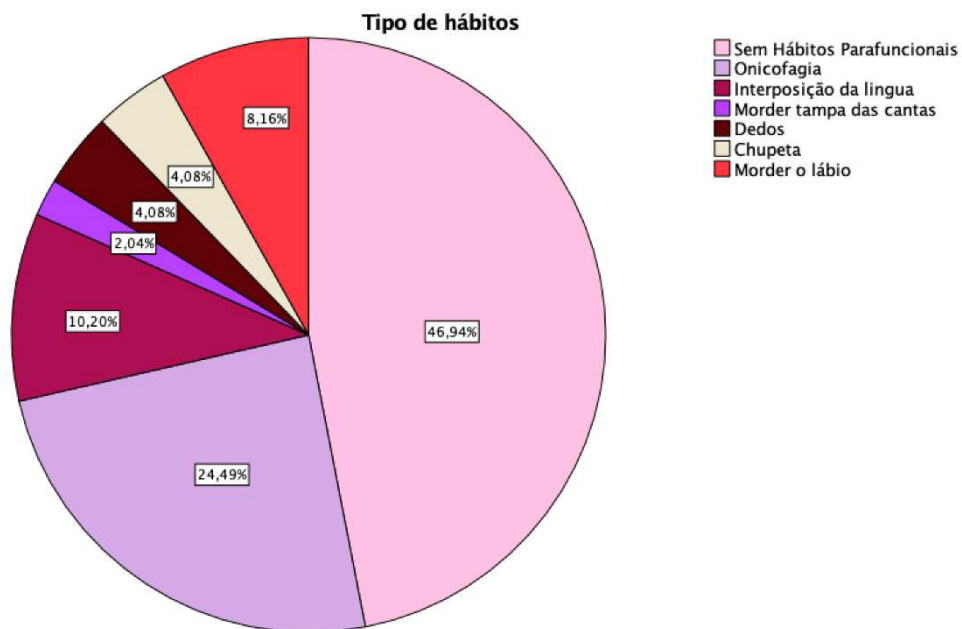


Figura 3: Gráfico com a percentagem dos hábitos parafuncionais presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

4.1.1.4 Tipos de Mordida

Nesta amostra, a Mordida Cruzada Posterior Unilateral Direita e a Mordida Cruzada Anterior Unilateral esquerda, tiveram maior prevalência com valores observados em ambas de 12,2% (n=6), seguido da Mordida Cruzada Posterior, Mordida aberta, Mordida Profunda e Mordida Cruzada Posterior Bilateral com 6,1% (n=3) cada uma.

Dois indivíduos revelaram Mordida Cruzada Anterior Unilateral direita em 4,1% da amostra. Por fim, a Mordida Cruzada Posterior Unilateral esquerda e a combinação da Mordida Cruzada Anterior e Posterior Unilateral esquerda, ambas com 2% (n=1).

Da totalidade dos participantes 24 pacientes não apresentaram qualquer patologia (49%). (Anexo III- 4)

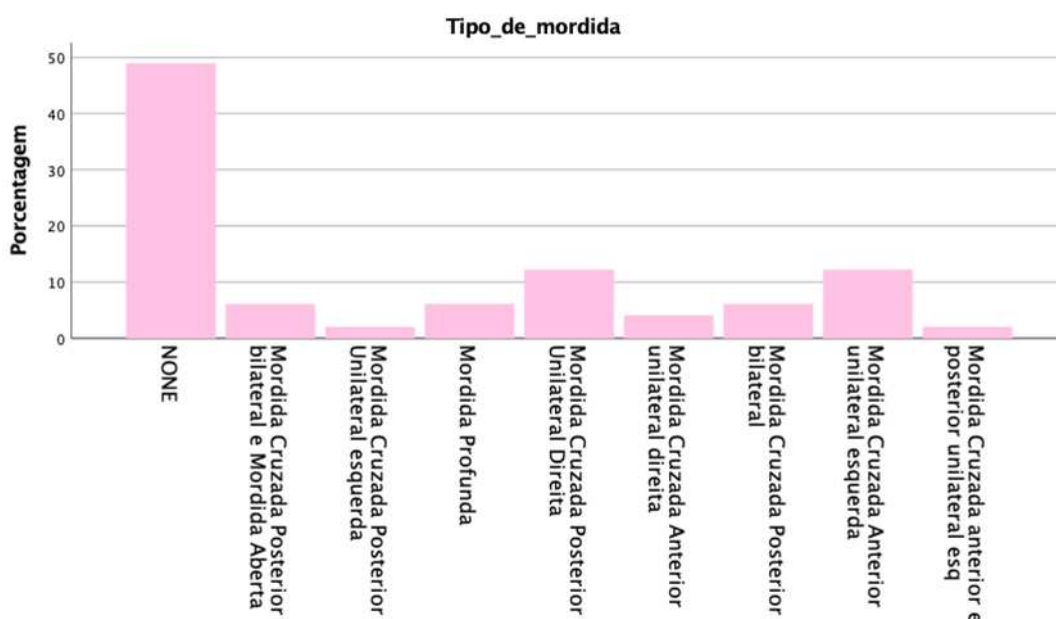


Figura 4: Gráfico de barras com a percentagem dos tipos de mordida presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

4.1.1.5 Tipos de Respiração

Nos questionários são referidos 3 tipos de respiração: respiração oral, respiração nasal e respiração mista.

A respiração nasal representa 59,2% da amostra (n=29), seguido da respiração mista com 32,7% (n=16). A respiração oral apresentou 8,2% (n=4). (Anexo III-5)

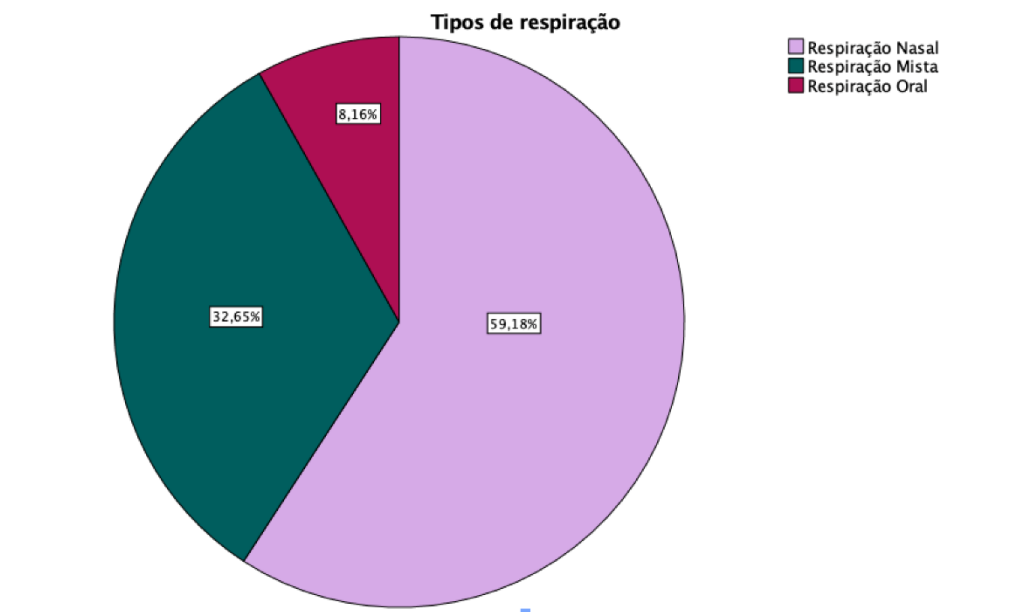


Figura 5: Gráfico com a percentagem dos tipos de presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

4.1.1.6 Classe Dentária

Nesta amostra de 49 indivíduos da consulta de Ortodontia verificou-se uma prevalência de Classe I Molar com 49% (n=24), seguido de 18.4% em Classe III (n=9), e por fim, Classe II com 16,3% (n=8).

Com uma menor percentagem, destacou-se Classe I Molar direita e Classe II Molar esquerda com 8,2% (n=4) e finalizando com Classe III Molar direita e Classe II Molar esquerda) e Classe II Molar direita e Classe I Molar esquerda ambos com 4,1% (n=2). (Anexo III-6)

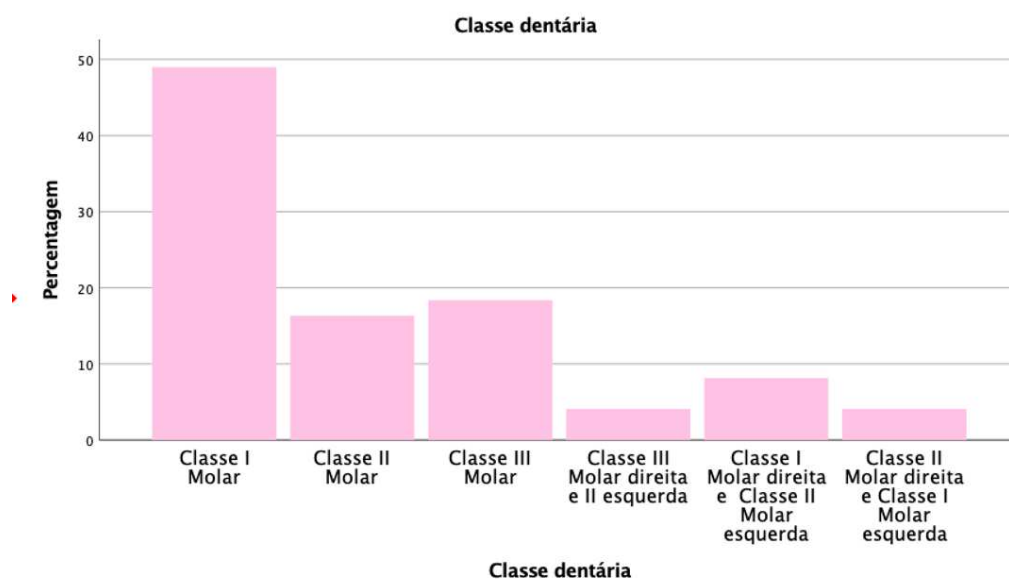


Figura 6: Gráfico de barras com a percentagem das Classes Dentárias presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

