



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

## TRATAMENTOS INTERCETIVOS EM ODONTOPEDIATRIA

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

Por:  
Joana Paiva Alves

Viseu, 2018





CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

## TRATAMENTOS INTERCETIVOS EM ODONTOPEDIATRIA

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

Por:  
Joana Paiva Alves

Orientador: Professora Doutora Andreia Figueiredo

Viseu, 2018



“O valor das coisas não está no tempo que duram,  
mas na intensidade que acontecem.  
Por isso, existem momentos inesquecíveis,  
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Pessoa



## **Divulgação dos Resultados**

### **Publicações em reuniões científicas sob a forma de póster:**

#### **1) Mordida Cruzada Anterior – a propósito de um Caso Clínico**

Alves, J.<sup>1</sup>, Moreira, T.<sup>1</sup>, Seabra, M.<sup>2</sup>, Figueiredo, A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluna do 5º ano do MIMD do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

<sup>2</sup>Docente da unidade curricular de Odontopediatria do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

XII Jornadas de Medicina Dentária de Viseu, Universidade Católica Portuguesa-Instituto de Ciências da Saúde (Viseu), 18 a 20 de Maio de 2017

#### **2) Tratamento Interceptivo – a propósito de um caso clínico**

Alves, J.<sup>1</sup>, Moreira, T.<sup>1</sup>, Seabra, M.<sup>2</sup>, Figueiredo, A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluna do 5º ano do MIMD do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

<sup>2</sup>Docente da unidade curricular de Odontopediatria do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

XXXVII Congresso Anual SPEMD 2017 – Coimbra, 13 e 14 de Outubro de 2017

#### **3) Extrações Seriadas em Odontopediatria – a propósito de um caso clínico**

Alves, J.<sup>1</sup>, Moreira, T.<sup>1</sup>, Seabra, M.<sup>2</sup>, Figueiredo, A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluna do 5º ano do MIMD do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

<sup>2</sup>Docente da unidade curricular de Odontopediatria do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

XIII Jornadas de Medicina Dentária de Viseu, Universidade Católica Portuguesa-Instituto de Ciências da Saúde (Viseu), 10 a 12 de Maio de 2018

**4) Tratamento interceptivo de mordida cruzada anterior – a propósito de um caso clínico**

Silva, L.<sup>1</sup>, Oliveira, C.<sup>1</sup>, Alves, J.<sup>1</sup>, Seabra, M.<sup>2</sup>, Figueiredo, A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluna do 5º ano do MIMD do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

<sup>2</sup>Docente da unidade curricular de Odontopediatria do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

32<sup>as</sup> Jornadas de Medicina Oral, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, 17 a 18 de Maio de 2018

**5) Tratamento interceetivo através de uma rampa em compómero**

Alves, J.<sup>1</sup>, Moreira, T.<sup>1</sup>, Seabra, M.<sup>2</sup>, Figueiredo, A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluna do 5º ano do MIMD do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

<sup>2</sup>Docente da unidade curricular de Odontopediatria do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

Resumo da apresentação de caso clínico submetido ao 27º Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas – Porto, 8, 9 e 10 de Novembro de 2018

**Publicações científicas sob a forma de artigo:**

**1) Rapid correction of anterior crossbite using a bonded compomer slope**

Alves, J.<sup>1</sup>, Moreira, T.<sup>1</sup>, Seabra, M.<sup>2</sup>, Figueiredo, A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluna do 5º ano do MIMD do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

<sup>2</sup> Docente da unidade curricular de Odontopediatria do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

Submissão de artigo em forma de caso clínico na revista “Pediatric Dental Journal” a 1 de Junho de 2018



## Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo, por toda a dedicação, paciência e carinho para comigo, por toda a persistência e partilha de conhecimento, por me incentivar à realização deste projeto, o meu muito obrigada, de coração! Foi incansável!

A todas as professoras de Odontopediatria que me acompanharam neste percurso, um especial agradecimento por todo o apoio e entreaajuda que me encorajaram a fazer sempre mais e melhor.

Aos meus pais, pilares da minha vida! Obrigada por me deixarem sonhar e por me fazerem acreditar que nem o céu é o limite! Só com o vosso “paitrocínio” e todo o amor que me dão é que tudo isto foi possível! Há pessoas que não posso viver sem, e essas pessoas são vocês! Obrigada meus amores!