4.1.1.7 Prevalência da Classe Esquelética

A prevalência de má oclusão tipo Classe I foi de 38,8% (n=19), a Classe II registou 38,8% (n=19), sendo que 6,1% representa a Classe II Divisão 2. Por fim, a Classe III representa 22,4% (n=11) dos indivíduos da amostra. (Anexo III-7,8)

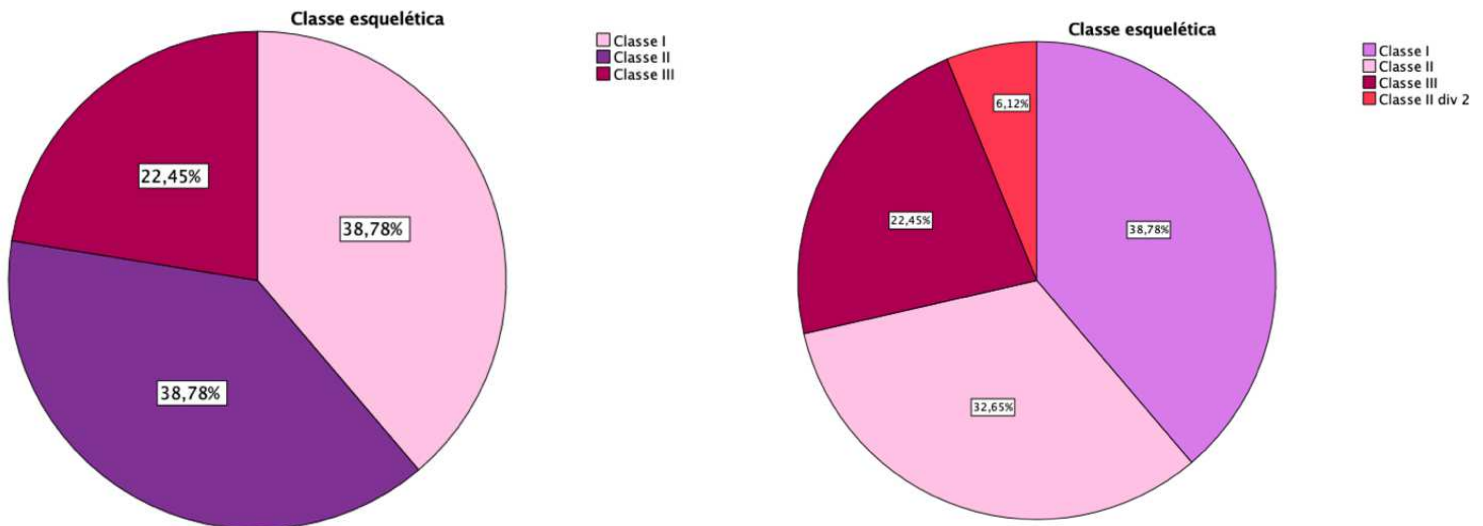


Figura 7 e 8: Gráficos com a percentagem da Prevalência da Classes Esqueléticas presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

4.2 Relação entre a Classe esquelética e os outros fatores nos indivíduos que consultaram a consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu

4.2.1 Análise descritiva

4.2.1.1 Prevalência da Relação entre a Classe Esquelética e o Género;

Em relação a divisão por género, foi notória uma maioria de classe II no género masculino (n=11), classe III (n=8), classe I (n=5) e classe II divisão 2 (n=1) com percentagens de, respetivamente, 22,4%, 16,3, 10,2% e 2,1%.

No género feminino houve uma prevalência de classe I (n=14), classe II (n=5), classe III (n=3) e classe II divisão 2 (n=2) com percentagens de, respetivamente, 28,6%, 10,2%, 6,1% e 4,1%. (Anexo III-9)



Figura 9: Gráfico com a percentagem da Prevalência da Classes Esqueléticas em relação ao género dos pacientes presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

4.2.1.2 Prevalência da Relação entre a Classe Esquelética e a Idade

Na avaliação das faixas etárias, verificou-se que 49% (n=24) se encontra no intervalo das idades compreendidas entre os 10-19 anos de idade. Observou-se que a Classe I (n=9), Classe II (n=8), Classe II Divisão 2 (n=3) e Classe III (n=4), representam respetivamente, 18,4%, 16,3%, 6,1% e 8,2%, da amostra. A prevalência de 26,5% (n=13) foi observado no intervalo de idades compreendidas entre os 1-9 anos, e a prevalências das Classes I (n=7), II (n=4), e III (n=2) correspondem a 14,3%, 8,2% e 4,1%, respetivamente.

A faixa etária dos 20-29 anos de idade apresentou, 12,2% (n=6) sendo que a Classe I, II e III apresentam ambos valores de 4,1% (n=2). No intervalo de idades compreendidas entre 30-39 anos, a Classe I, II e III representam 2% (n=1), cada um. A faixa etária compreendida entre os 40-49 anos de idade, apresenta uma prevalência de 4,1% na Classe III (n=2) da amostra e a Classe II (n=1) com 2%.

Abaixo pode consultar-se a tabela com a frequência absoluta, percentagem e as faixas etárias escolhidas. (Anexo III-10)

Tabela 1: Tabela com a comparação da Prevalência da Classes Esqueléticas com as idades presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

		faixa etária (anos)					Total
		1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	
Classe_esqueletica	Classe I	7	9	2	1	0	19
	Classe II	4	8	2	1	1	16
	Classe III	2	4	2	1	2	11
	Classe II div 2	0	3	0	0	0	3
Total		13	24	6	3	3	49

4.2.1.3 Prevalência da Relação entre a Classe Esquelética e os Hábitos Parafuncionais

Vinte e três (23) indivíduos, representando 46,9% da amostra, não apresentam qualquer hábito parafuncional a Classe II (n=9), Classe I (n=6), Classe II Divisão 2 (n=6) e Classe III (n=2), respectivamente 18,4%, 12,2%, 12,2% e 4,1%.

Destes indivíduos da amostra, 12 deles (24,5%) tem onicofagia. Destes, 7 indivíduos tem uma Classe I esquelética (14,3%), 2 indivíduos tem uma Classe II esquelética (4%), 1 indivíduo da amostra com Classe esquelética (n=1) e 2 indivíduos tem uma Classe III (4,1%).

A Interposição da língua (10,2%) verificou-se em 5 indivíduos. Sendo que a Classe I (n=1), Classe II (n=2), Classe III (n=2), representa uma percentagem de 2%, 4,1% e 4,1%, respectivamente. Apenas 1 indivíduo tem o hábito parafuncional de morder as tampas das canetas, apresentando uma Classe I esquelética e representando 2%.

Em relação a sucção digital, verifica-se que 2 indivíduos da amostra apresentam Classe II esquelética (4,1%). Também 2 indivíduos ainda utilizaram chupeta tem uma Classe I esquelética (4,1%). Representando 8,2% do total dos indivíduos que mordem o lábio com Classe I (n=2), Classe II (n=1) e Classe III (n=1) com percentagem 4,1%, 2% e 2%, respectivamente. (Anexo III-11)

Tabela 2: Tabela com a comparação da Prevalência da Classes Esqueléticas com os hábitos parafuncionais presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

Habitos		Classe_esqueletica				Total
		Classe I	Classe II	Classe III	Classe II div 2	
Sem hábitos Parafuncionais		6	9	6	2	23
Onicofagia		7	2	2	1	12
Interposição da lingua		1	2	2	0	5
Morder tampa das cantas		1	0	0	0	1
Dedos		0	2	0	0	2
Chupeta		2	0	0	0	2
Morder o lábio		2	1	1	0	4
Total		19	16	11	3	49

4.2.1.4 Prevalência da Relação entre Classe Esquelética e os Tipos de Mordida;

Nos tipos de mordida, foi grande a percentagem de indivíduos que não apresentou qualquer tipo de mordida com 49% (n=24), em que a Classe I representa 20,4% (n=10), a Classe II representa 18,4% (n=9), a Classe II Divisão 2 representa 6,1% (n=3) e a Classe III representa 4,1% (n=2).

Na Mordida Cruzada Posterior Unilateral esquerda com 2% (n=1) corresponde a Classe Esquelética III. A Mordida Profunda observa-se em 2% (n=1) da amostra, representando uma Classe I esquelética e 4,1% (n=2) uma Classe II esquelética.

Com uma prevalência de 6,1% (n=6) a Mordida Cruzada Posterior Unilateral Direita, está presente nas Classes I (n=4) e Classe III (n=2) representando 8,2% e 4,1%, respetivamente.

Da análise de prevalência da Mordida Cruzada Posterior Bilateral e Mordida Aberta verifica-se a presença em 6,1% (n=3) da amostra. Sendo que, 2% corresponde a Classe I esquelética (n=1) e 4,1% corresponde a Classe III esquelética (n=2).

A Mordida Cruzada Posterior Bilateral representa 6,1% (n=3) da amostra distribuindo-se uniformemente pelas Classes esqueléticas (I, II, III), com 2% (n=1) para cada uma. Na Mordida Cruzada Anterior e Posterior Unilateral esquerda com apenas 1 individuo predominantemente com uma Classe III esquelética representando (2%).

A Mordida Cruzada Anterior Unilateral Direita verifica-se em 2% da Classe II esquelética (n=1) e o mesmo resultado na Classe III (n=1).

A Mordida Cruzada Anterior Unilateral Esquerda representa 12,2% (n=6), da amostra, observando-se uma Classe I (n=2) em 4,1%, uma Classe II em 6,1% (n=3) e uma Classe III em 2% (n=1) dos indivíduos. (Anexo III- 12)

Tabela 3: Tabela com a comparação da Prevalência da Classes Esqueléticas com os tipos de mordida, presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

Tipo_de_mordida		Classe_esqueletica				Total
		Classe I	Classe II	Classe III	Classe II div 2	
Tipo_de_mordida	NONE	10	9	2	3	24
	Mordida Cruzada Posterior Unilateral esquerda	0	0	1	0	1
	Mordida Profunda	1	2	0	0	3
	Mordida Cruzada Posterior Unilateral Direita	4	0	2	0	6
	Mordida Cruzada Posterior bilateral e Mordida Aberta	1	0	2	0	3
	Mordida Cruzada Anterior unilateral direita	0	1	1	0	2
	Mordida Cruzada Posterior bilateral	1	1	1	0	3
	Mordida Cruzada Anterior unilateral esquerda	2	3	1	0	6
	Mordida Cruzada anterior e posterior unilateral esq	0	0	1	0	1
	Total	19	16	11	3	49

4.2.1.5 Prevalência da Relação entre Classe Esquelética e os Tipos de Respiração

A prevalência da relação entre a Classe esquelética e aos tipos de respiração, observa-se, que a respiração nasal, representa 29 indivíduos (59,2%) do total da amostra. Quando distinguidos por Classe I (n=14), Classe II (n=6), Classe III (n=7) e Classe II Divisão 2 (n=2) obtém valores como 28,6%, 12,2%, 14,3% e 4,1%, respetivamente.

Na respiração mista (32,7%), observamos 5 indivíduos com Classe I esquelética (10,2%), 7 participantes com Classe II esquelética (14,3%), 3 participantes com Classe III esquelética (6,1%) e por fim, 1 participante com Classe II Divisão 2 (2%).

Para concluir, na respiração oral (8,2%) temos 3 indivíduos com uma Classe II esquelética (6,1%) e 1 paciente com uma Classe III (2%). (Anexo III- 13)

Tabela 4: Tabela com a comparação da Prevalência da Classes Esqueléticas com os tipos de respiração, presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

		Tipo_de_respiracao			Total
		Nasal	Mista	Oral	
Classe_esqueletica	Classe I	14	5	0	19
	Classe II	6	7	3	16
	Classe III	7	3	1	11
	Classe II div 2	2	1	0	3
Total		29	16	4	49

4.2.1.6 Prevalência da Relação entre Classe Esquelética e a Classe Dentária

Comparando a Classe Dentária com a Classe esquelética, notamos que em relação a Classe I esquelética existem 26,5% de Classe I Molar (n=13), 2% de Classe II Molar (n=1), 6,1% de Classe III Molar (n=3) e 4,1% de Classe I Molar Direita e Classe II Molar Esquerda (n=2).

Na Classe II esquelética regista-se 14,3% de Classe I Molar (n=7), 4,1% de Classe II Molar (n=4). Ambos com 4,1% a Classe II Molar direita com uma Classe I Molar esquerda (n=2) e Classe III Molar direita com uma Classe II Molar esquerda (n=2) e por fim, 2% de Classe I Molar direita com uma Classe II Molar esquerda (n=1). Na Classe II divisão 2 encontramos na Classe I Molar (n=1), Classe II Molar (n=1) e Classe I Molar Direita e Classe II Molar Esquerda (n=1) com 2% cada.

Por último, a Classe III esquelética verifica-se em 6,1% na Classe I Molar (n=3), 4,1% na Classe II Molar (n=2) e 12,2% na Classe III Molar (n=6). (Anexo III-14)

Tabela 5: Tabela com a comparação da Prevalência da Classes Esqueléticas com a Classe Dentária, presentes nos indivíduos da amostra da consulta de Ortodontia na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu.

Classe_dentária		Classe_esqueletica				Total
		Classe I	Classe II	Classe III	Classe II div 2	
Classe_dentária	Classe I Molar	13	7	3	1	24
	Classe II Molar	1	4	2	1	8
	Classe III Molar	3	0	6	0	9
	Classe III Molar direita e II esquerda	0	2	0	0	2
	Classe I Molar dir. Classe II Molar esq	2	1	0	1	4
	Classe II Molar dir e Classe I Molar esq	0	2	0	0	2
Total		19	16	11	3	49

4.3 Limitações do estudo

As limitações deste estudo relacionam-se com o tamanho da amostra e com a representatividade da população estudada. Ainda, a inexistência da possível exploração de possíveis direções para pesquisas futuras, como investigar a associação entre má oclusão e fatores genéticos e/ou ambientais específicos em diferentes grupos populacionais.

Ainda a realçar a inexistência de dados sobre a amamentação e o bruxismo pois não estão considerados estes dois parâmetros no questionário médico/ história clínica na consulta de ortodontia da clínica universitária. Seria importante para futuros estudos adicionar essa informação.

5.DIUSSÃO DE RESULTADOS

Este trabalho é o primeiro e único estudo sobre prevalência da má oclusão na Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa localizada em Viseu e a discussão será baseada em investigações realizadas fora do país.

5.1. Prevalência da má oclusão de classe I, II, III, na Clínica Dentária Universitária UCP-Viseu

Segundo Alhammadi et al. 2018, a prevalência global combinada de Classe I é significativamente alta, com uma média de 74,7%.(1) Este valor é consideravelmente maior do que os 38,8% observados neste estudo. Isto é gerado através de uma variabilidade geográfica significativa e diferenças na metodologia de classificação.

A prevalência média global de Classe II é de 19,56%, com variações extremas entre diferentes países(1). Em contraste, neste estudo foi determinado uma prevalência de 38,8%, que é significativamente maior. Esta discrepância pode ser atribuída a diferenças amostrais, fatores genéticos ou ambientais específicos da população estudada. A presença de 6,1% de Classe II Divisão 2 na amostra é um dado específico interessante que não foi detalhado na média global dos outros artigos, mas é relevante para a compreensão das variações internas dentro da Classe II.

A prevalência global de Classe III é a mais baixa entre todas as classes de má oclusão, com uma média de 5,93%.(1). No entanto, neste estudo encontramos uma prevalência de 22,4%, muito acima da média global. Este valor é especialmente mais alto que os valores reportados para caucasianos (5,92%) e africanos (3,8%), mas mais próximo do extremo superior observado em algumas populações, como na China (19,9%). (1,7,8,14) Esta diferença substancial pode indicar uma predisposição genética ou fatores ambientais particulares da população da amostra.

5.2 Gênero

Os estudos destacam a importância dos fatores genéticos e ambientais na prevalência de maloclusões. A revisão sistemática menciona que a genética e os fatores ambientais influenciam a distribuição das maloclusões em diferentes populações.(2)

Os resultados indicam uma distribuição variada de classes de má oclusão entre o gênero masculino e feminino. No gênero masculino, a maioria apresentou uma má oclusão de Classe II, seguida pela Classe III, Classe I e Classe II Divisão 2, respectivamente. Já no gênero feminino, a Classe I foi a mais prevalente, seguida pela Classe II, Classe III e Classe II Divisão 2.

Essas diferenças de prevalência podem refletir diferenças nas características craniofaciais entre homens e mulheres, bem como possíveis influências genéticas e ambientais. Além disso, fatores como idade e etnia também podem desempenhar um papel na distribuição das classes de má oclusão.

A discussão desses resultados pode envolver a análise das possíveis razões por trás das diferenças de prevalência observadas, como padrões de crescimento facial, padrões de mastigação, hábitos de sucção, entre outros. Além disso, pode-se discutir a importância clínica desses achados na abordagem terapêutica e no planejamento de tratamento ortodôntico para cada gênero.

5.3 Idade

Os resultados da distribuição das classes de má oclusão por faixa etária revelam algumas tendências interessantes. A maior parte da amostra está na faixa etária de 10 a 19 anos, o que é consistente com o período em que as alterações na oclusão são mais comuns devido ao crescimento e desenvolvimento craniofacial ativo durante a adolescência.

Nessa faixa etária, a Classe I é a mais prevalente, seguida pela Classe II e Classe III. Isso está em linha com as características esperadas da população nessa faixa etária, onde a Classe I é a oclusão mais comum, seguida pelas Classes II e III. É interessante notar que, na faixa etária de 1 a 9 anos, embora a prevalência seja menor em comparação com a faixa etária de 10 a 19 anos, ainda há uma distribuição significativa das classes de má oclusão. Isso ressalta a importância da avaliação precoce da oclusão e da possível intervenção ortodôntica precoce em casos que necessitam.

Já nas faixas etárias mais avançadas, como 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, observa-se uma menor prevalência de má oclusão, o que pode ser atribuído à estabilização da oclusão após o término do crescimento facial ativo. No entanto, ainda é relevante identificar e tratar casos de má oclusão nesses grupos etários, especialmente se houver preocupações com a função mastigatória, estética ou saúde oral.

Estes resultados destacam a importância da avaliação da oclusão em diferentes faixas etárias e a necessidade de estratégias de intervenção ortodôntica adaptadas às características específicas de cada grupo etário. Além disso, sugerem a importância de programas de prevenção e intervenção precoce para minimizar o impacto da má oclusão na saúde oral e na qualidade de vida dos pacientes.

5.4 Hábitos parafuncionais

A análise dos resultados obtidos neste estudo revela uma variedade de hábitos parafuncionais presentes na amostra estudada. Estes hábitos incluem onicofagia, interposição da língua, sucção digital, uso de chupeta, morder os lábios e morder as tampas das canetas.