Aos meus amigos, por me acompanharem sempre com um sorriso e uma palavra encorajadora ao longo da minha vida académica, pelos mimos e pela amizade, um muito obrigada por estarem sempre presentes!

Aos meus familiares, pela força que me dão diariamente, por demonstrarem que sou um orgulho para a família, um agradecimento especial, nunca vos deixarei para trás!

Aos meus pacientes, desde miúdos a mais graúdos, obrigada por me deixarem aprender convosco! Obrigada pela boa disposição diária e fazerem esta profissão valer a pena!



## Resumo

**Introdução:** A avaliação do crescimento e desenvolvimento craniofacial das crianças é idealmente multidisciplinar. É fundamental a integração das diferentes áreas médicas para um correto planeamento estético e funcional do sistema estomatognático. Os tratamentos intercetivos estão integrados num conjunto de abordagens específicas onde a odontopediatria e a ortodontia atuam, evitando a progressão de uma má-oclusão através da remoção de hábitos deletérios, da colocação de aparelhos ou rampas/pistas. O principal objetivo deste estudo foi verificar, através de uma análise observacional descritiva transversal, a importância dos tratamentos intercetivos em odontopediatria, avaliando os conhecimentos e as práticas dos médicos dentistas perante cada criança.

**Material e métodos:** Realizaram-se 3 questionários. O questionário I foi divulgado *online* e direcionado a médicos dentistas, alcançando 206 profissionais. Os questionários II e III foram efetuados pelo método de entrevista, obtendo-se 10 participantes em cada. O questionário II foi dirigido a crianças submetidas a tratamentos intercetivos e o questionário III aos respetivos encarregados de educação.

**Resultados:** 20,4% da amostra não consulta pacientes pediátricos, pelo que a nossa amostra para as questões mais relevantes foi de 164 participantes. Todos estes (100%, n=164) consideraram saber o que são tratamentos do foro intercetivo, sendo que 56,7% (n=93) não aconselhou a execução destes em pacientes com má higiene oral. No entanto, referiram como fator mais relevante para a sua realização a necessidade funcional do paciente (79,9%). São ainda os profissionais que exercem há mais anos que privilegiam o tratamento em colaboração com terapeutas da fala (p-value=0,004) e otorrinolaringologistas (p-value=0,001). Verifica-se que os médicos dentistas não generalistas não consideram tanto o fator custo para a realização de tratamentos do foro intercetivo comparativamente com os generalistas (p-value=0,018).

Quase todas as crianças questionadas (n=9) consideraram o tratamento de fácil adaptação. Também os seus encarregados, na sua totalidade (n=10), acharam que a adaptação dos seus filhos face ao tratamento executado foi boa.

**Conclusões:** Os tratamentos intercetivos são uma realidade sólida praticada por médicos dentistas generalistas, odontopediatras e ortodontistas. A grande maioria dos casos de má-oclusão quando diagnosticada precocemente pode ser intercetada, tentando evitar tratamentos corretivos mais complexos.

Palavras-chave: “odontopediatria”, “ortodontia intercetiva”, “má-oclusões”, “manutenção de espaço”, “mordida cruzada”.

## **Abstract**

**Introduction:** The craniofacial growth assessment and development of children is ideally multidisciplinary. The integration of the different medical areas is fundamental for a correct esthetic and functional planning of the stomatognathic system. Interceptive treatments are integrated in a set of specific approaches where pediatric dentistry and orthodontics work, avoiding malocclusion progression through the removal of deleterious habits, appliance placement or ramps/lanes. The main objective of this study was to verify, through a transverse descriptive observational analysis, interceptive treatments importance in pediatric dentistry, evaluating the knowledge and practices of the dentists.

**Material and methods:** Three questionnaires were carried out. Questionnaire I was published online and directed to dentists, reaching 206 professionals. Questionnaires II and III were performed by the interview method, obtaining 10 participants in each. Questionnaire II was directed to children undergoing interceptive treatments and Questionnaire III to their parents.

**Results:** 20.4% of the sample did not consult pediatric patients, so our sample for the most relevant questions was of 164 participants. All of these (100%,  $n = 164$ ) considered knowing what interceptive treatments are, and 56.7% ( $n = 93$ ) did not advise their implementation in patients with poor oral hygiene. However, the functional need of the patient (79.9%) was the most relevant factor. Treatment in collaboration with speech therapists ( $p$ -value = 0.004) and otorhinolaryngologists ( $p$ -value = 0.001) is preferred by professionals who have been practicing for more years. It can be seen that non-generalists dentists do not consider the cost factor for the intersegmental treatments as compared to generalists ( $p$ -value = 0,018).