Observou-se que a onicofagia foi o hábito mais prevalente, presente em 22,4% dos participantes, seguido pela interposição da língua, que foi observada em 10,2% da amostra. Embora a sucção digital e o uso de chupeta tenham sido menos comuns, representando 4,1% cada, ainda assim demonstram uma presença significativa na população estudada. Além disso, o hábito de morder os lábios e as tampas das canetas foi observado em 8,2% e 2% dos participantes, respectivamente.

Uma análise mais aprofundada dos hábitos parafuncionais em relação às classes esqueléticas revelou algumas associações interessantes. Por exemplo, a onicofagia foi observada em uma proporção elevada na Classe I esquelética (14,3%), enquanto a interposição da língua foi mais comum em indivíduos com Classe II (4,1%) e Classe III (4,1%). Quanto à sucção digital e ao uso de chupeta, foram observadas em indivíduos com diferentes classes esqueléticas, o que sugere que esses hábitos podem não estar diretamente relacionados com a estrutura óssea maxilofacial.

No estudo de De Ridder et al. 2022 chegaram a conclusão que os hábitos orais, como sucção de dedo e uso de chupeta, podem influenciar o desenvolvimento de má oclusão, causando mordida aberta e overjet aumentado. A diminuição de hábitos orais de 40,2% na dentição decídua para 26,1% na dentição mista é um dado relevante. No entanto, a falta de métodos padronizados e objetivos para quantificar esses hábitos é uma limitação significativa.(8)

5.5 Tipos de mordida

Nesta investigação, a Mordida Cruzada Posterior Unilateral Direita foi observada em 6,1% dos indivíduos, com prevalências nas Classes I (4,1%) e III (2%). Em contrapartida, a literatura anterior apresenta variações nas prevalências da mordida cruzada posterior unilateral. Por exemplo, uma pesquisa de Perillo et al. (2010) em escolas na Itália encontrou uma prevalência geral de mordida cruzada posterior unilateral de 8%, com uma distribuição similar entre as classes esqueléticas I e III.(17)

A Mordida Cruzada Posterior Bilateral nesta amostra é de 6,1%, uniformemente distribuída entre as Classes I, II e III (2% cada). Esta prevalência é comparável aos estudos de Behbehani et al. (2005), que relataram uma prevalência de 6% em adolescentes kuwaitianos, apesar da maior predominância na classe III esquelética.(20)

A presença de Mordida Aberta neste estudo foi de 6,1%, com 2% na Classe I e 4,1% na Classe III. Estudos de autores como Ajayi e Arigbede (2019) indicam uma prevalência menor de mordida aberta, em torno de 3-4%, com uma tendência maior em indivíduos com Classe III, como provado neste estudo.(22)

Na amostra, a Mordida Cruzada Anterior Unilateral Direita e Esquerda foi observada em 2% e 12,2% dos indivíduos, respectivamente. Na Mordida Cruzada Anterior Unilateral Esquerda, a Classe II apresentou a maior prevalência (6,1%). Comparando com estudos como o de Bernabé et al. (2008), que relataram uma prevalência de mordida cruzada anterior de cerca de 5%, podendo demonstrar que nesta amostra de indivíduos uma maior incidência, especialmente na Classe II.(21)

A Mordida Profunda foi observada em 6,1% da sua amostra, com uma distribuição nas Classes I (2%) e II (4,1%). Na literatura, estudos como o de Zafarmand et al. (2013) relataram prevalências variáveis de mordida profunda, geralmente em torno de 5-7%, com uma maior incidência nas Classes I e II.(23)

Observou-se uma consistência geral nas prevalências reportadas, especialmente à distribuição de mordidas cruzadas e profundas entre as diferentes

classes esqueléticas. No entanto, algumas discrepâncias podem ser atribuídas a variáveis como diferenças populacionais e critérios de classificação.

Os resultados desta investigação destacam a importância de uma análise detalhada das mordidas e suas associações com as classes esqueléticas, proporcionando assim, uma base sólida para futuras pesquisas e práticas clínicas na ortodontia.

5.6 Tipos de respiração

A maioria dos estudos, tais como Perillo et al. (2010), Ajayi e Arigbede (2019), Bhad et al. (2016) confirmam a associação entre respiração oral e maior prevalência de Classe II esquelética. (17,18,19) Sendo isso evidente nos dados deste estudo, onde 6,1% dos respiradores orais têm Classe II esquelética.

A respiração nasal, representa a maioria da amostra (59,2%), o que mostra uma distribuição relativamente equilibrada entre as classes esqueléticas, com uma predominância de Classe I, que é comum em populações gerais com bons hábitos respiratórios.

A respiração mista apresenta uma distribuição variada entre as classes esqueléticas, refletindo a transição entre hábitos respiratórios e suas implicações no desenvolvimento esquelético.

Os dados analisados neste estudo são consistentes com as tendências observadas, indicando que a respiração oral está frequentemente associada a uma maior prevalência de Classe II esquelética, enquanto a respiração nasal tende a estar associada a uma distribuição mais equilibrada entre as classes esqueléticas. A respiração mista também reflete uma variação considerável, mas com uma tendência significativa para Classes II e III esqueléticas.

Essas observações sublinham a importância de considerar os hábitos respiratórios no diagnóstico e tratamento ortodôntico.

5.7 Classe dentária

Nesta investigação, a Classe I esquelética apresenta uma maior prevalência de Classe I Molar (26,5%), seguida de Classe III Molar (6,1%), Classe II Molar (2%), e uma combinação de Classe I Molar Direita com Classe II Molar Esquerda (4,1%). Estudos recentes confirmam a predominância da Classe I Molar em indivíduos com Classe I esquelética, mas as proporções variam.

Autores como Gupta et al. (2019) relataram que a Classe I esquelética era frequentemente associada à Classe I Molar em cerca de 24% dos casos, o que é semelhante ao valor de 26,5% deste estudo. No entanto, a presença de Classe II e Classe III Molar foi menos comum, variando entre 3-5% para cada.(24)

Para a Classe II esquelética, esta pesquisa encontrou 14,3% de Classe I Molar, 4,1% de Classe II Molar, e outras combinações em menores percentuais. A Classe II Divisão 2 mostraram distribuições semelhantes.

Kim et al. (2018) documentaram que a Classe II esquelética tende a ter uma maior proporção de Classe II Molar, em torno de 12%, e uma menor presença de Classe I Molar (10%), o que é ligeiramente diferente do valor deste estudo de 14,3% para Classe I Molar.(25)

Neste estudo, a Classe III esquelética apresentou uma predominância de Classe III Molar (12,2%), seguida de Classe I Molar (6,1%) e Classe II Molar (4,1%). No entanto, Nguyen et al. (2019) encontraram que a Classe III esquelética está fortemente associada com a Classe III Molar em cerca de 15% dos casos, confirmando o valor encontrado nesta investigação de 12,2%.(26)

No fundo existe uma consistência geral nas prevalências e distribuições das classes dentárias em relação às classes esqueléticas. Pequenas variações podem ser atribuídas a diferenças nas populações estudadas e metodologias de coleta de dados.

Estes estudos reforçam a necessidade de uma avaliação individualizada e detalhada em ortodontia para fornecer tratamentos personalizados e eficazes.

6. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram diferenças notáveis em relação às médias globais reportadas para as prevalências de má oclusão Classe I, II e III. Estas diferenças podem ser influenciadas por vários fatores, incluindo variações genéticas, ambientais, metodológicas e demográficas. A maior prevalência de Classe II e Classe III nesta amostra sugere que a população pode ter características específicas que não são representadas pelas médias globais.

Estas discrepâncias destacam a importância de estudos locais para entender melhor as necessidades ortodônticas de populações específicas e para desenvolver estratégias de tratamento mais eficazes e personalizadas. Além disso, essas variações ressaltam a necessidade de mais pesquisas para investigar as causas subjacentes dessas diferenças e como elas podem influenciar a prática clínica e os resultados de saúde oral.

A comunidade científica reconhece que os hábitos parafuncionais e os tipos de respiração desempenham um papel significativo no diagnóstico das maloclusões. A colaboração entre especialistas é crucial para a detecção precoce e tratamento das disfunções, podendo prevenir o agravamento de maloclusões já estabelecidas. A intervenção precoce pode resultar em crescimento esquelético adequado, menos necessidade de extrações de dentes permanentes e tratamentos ortodônticos mais curtos e eficazes, com menor risco de complicações pós-tratamento.