Almost all children ( $n = 9$ ) considered the treatment easy to adapt. All of their caretakers ( $n = 10$ ), said that their children 's adaptation to the treatment was good.

**Conclusions:** Interceptive treatments are a solid reality practiced by general dentists, pediatric dentists and orthodontists. The vast majority of malocclusion cases when early diagnosed can be intercepted, trying to avoid more complex corrective treatments.

**Keywords:** “pediatric dentistry”, “interceptive orthodontics”, “malocclusions”, “space maintenance”, “crossbite”.



# Índice

Divulgação dos Resultados.....	vii
Agradecimentos.....	xi
Resumo.....	xiii
Abstract.....	xv
Índice.....	xvii
I – Introdução.....	1
1. Odontopediatria como especialidade da Medicina Dentária.....	4
2. Ortodontia Intercetiva.....	6
2.1 Higiene Oral (DGS).....	7
2.2 Hábitos de higiene oral e aparelhos fixos/removíveis.....	9
2.3 Manutenção de espaço – Cronologia eruptiva e fatores que alteram a cronologia.....	10
2.4 Extrações seriadas.....	13
2.5 Hábitos.....	14
2.6 Mordida Aberta (anterior).....	16
2.7 Mordida cruzada posterior.....	18
2.8 Mordida cruzada anterior.....	20
3. Objetivos.....	22
II – Material e Métodos.....	25
III – Resultados.....	31
IV – Discussão dos Resultados.....	67
V – Conclusões.....	83
VI – Bibliografia.....	89
VII – Anexos.....	97



## I – Introdução

---



A odontopediatria é a área da medicina dentária que incorpora o tratamento integral de crianças dos 0 aos 18 anos de idade, abrangendo também os pacientes com necessidades especiais.(1) A detecção de má-oclusões e a identificação da sua origem é outra das competências vinculadas ao odontopediatra. Como tal, um diagnóstico precoce elaborado por estes profissionais, aliado a um tratamento bem orientado, poderá restituir uma oclusão normal.(2)

Idealmente, o tratamento de eleição para uma má-oclusão que se encontra em desenvolvimento é o intercetivo. A sua realização poderá estar ao alcance dos odontopediatras e/ou ortodontistas e visa estabelecer uma harmonia oclusal.(3) Através deste tipo de abordagem podemos prevenir a progressão da má-oclusão existente. Muitas vezes, mesmo com um tratamento intercetivo, poderá haver a necessidade, posterior, de um tratamento corretivo adicional.(4) No entanto, um tratamento intercetivo tenta diminuir esta condição, isto é, diminuir a necessidade de uma segunda fase de tratamento, ou reduzir a complexidade deste.(5–7) A sua técnica de execução menos demorada e dispendiosa são pontos benéficos para a sua integração na prática clínica. Estes tratamentos podem e devem ser implementados preferencialmente por odontopediatras e ortodontistas.(8)

De uma forma geral, torna-se importante não só para as próprias crianças na sua individualidade, mas também para a comunidade em geral, que os problemas diagnosticados em fase de desenvolvimento (intra e/ou extraorais) sejam intercetados por médicos dentistas o mais cedo possível. É ainda de extrema relevância que os encarregados de educação consigam perceber a distinção entre o que é considerado normal e as possíveis alterações do aparelho estomatognático, de forma a procurarem ajuda precocemente.

A aceitação destes tratamentos na prática clínica pode ser um desafio, não só pela criança mas também pelos pais.(5) Por vezes, nos dias que correm, os pais mostram-se mais flexíveis e preocupados com os tratamentos realizados nos seus filhos, principalmente naqueles que irão devolver uma melhor estética dentária após a sua execução, do que nos seus próprios tratamentos dentários.(9)

A escolha do presente estudo fundamentou-se na realidade encontrada na prática clínica diária de odontopediatria, em que frequentemente se observam crianças em dentição mista, com variáveis tipos de má-oclusões evidentes.