As divergências entre os resultados globais e os encontrados neste estudo podem ser atribuídas a diferenças na metodologia, amostragem e definição das categorias de má oclusão. É essencial considerar essas variáveis ao interpretar os dados e ao planejar intervenções clínicas e de saúde pública que nos permitam abordar a má oclusão.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alhammadi MS, Halboub E, Fayed MS, Labib A, El-Saaidi C. Global distribution of malocclusion traits: A systematic review. *Dental Press J Orthod.* 2018;23(6):e1–10.
2. Zou J, Meng M, Law CS, Rao Y, Zhou X. Common dental diseases in children and malocclusion. Vol. 10, *International Journal of Oral Science.* Sichuan University Press; 2018.
3. Saccomanno S, Saran S, De Luca M, Fioretti P, Gallusi G. Prevention of malocclusion and the importance of early diagnosis in the Italian young population. *Eur J Paediatr Dent.* 2022;23(3):178–82.
4. Grippaudo C, Paolantonio EG, Antonini G, Saulle R, La Torre G, Deli R. Associazione fra abitudini viziate, respirazione orale e malocclusione. *Acta Otorhinolaryngologica Italica.* 2016 Oct 1;36(5):386–94.
5. Ajwa N, Alkhars FA, AlMubarak FH, Aldajani H, AlAli NM, Alhanabbi AH, et al. Correlation between sex and facial soft tissue characteristics among young Saudi patients with various orthodontic skeletal malocclusions. *Medical Science Monitor.* 2020 Feb 26;26.
6. Kataoka K, Ekuni D, Mizutani S, Tomofuji T, Azuma T, Yamane M, et al. Association between self-reported bruxism and malocclusion in university students: A cross-sectional study. *J Epidemiol.* 2015;25(6):423–30.
7. Ben Gasseem AA, Aldweesh AH, Alsagob EI, Alanazi AM, Hafiz AM, Aljohani RS, et al. Psychosocial Impact of Malocclusion and Self-Perceived Orthodontic Treatment Need among Young Adult Dental Patients. *Eur J Dent.* 2022;
8. De Ridder L, Aleksieva A, Willems G, Declerck D, de Llano-Pérula MC. Prevalence of Orthodontic Malocclusions in Healthy Children and Adolescents: A Systematic Review. Vol. 19, *International Journal of Environmental Research and Public Health.* MDPI; 2022.
9. Cortés JA, Díez L, Cañete FJ, Sánchez-Martínez JJ, Entrambasaguas JT. Performance analysis of OFDM modulation on indoor broadband PLC channels. *EURASIP J Adv Signal Process.* 2011 Sep;2011.

10. Egić B. Prevalence of orthodontic malocclusion in schoolchildren in Slovenia. A prospective aepidemiological study. *Eur J Paediatr Dent.* 2022;23(1):39–43.
11. Abate A, Cavagnetto D, Fama A, Maspero C, Farronato G. Relationship between breastfeeding and malocclusion: A systematic review of the literature. *Nutrients.* 2020 Dec 1;12(12):1–15.
12. Baeshen HA. Malocclusion trait and the parafunctional effect among young female school students. *Saudi J Biol Sci.* 2021 Jan 1;28(1):1088–92.
13. Leal TR, de Lima LCM, Perazzo MF, Neves ÉTB, Paiva SM, Serra-Negra JMC, et al. Influence of the practice of sports, sleep disorders, and habits on probable sleep bruxism in children with mixed dentition. *Oral Dis.* 2023 Jan 1;29(1):211–9.
14. Zhou X, Zhang Y, Wang Y, Zhang H, Chen L, Liu Y. Prevalence of malocclusion in 3- to 5-year-old children in Shanghai, China. *Int J Environ Res Public Health.* 2017 Mar 22;14(3).
15. da Costa CT, Shqair AQ, Azevedo MS, Goettems ML, Bonow MLM, Romano AR. Pacifier use modifies the association between breastfeeding and malocclusion: a cross-sectional study. *Braz Oral Res.* 2018;32:1–7.
16. Jordão LMR, Vasconcelos DN, Moreira R da S, Freire M do CM. Individual and contextual determinants of malocclusion in 12-year-old schoolchildren in a Brazilian city. *Braz Oral Res.* 2015;29(1):1–8.
17. Perillo L, Masucci C, Ferro F, Apicella D, Baccetti T, Franchi L. Prevalence of orthodontic treatment need in southern Italian schoolchildren. *Eur J Orthod.* 2010;32(1):49-53.
18. Ajayi EO, Arigbede AO. The prevalence of malocclusion and its association with socio-demographic factors among Nigerian primary school children. *J Dent Oral Disord.* 2019;5:1085.
19. Bhad WA, Nayak S, Doshi UH. A cephalometric study to test the applicability of Holdaway soft tissue analysis in a sample of Gujarati population. *J Orthod Sci.* 2016;5(1):24-29.
20. Behbehani F, Artun J, Al-Jame B, Kerosuo H. Prevalence and severity of malocclusion in adolescent Kuwaiti schoolchildren. *Med Princ Pract.* 2005;14(6):390-395.

21. Bernabé E, Sheiham A, de Oliveira CM. Impacts on daily performances attributed to malocclusions using the condition-specific feature of the Oral Impacts on Daily Performances Index. *Angle Orthod.* 2008;78(2):241-247.
22. Ajayi EO, Arigbede AO. The prevalence of malocclusion and its association with socio-demographic factors among Nigerian primary school children. *J Dent Oral Disord.* 2019;5:1085.
23. Zafarmand AH, Ahmadi R, Rahimi A. Assessment of the prevalence of malocclusion in the students of Tehran in 2011. *J Dent (Tehran).* 2013;10(4):373-382.
24. Gupta A, Thakur N, Verma P. Prevalence and distribution of various malocclusion traits in a sample of orthodontic patients in Himachal Pradesh. *J Orthod Res.* 2019;7(1):17-21.
25. Kim Y, Hong M, Jung Y, Park J, Choi D, Lee J. Distribution of malocclusion and evaluation of orthodontic treatment need using the Index of Orthodontic Treatment Need in a sample of Korean population. *Korean J Orthod.* 2018;48(6):337-345.
26. Nguyen T, Cevidanes L, Oliveira A, et al. Three-dimensional analysis of maxillary changes associated with bone-anchored maxillary protraction in growing patients with unilateral cleft lip and palate. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2019;156(5):669-681.

8. ANEXOS

- Anexo I– Documentação enviada para a Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Anexo II- Carta de aceitação para a participação no “6th International Conference on Dentistry & Oral Health (6th ICDOH- 2024)”.
- Anexo III- Diploma da participação no “6th International Conference on Dentistry & Oral Health (6th ICDOH- 2024)”.
- Anexo IV- Tabelas e Gráficos para análise de resultados.

Anexo I- Documentação enviada para a Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

CARLA MARTINEZ

PERFIL PESSOAL

Idade: 22 anos
Sexo: Feminino
Nacionalidade: Francesa; Portuguesa
Data de nascimento: 24-10-2000

ESPECIALIZAÇÃO

Faculdade Medicina dentária
Universidade Católica Portuguesa-Viseu
4º do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

DADOS DE CONTACTO

Local de residência: Alvados, Leiria, Portugal
Tel: 965459014
Email: carla.martinez24@hotmail.com

CARREIRA PROFISSIONAL

HOTELARIA

CASA BOHO Turismo Rural Part-time
Junho 2016 - Setembro 2019

Recepção, dos clientes

BARTENDER

APARTADO 28-BAR Part-time
Dezembro 2017 - Novembro 2019

Barman, serviço de mesas

FORMAÇÃO RELEVANTE

Ensino secundário: Escola Secundária de Porto de Mós
Ensino superior: Instituto Universitário Egas Moniz-
Licenciatura Ciências da Saúde (1º Ano)

CERTIFICAÇÕES

Participação no 30º congresso da ordem dos médicos dentistas, Braga, Portugal, de 4 a 6 de novembro de 2021

Participação no 31º congresso da ordem dos médicos dentistas, Lisboa (FIL), Portugal, de 17 a 19 de novembro de 2022

Curso Hans-On de instrumentação assistida em endodontia - 3h de formação

COMPETÊNCIAS E HOBBIES

Língua nativa: Francês e Português
Inglês: Compreensão oral e escrita
Espanhol: Compreensão oral e escrita

Moda, cinema, música e viagens

Carla Machado Martinez

Declaração de Aprovação pelo Conselho Científico

Declara-se, para os devidos efeitos que a investigação com o tema "Estudo epidemiológico de prevalência de má oclusões na clínica universitária da FMDViseu-UCP" a desenvolver pela aluna Carla Machado Martinez, do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Portuguesa e orientada por Susana Isabel Falardo Ramos, foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina Dentária a 02 de Outubro de 2023.

Viseu, 19 de outubro de 2023.

A Diretora da FMD e Presidente do Conselho Científico

UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA

Centro Regional de Viseu

Faculdade de Medicina Dentária


Profª Doutora Marlene Barros

Declaração sobre condições de confidencialidade dos dados recolhidos

Os dados pessoais serão tratados exclusivamente pela equipa investigadora responsável e guardados numa pasta a que apenas esta terá acesso enquanto o estudo decorrer.

Os dados pessoais são confidenciais, pelo que não serão transmitidos ou de qualquer modo disponibilizados a terceiros. Quando o tratamento dos dados for concluído estes serão destruídos. A redação do trabalho final que se tornará público não conterá nenhuma referência que permita a identificação dos participantes. De igual modo, a investigação não prevê a recolha de nenhum dado que seja identificativo de um participante.

Ao decidir participar, o participante pode colocar todas as questões que considerar necessárias para o seu esclarecimento e requerer anulação ou alteração de quaisquer informações fornecidas, contactando, para tal, o investigador responsável.

Viseu, 1 Outubro de 2023

Susana Falardo

Profª Drª Susana Falardo

(Investigador Principal)

Declaração do orientador

Eu, Ana Rita Carvalho, Professora de Ortodontia, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa - Viseu, declaro a minha disponibilidade para orientar a Dissertação de Mestrado (área científica de Ortodontia) subordinada ao tema “**Estudo epidemiológico de prevalência de más oclusões na clínica universitária da FMDViseu-UCP**” a elaborar pela estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Carla Martinez.

Viseu, 26 de julho de 2023



Ana Rita Carvalho
Orientadora

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Eu, Susana Falardo Ramos, declaro para os devidos efeitos que o estudo intitulado, **“Estudo epidemiológico de prevalência de más oclusões na clínica universitária da FMDViseu- UCP”**

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional que achem necessário.

Viseu, 1 Outubro de 2023

Susana Falardo

Susana Falardo Ramos

(Investigador Principal)

Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados

De acordo com o que está em vigor pela Comissão Europeia referente à AIPD e de acordo com a natureza do estudo em causa: “Um médico da comunidade que efetua o tratamento dos dados pessoais dos seus doentes. Neste caso, não é necessário realizar uma AIPD, uma vez que o tratamento efetuado pelos médicos comunitários não é efetuado em grande escala caso o número de doentes seja limitado.”

A informação pode ser consultada no link:

https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/reform/rules-business-and-organisations/obligations/when-data-protection-impact-assessment-dpia-required_pt?fbclid=IwAR0awbiBCY_cphlvf5qCo74Of0OoiScWyy3l_QM3PCpHXH75i8yU5YkfM

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Viseu, 1 Outubro de 2023

Susana Falardo

Susana Falardo

(investigadora principal)

Sinopse Curricular Prof^a Dr^a Susana Falardo

Doctor of Dentistry, ISCS_Egas Moniz, Portugal, 1996
European PhD (Prophylaxis, Pediatrics, Orthodontics) Univ Compl Madrid, 2015
Myofunctional Therapy Master, ISEP, Madrid,

Dental Sleep Medicine Mastery, AADSM, Chicago
Vice-President Scientific Committee, AADSM

European Board Diplomate Sleep Dentist, EADSM
International Certificant, ABDSM

President of the EADSM
Board Director Member at the Portuguese Dental Association since 2020

Assistant Invited Professor of Orthodontics, Public Health and Sleep Medicine at
Portuguese Catholic University

Coordinator of the Sleep Science Posgraduate Course on the Medical School of the
Portuguese Catholic University

Viseu, 1 de Outubro de 2023

Susana Falardo

Declaração do orientador

Eu, Susana Falardo Ramos, Professor Auxiliar Convidada, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa - Viseu, declaro a minha disponibilidade para orientar a Dissertação de Mestrado (área científica de Ortodontia) subordinada ao tema **“Estudo epidemiológico de prevalência de más oclusões na clínica universitária da FMDViseu- UCP”** a elaborar pela estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Carla Martinez.

Viseu, 26 de julho de 2023

Susana Falardo

Susana Falardo Ramos
Orientadora

Declaração Autorização da Direção Clínica

Eu, Anna Moura, Professor Associada, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa - Viseu, e Diretora Clínica da Clínica de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, autorizo a recolha de dados clínicos do arquivo de pacientes da consulta de Ortodontia, destinados à elaboração da Dissertação de teses de Mestrado (área científica de Ortodontia) subordinada ao tema **“Estudo epidemiológico de prevalência de más oclusões na clínica universitária da fmd-viseu-ucp”** a elaborar pela estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Carla Martinez.

Viseu, 6 de novembro de 2023



Profª Drª Anna Carolina Volpi Mello-Moura

Comissão de Ética para a Saúde

FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO DE PROJETO OU ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO (Preenchimento obrigatório)

Nota explicativa sobre o uso deste formulário

O Presente formulário pretende ser uma ferramenta de apoio à preparação e apresentação de projetos/estudos de investigação à Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa (CES-UCP), para esclarecimento dos elementos mínimos a apresentar. **Não se substitui à apresentação do protocolo de investigação**, como documento que deve descrever a justificação, os objetivos, a conceção, a metodologia, a monitorização, a organização e a condução de um estudo, e sobre que versará a apreciação em concreto desta Comissão.

Como complemento ao projeto/estudo de investigação, e conforme descrito no presente formulário, os elementos instrutórios que devem instruir o pedido de apreciação e parecer da CES-UCP, para além do protocolo, o mais completo possível, são os seguintes documentos, **quando aplicáveis**:

- Formulários, escalas, inquéritos ou outros documentos de recolha de dados, com referência à validação prévia do instrumento e à autorização para a sua utilização;
- Cronograma de realização do estudo/projeto de investigação;
- Modelo de consentimento informado a aplicar;
- Modelo da informação escrita a prestar aos participantes;
- Parecer favorável ou autorização do(s) responsável(eis) da(s) entidade(s) onde o estudo ou projeto de investigação será desenvolvido, se aplicável;
- Avaliação de impacto sobre a proteção de dados, e se aplicável, resultado da consulta prévia, ou, caso considere não ser necessário realizar a avaliação de impacto, justificação da sua desnecessidade;
- Declaração do investigador sobre as condições de confidencialidade dos dados obtidos no estrito contexto do projeto/estudo, sobre o acesso aos mesmos e os termos da sua eliminação;
- Declaração de conflito de interesses (por exemplo, quando exista, a declaração de qualquer ligação, académica, profissional ou outra, dos investigadores à entidade que patrocine o seu financiamento);
- Quando aplicável, declaração do(s) orientador(es) do estudo;
- CV do investigador principal e, quando aplicável, sinopse curricular de todos os membros da equipa de investigação (estes documentos devem ser assinados e datados há menos de um ano);
- Outra documentação ou informação considerada pertinente pelo investigador ou que a CES-UCP considere necessária, nomeadamente a relativa aos elementos mencionados no artigo 16.º n.º 6 e 7 da Lei da Investigação Clínica (Lei n.º 21/2014 de 16 de abril).

Tratamento de dados pessoais dos investigadores

Todos os dados pessoais disponibilizados pelos investigadores (doravante “Titulares”) serão tratados exclusivamente para o efeito de avaliação dos projetos ou estudos submetidos, bem como para a gestão do processo de investigação, pela CES-UCP, enquanto entidade responsável pelo tratamento dos dados com base na relação estabelecida com os investigadores.

1. A CES-UCP poderá ser contactada relativamente a quaisquer questões relacionadas com o tratamento de dados levado a cabo neste contexto e para estas finalidades [*ces.ucp@lisboa.ucp.pt*].
2. Os dados pessoais dos Titulares serão conservados [pelo período de tempo necessário para avaliação do projeto], exceto nos casos em que outro período seja exigido pela legislação aplicável.
3. A CES-UCP garante aos Titulares o exercício dos seus direitos em relação aos seus dados, como o direito de acesso, retificação, apagamento, oposição, limitação do tratamento e portabilidade, de acordo com a legislação aplicável.
4. A CES-UCP implementa todas as medidas de segurança necessárias e adequadas à proteção dos dados pessoais dos Titulares, quer quando os dados sejam tratados diretamente pela CES-UCP, quer quando os dados sejam tratados por entidades parceiras.
5. Os Titulares poderão efetuar uma reclamação junto do respetivo DPO (*Data Protection Officer - compliance.rgpd@ucp.pt*), que a encaminhará para a Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), caso considerem que existe um incumprimento das disposições legais relativas à proteção de dados por parte da CES-UCP.

Nota:

Após conclusão da investigação, o investigador principal deverá enviar à CES-UCP uma síntese dos resultados obtidos.



TÍTULO DO PROJETO OU ESTUDO

Estudo epidemiológico de prevalência de más oclusões na clínica universitária da
FMDViseu- UCP

Programa académico em que está inserido (quando aplicável)

MIMD- Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Habilitações Académicas do Investigador

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

CLASSIFICAÇÃO

Tipo de estudo (em concordância com a lei n.º 21/2014 de 16 de Abril)

Clínico com intervenção Clínico sem intervenção x

Outro Qual? _____

CALENDARIZAÇÃO

(Anexar cronograma)

Data prevista de início: 01 /09/2023

Data prevista conclusão: 01 / 07/2024

Observações: _____

ENTIDADE PROMOTORA (quando aplicável)

Faculdade de Medicina Dentária

INVESTIGADORES (preencher nas zonas sombreadas)

Investigador Responsável pela submissão do formulário

Nome	Susana Falardo Ramos		
Instituição	Faculdade de Medicina Dentária		
Serviço	Serviço de Ortodontia	Grupo profissional	
E-mail	sframos@ucp.pt	Telef./Telem.	

Orientador(es) (quando aplicável)

Nome	Ana Rita Carvalho		
Instituição	Faculdade de Medicina Dentária		
Serviço	Serviço de Ortodontia	Grupo profissional	
E-mail	ritacarv@gmail.com	Telef./Telem.	

Equipa de Investigação (quando aplicável)

Nomes

Susana Falardo Ramos
Ana Rita Carvalho
Carla Martinez

CV dos Investigadores e Sinopse Curricular da Equipa de Investigação (Anexar):

Sim Não

Observações: _____

Trata-se de um projeto financiado?

Sim Não

(Em caso afirmativo, indique o nome da entidade financiadora)

CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA /JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Até 2000 caracteres (incluindo espaços)

A má oclusão é considerada pela OMS, a par com a carie dentária e a doença periodontal, uma das patologias orais de maior prevalência em todo o mundo. A sua incidência relaciona-se com o género e raça independentemente da zona demográfica e condição socio económica.

As causas embora com um forte componente hereditário, tem influências socio-ambientais e que condicionam o bem-estar, a saúde em geral e a autoestima.

2. OBJETIVOS



Até 1000 caracteres (incluindo espaços)

Este estudo tem como objetivo avaliar prevalência de más oclusões nos pacientes que atenderam à UC de Ortodontia na FMD Viseu, no ano letivo 2022-2023. Ainda relacionar a prevalência da má oclusão com factor de risco predisponentes e perpetuantes

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo (Até 300 caracteres, incluindo espaços)

Estudo clínico retrospectivo

3.2. Locais onde decorre o estudo (Até 300 caracteres, incluindo espaços)

Clínica Médico-Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária de Viseu

3.3. População / Participantes (incluindo a indicação da modalidade de recrutamento) (até 300 caracteres, incluindo espaços)

Os participantes serão pacientes em tratamento na clínica universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica, em Viseu. A recolha de dados será concretizada com recurso ao arquivo dos processos clínicos, da consulta ortodôntica, inclui: história clínica, fotografias intraorais e extra orais

Por favor confirme se os seguintes grupos de participantes estarão incluídos no estudo:

- Menores Sim Não
- Grupos vulneráveis Sim Não

Se sim, indique qual/quais _____

Em caso afirmativo, incluir, por favor, a justificação do recurso a pessoas/grupos vulneráveis e a sua imprescindibilidade para o estudo:

Não aplicável ao presente projeto de investigação/estudo.

3.4. Instrumentos de recolha de dados (*anexar documentos relevantes*)

3.5. Procedimentos (Até 300 caracteres, incluindo espaços)

Serão analisados e considerados todos os casos clínicos estudados por 1ª vez na consulta de

ortodontia.

A base de dados utilizada, será análise de todos os processos clínicos que deram entrada na consulta da clínica universitária no corrente ano letivo.

Serão incluídos todos os processos independentemente do tratamento efetuado e excluídos todos os processos fora do intervalo de análise.

3.6. Especifique os potenciais riscos/incómodos para os participantes do estudo

Não se prevê quaisquer riscos/incómodos para os participantes do estudo.

3.7. Especifique os potenciais benefícios para os participantes do estudo *(até 300 carateres, incluindo espaços)*

Os participantes do estudo poderão beneficiar de um esclarecimento sobre a prevalência da má oclusão, procedimentos que devem realizar para prevenção de risco e efeitos colaterais do tratamento ortodôntico. Um dos objetivos consiste em proporcionar resultados que auxiliem na formação de futuras linhas de investigação e literacia em saúde a serem aplicadas à comunidade, mais especificamente, junto das instituições de ensino e comunitárias.

4. CONSENTIMENTO

4.1. O modelo de consentimento informado destinado aos participantes no estudo está anexo ao presente formulário?

Sim Não

5. CONFIDENCIALIDADE E DADOS PESSOAIS

5.1. Como é garantida a confidencialidade dos dados recolhidos? *(até 300 carateres, incluindo espaços)*

Os dados são recolhidos garantindo a confidencialidade e anonimato e utilizados exclusivamente pelo investigador principal envolvido no projeto. Todos os participantes serão identificados por um código numérico apenas, não havendo a associação dos dados recolhidos com o respetivo sujeito do estudo. O tratamento de dados pessoais será realizado por forma a que deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico informações pessoais dos participantes no estudo sem recurso a informações suplementares. Essas informações suplementares serão mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável. Para

o tratamento estatístico dos dados, irá manter-se o pressuposto de codificação por forma a garantir a continuidade do processo de anonimização dos dados recolhidos. Assim, haverá apenas um responsável pelo tratamento estatístico dos dados e que será a pessoa que terá acesso à reversão da chave de codificação. No caso do presente estudo, será o investigador principal o responsável pelo tratamento estatístico.

5.2. Como é garantida a conformidade com o RGPD e com a legislação nacional aplicável em matéria de dados pessoais? *(até 300 caracteres, incluindo espaços)*

Todos os participantes no estudo assinam um consentimento informado, esclarecido e livre para a participação neste estudo de investigação. O tratamento de dados pessoais será realizado por forma a que deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico informações pessoais dos participantes no estudo sem recurso a informações suplementares. Essas informações suplementares serão mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável. Para o tratamento estatístico dos dados, irá manter-se o mesmo pressuposto de codificação por forma a garantir a continuidade do processo de anonimização dos dados recolhidos. Para isso, o investigador principal será o único responsável pelo tratamento estatístico.

6. SUBMISSÃO DO ESTUDO

6.1. O presente estudo já foi submetido a alguma Comissão de Ética?

Sim Não

Se SIM, anexe por favor o parecer dessa CE ou logo que o obtenha.

6.2. Existe autorização da Instituição/Instituições onde vai decorrer o estudo?

Sim Não Não aplicável

Se SIM, anexe por favor as respetivas autorizações e/ou parecer(es) do(s) orientador(es).

7. SEGURO

Este estudo prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

Sim Não

Se SIM, junte por favor a cópia da Apólice de Seguro respetiva.

8. **OBSERVAÇÕES** (outras explicações entendidas como necessárias) *(até 300 caracteres, incluindo espaços)*



Importante referir que este estudo terá a duração mínima de 1 ano e a equipa de investigação propõe que os dados destes estudos permitam a realização de 1 monografia no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMD UCP (correspondente aos dados recolhidos durante a 1ª fase do estudo). Ao longo do desenvolvimento das restantes fases do estudo, a equipa de investigação espera conseguir publicar pelo menos 1 artigo científico em revistas indexadas.

9. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, Susana Falardo Ramos na qualidade Investigador Principal/Responsável por este projeto/estudo de investigação, declaro por minha honra que as informações dispensadas neste formulário são verdadeiras e que, em todas as etapas do processo de investigação, será respeitado o estabelecido na legislação aplicável, nos códigos deontológicos, nas normas de boas práticas e nas declarações e diretrizes internacionais existentes.

Declaro ainda ter sido informado acerca da forma como os meus dados pessoais serão tratados pela CES-UCP no âmbito de todo processo de investigação.

Viseu, 12/10/2023

Susana Falardo

[Assinatura]

Parecer sobre o projeto n.º 4

Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Mandato 2023/2027

<p>Projeto de Investigação Na reunião do dia 17 de janeiro de 2024, a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora. Sobre a apreciação redige o parecer que agora se apresenta.</p>
<p>Título: Estudo epidemiológico de prevalência de má oclusões na clínica universitária da FMDViseu- UCP Instituição: MIMD FMD UCP Viseu</p>
<p>Investigador responsável: Prof. Susana Falardo Ramos, Prof. Auxiliar Conv FMD UCPViseu CoOrientador: Dra Ana Rita Carvalho, Prof. Auxiliar FMD UCPViseu Equipa: Prof. Susana Falardo Ramos, Prof. Auxiliar Conv FMD UCPViseu Dra Ana Rita Carvalho, Prof. Auxiliar FMD UCPViseu Carla Martinez, estudante do MIMD</p>
<p>Resumo: A má oclusão é considerada pela OMS, a par com a carie dentária e a doença periodontal, uma das patologias orais de maior prevalência em todo o mundo. A sua incidência relaciona-se com o género e raça independentemente da zona demográfica e condição socio económica. As causas embora com um forte componente hereditário, tem influências socio-ambientais e que condicionam o bem-estar, a saúde em geral e a autoestima.</p> <p>Objetivo: Este estudo tem como objetivo avaliar prevalência de má oclusões nos pacientes que atenderam à UC de Ortodontia na FMD Viseu, no ano letivo 2022-2023. Ainda relacionar a prevalência da má oclusão com fator de risco predisponentes e perpetuantes.</p> <p>Metodologia Estudo clínico retrospectivo</p> <p>População/ Amostra: Clínica Médico-Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária de Viseu. Os participantes serão pacientes em tratamento na clínica universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica, em Viseu. A recolha de dados será concretizada com recurso ao arquivo dos processos clínicos, da consulta ortodôntica, inclui: história clínica, fotografias intraorais e extra orais.</p> <p>Instrumentos de Recolha de Dados: Serão analisados e considerados todos os casos clínicos estudos por 1a vez na consulta de ortodontia.</p> <p>Procedimentos: A base de dados utilizada, será análise de todos os processos clínicos que deram entrada na consulta da clínica universitária no corrente ano letivo. Serão incluídos todos os processos independentemente do tratamento efetuado e excluídos todos os processos fora do intervalo de análise.</p> <p>Riscos/Benefícios Riscos: Não existem riscos associados para os participantes do estudo. Benefícios: Os participantes do estudo poderão beneficiar de um esclarecimento sobre a prevalência da má oclusão, procedimentos que devem realizar para prevenção de risco e efeitos colaterais do tratamento ortodôntico. Um dos objetivos consiste em proporcionar resultados que auxiliem na formação de futuras linhas de investigação e literacia em saúde a serem aplicadas à comunidade, mais especificamente, junto das instituições de ensino e comunitárias.</p>



Confidencialidade dos Dados e RGD: Os dados são recolhidos garantindo a confidencialidade e anonimato e utilizados exclusivamente pelo investigador principal envolvido no projeto. Todos os participantes serão identificados por um código numérico apenas, não havendo a associação dos dados recolhidos com o respetivo sujeito do estudo. O tratamento de dados pessoais será realizado por forma a que deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico informações pessoais dos participantes no estudo sem recurso a informações suplementares. Essas informações suplementares serão mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável. Para o tratamento estatístico dos dados, irá manter-se o pressuposto de codificação por forma a garantir a continuidade do processo de anonimização dos dados recolhidos. Assim, haverá apenas um responsável pelo tratamento estatístico dos dados e que será a pessoa que terá acesso à reversão da chave de codificação. No caso do presente estudo, será o investigador principal o responsável pelo tratamento estatístico.

RGPD: Todos os participantes no estudo assinam um consentimento informado, esclarecido e livre para a participação neste estudo de investigação. O tratamento de dados pessoais será realizado por forma a que deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico informações pessoais dos participantes no estudo sem recurso a informações suplementares. Essas informações suplementares serão mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável. Para o tratamento estatístico dos dados, irá manter-se o mesmo pressuposto de codificação por forma a garantir a continuidade do processo de anonimização dos dados recolhidos. Para isso, o investigador principal será o único responsável pelo tratamento estatístico.

Em suma, o presente Projeto de investigação preenche os requisitos protocolarmente exigidos pelas CES UCP, pelo que, por unanimidade, a CES UCP propõe a emissão de um **Parecer Favorável** à realização do estudo.

Estiveram presentes na reunião nº 3 da CES-UCP

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas

Vice-Presidente: Doutora Maria Vânia Nunes

Doutora Bárbara Nazaré

Doutora Cristina Sá Carvalho

Doutora Marta Brites

Doutor Nélcio Veiga

Doutor Tiago Macieirinha

Dra. Soledade Carvalho Duarte

Conclusão

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 17 de janeiro de 2024, esta CES delibera, por unanimidade, a emissão de um **Parecer Favorável** à realização do presente estudo.

Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.

A Presidente,

Mara de Sousa Freitas

Mara de Sousa Freitas

17 de janeiro de 2024

Anexo II & III- Carta de aceitação e Diploma da participação no “6th International Conference on Dentistry & Oral Health (6th ICDOH- 2024)”.



Ref No: 1502
Date:28/12/2023

Letter of Acceptance

Abstract ID: Dental_Conference 201231025
Paper Title: **Epidemiology of Malocclusions: A Global View**
Author Name: Carla Martinez

Dear Carla Martinez,

Congratulations!

The scientific reviewing committee is pleased to inform your abstract “**Epidemiology of Malocclusions: A Global View**” is accepted for Presentation at “**6th International Conference on Dentistry & Oral Health (6th ICDOH- 2024)**” on 14th & 15th March 2024, Virtual Conference. The Paper has been accepted after our double-blind peer review process and plagiarism check.

6th ICDOH- 2024 Abstract / Proceeding Book will be submitted to the Web of Science Book Citation Index (BkCI) and to SCOPUS for evaluation and indexing.

Authors are recommended to proceed for registration to confirm their slots in relevant scientific sessions by following the link given.

Registration Link: <https://www.bioleagues.com/dental-congress/conference-registration.php>

For further more details and other affiliated journals feel free to contact us to:

dentistry@bioleagues.com

Registration Guidelines : <https://www.bioleagues.com/dental-congress/registration-guidelines.php>

Note: Kindly send us the payment details and registration form to the official mail id of the event before last date of registration.

Thanks & Regards,
Team BioLEAGUES
6th ICDOH -2024
dentistry@bioleagues.com
+91 6379872281



Anexo IV- Tabelas e Gráficos para análise de resultados.

Gênero

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Feminino	24	49.0	49.0	49.0
	Masculino	25	51.0	51.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

faixaetaria

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1-9	13	26.5	26.5	26.5
	10-19	24	49.0	49.0	75.5
	20-29	6	12.2	12.2	87.8
	30-39	3	6.1	6.1	93.9
	40-49	3	6.1	6.1	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Tipos de Habitos parafuncionais

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sem Hábitos Parafuncionais	23	46.9	46.9	46.9
	Onicofagia	12	24.5	24.5	71.4
	Interposição da lingua	5	10.2	10.2	81.6
	Morder tampa das cantas	1	2.0	2.0	83.7
	Dedos	2	4.1	4.1	87.8
	Chupeta	2	4.1	4.1	91.8
	Morder o lábio	4	8.2	8.2	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Tipo_de_mordida

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	NONE	24	49.0	49.0	49.0
	Mordida Cruzada Posterior bilateral e Mordida Aberta	3	6.1	6.1	55.1
	Mordida Cruzada Posterior Unilateral esquerda	1	2.0	2.0	57.1
	Mordida Profunda	3	6.1	6.1	63.3
	Mordida Cruzada Posterior Unilateral Direita	6	12.2	12.2	75.5
	Mordida Cruzada Anterior unilateral direita	2	4.1	4.1	79.6
	Mordida Cruzada Posterior bilateral	3	6.1	6.1	85.7
	Mordida Cruzada Anterior unilateral esquerda	6	12.2	12.2	98.0
	Mordida Cruzada anterior e posterior unilateral esq	1	2.0	2.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Tipo_de_respiracao

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nasal	29	59.2	59.2	59.2
	Mista	16	32.7	32.7	91.8
	Oral	4	8.2	8.2	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Classe dentária

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Classe I Molar	24	49.0	49.0	49.0
	Classe II Molar	8	16.3	16.3	65.3
	Classe III Molar	9	18.4	18.4	83.7
	Classe III Molar direita e II esquerda	2	4.1	4.1	87.8
	Classe I Molar direita e Classe II Molar esquerda	4	8.2	8.2	95.9
	Classe II Molar direita e Classe I Molar esquerda	2	4.1	4.1	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Classe_esqueletica

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Classe I	19	38.8	38.8	38.8
	Classe II	19	38.8	38.8	77.6
	Classe III	11	22.4	22.4	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Classe_esqueletica

		Frequência	Porcentagem
Válido	Classe I	19	38.8
	Classe II	16	32.7
	Classe III	11	22.4
	Classe II div 2	3	6.1
	Total	49	100.0

		Classe_esqueletica				Total	
		Classe I	Classe II	Classe III	Classe II div 2		
Genero	Feminino	Contagem	14	5	3	2	24
		% do Total	28.6%	10.2%	6.1%	4.1%	49.0%
	Masculino	Contagem	5	11	8	1	25
		% do Total	10.2%	22.4%	16.3%	2.0%	51.0%
Total		Contagem	19	16	11	3	49
		% do Total	38.8%	32.7%	22.4%	6.1%	100.0%

		faixa etária (anos)					Total		
		1-9	10-19	20-29	30-39	40-49			
Classe_esqueletica	Classe I	Contagem	7	9	2	1	0	19	
		% do Total	14.3%	18.4%	4.1%	2.0%	0.0%	38.8%	
	Classe II	Contagem	4	8	2	1	1	16	
		% do Total	8.2%	16.3%	4.1%	2.0%	2.0%	32.7%	
	Classe III	Contagem	2	4	2	1	2	11	
		% do Total	4.1%	8.2%	4.1%	2.0%	4.1%	22.4%	
	Classe II div 2	Contagem	0	3	0	0	0	3	
		% do Total	0.0%	6.1%	0.0%	0.0%	0.0%	6.1%	
	Total		Contagem	13	24	6	3	3	49
			% do Total	26.5%	49.0%	12.2%	6.1%	6.1%	100.0%

		Classe_esqueletica				Total		
		Classe I	Classe II	Classe III	Classe II div 2			
Habitos	Sem hábitos parafuncionais	Contagem	6	9	6	2	23	
		% do Total	12.2%	18.4%	12.2%	4.1%	46.9%	
	Onicofagia	Contagem	7	1	2	1	11	
		% do Total	14.3%	2.0%	4.1%	2.0%	22.4%	
	Interposição da lingua	Contagem	1	2	2	0	5	
		% do Total	2.0%	4.1%	4.1%	0.0%	10.2%	
	Morder tampa das cantas	Contagem	1	0	0	0	1	
		% do Total	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	
	Dedo, unhas, lingua e lábio	Contagem	0	1	0	0	1	
		% do Total	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	2.0%	
	Dedos	Contagem	0	2	0	0	2	
		% do Total	0.0%	4.1%	0.0%	0.0%	4.1%	
	Chupeta	Contagem	2	0	0	0	2	
		% do Total	4.1%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%	
	Morder o lábio	Contagem	2	1	1	0	4	
		% do Total	4.1%	2.0%	2.0%	0.0%	8.2%	
	Total		Contagem	19	16	11	3	49
			% do Total	38.8%	32.7%	22.4%	6.1%	100.0%

Tipo_de_mordida

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	NONE	24	49.0	49.0	49.0
	Mordida Cruzada Posterior bilateral e Mordida Aberta	3	6.1	6.1	55.1
	Mordida Cruzada Posterior Unilateral esquerda	1	2.0	2.0	57.1
	Mordida Profunda	3	6.1	6.1	63.3
	Mordida Cruzada Posterior Unilateral Direita	6	12.2	12.2	75.5
	Mordida Cruzada Anterior unilateral direita	2	4.1	4.1	79.6
	Mordida Cruzada Posterior bilateral	3	6.1	6.1	85.7
	Mordida Cruzada Anterior unilateral esquerda	6	12.2	12.2	98.0
	Mordida Cruzada anterior e posterior unilateral esq	1	2.0	2.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

		Tipo_de_respiracao			Total	
		Nasal	Mista	Oral		
Classe_esqueletica	Classe I	Contagem	14	5	0	19
		% do Total	28.6%	10.2%	0.0%	38.8%
	Classe II	Contagem	6	7	3	16
		% do Total	12.2%	14.3%	6.1%	32.7%
	Classe III	Contagem	7	3	1	11
		% do Total	14.3%	6.1%	2.0%	22.4%
	Classe II div 2	Contagem	2	1	0	3
		% do Total	4.1%	2.0%	0.0%	6.1%
Total		Contagem	29	16	4	49
		% do Total	59.2%	32.7%	8.2%	100.0%

			Classe I	Classe II	Classe III	Classe II div 2	Total
Classe_dentária	Classe I Molar	Contagem	13	7	3	1	24
		% do Total	26.5%	14.3%	6.1%	2.0%	49.0%
	Classe II Molar	Contagem	1	4	2	1	8
		% do Total	2.0%	8.2%	4.1%	2.0%	16.3%
	Classe III Molar	Contagem	3	0	6	0	9
		% do Total	6.1%	0.0%	12.2%	0.0%	18.4%
	Classe III Molar direita e II esquerda	Contagem	0	2	0	0	2
		% do Total	0.0%	4.1%	0.0%	0.0%	4.1%
	Classe I Molar dir. Classe II Molar esq	Contagem	2	1	0	1	4
		% do Total	4.1%	2.0%	0.0%	2.0%	8.2%
	Classe II Molar dir e Classe I Molar esq	Contagem	0	2	0	0	2
		% do Total	0.0%	4.1%	0.0%	0.0%	4.1%
Total	Contagem	19	16	11	3	49	
	% do Total	38.8%	32.7%	22.4%	6.1%	100.0%	