# **1. Odontopediatria como especialidade da Medicina Dentária**

A odontopediatria é sinónimo de medicina dentária para pacientes pediátricos e com necessidades especiais e a sua existência justifica-se pelas crianças apresentarem quer problemas dentários quer orofaciais.(10)

Segundo a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), os odontopediatras prestam cuidados de saúde oral preventivos e terapêuticos primários abrangentes, trabalhando em colaboração com outros profissionais de saúde e equipas multidisciplinares em prol do benefício das crianças.(1)

Os odontopediatras integram um conjunto de profissionais de saúde que colaboram para o bem-estar das crianças, auxiliando-as não só a título individual, como a nível comunitário. É importante que numa consulta de odontopediatria a criança seja vista como um todo. Embora o atendimento seja direcionado a questões dentárias, não nos devemos restringir simplesmente à cavidade oral.(11) Através deste seguimento, torna-se fundamental perceber que a criança não é um adulto em miniatura. (4)

A medicina dentária dedicada às crianças abrange/compreende diversas habilidades técnicas. Depreende a incorporação e aplicação de todos os atos clínicos médico-dentários, sendo que, estes são aplicados e adaptados a uma faixa etária restrita.(11) Desta forma, uma das especificidades inerentes à prática clínica de odontopediatria é a pluralidade de tratamentos com que o médico dentista todos os dias se depara.(1) A prática diária em exclusividade de tratamentos em crianças e jovens pressupõe atos de cirurgia, dentisteria, periodontologia, endodontia, medicina dentária preventiva e ortodontia intercetiva, entre outros. Cabe ao odontopediatra a prestação de cuidados de saúde de prevenção primária, como a colocação de selantes de fissuras, aplicação de vernizes de flúor ou aconselhamento dietético; atos de prevenção secundária como restauração de dentes cariados, pulpotomias ou pulpectomias, extração de dentes decíduos, supranumerários ou dentes permanentes, entre outros e atos de prevenção terciária como colocação de mantenedores de espaço ou aparelhos de correção dentária.(1,10) O médico dentista além de ter conhecimentos amplos para o tratamento de crianças, possui ainda competências de patologia oral e geral, tornando-se imprescindível compreender as exigências psicológicas e emocionais de cada criança.(10)

Na área da saúde, o trabalho em equipa e a interdisciplinaridade são condições importantes para um tratamento e consequente resultado primoroso, sendo que a medicina dentária não é exceção.(12)

Neste seguimento, várias especialidades da medicina em geral cooperam com a medicina dentária. Os obstetras, por exemplo, têm como tarefa elucidar as gestantes a praticar corretos hábitos de higiene oral, alertando-as para a possibilidade de contaminação cruzada de bactérias devido a comportamentos incorretos dos pais para com os bebés, que podem levar à cárie precoce de infância.(13) Por outro lado, também o pediatra, médico que mantém contato direto com a criança desde o nascimento, tem um papel preponderante na saúde oral dos seus pacientes. Nos primeiros anos de vida é mais frequente os pais levarem rotineiramente a criança ao médico pediatra do que ao médico dentista. Desta forma, a atitude destes médicos é crucial para o bem-estar dos mais pequenos, estando na posição mais confortável para orientar os responsáveis das crianças relativamente à higiene/saúde oral.(14) Ainda referente às especialidades de medicina, os médicos de medicina geral e familiar encontram-se numa posição muito similar à dos médicos pediatras. Em Portugal, a criança é seguida por um médico de medicina geral e familiar, mesmo antes do seu nascimento, até à idade adulta, pelo que o exame intraoral e o aconselhamento de higiene oral é, teoricamente, obrigatório. Estes têm a responsabilidade de encaminhar a criança para um médico dentista caso sejam detetadas alterações orais.(15)

Também os terapeutas da fala são profissionais de saúde com os quais os médicos dentistas colaboram para os seus tratamentos. Tanto os médicos dentistas como os terapeutas da fala atuam em áreas que têm por base o aparelho estomatognático.(12) Havendo uma alteração neste aparelho poder-se-á necessitar da colaboração e cooperação destas duas áreas. Nos casos em que exista, por exemplo, perda precoce de incisivos centrais decíduos, a colaboração entre estes dois profissionais de saúde será essencial. Além do médico dentista fazer o que está ao seu alcance (como a colocação de um mantenedor de espaço), será imprescindível o acompanhamento de um terapeuta da fala, de modo a estabilizar aspetos miofuncionais como a mastigação, a fala, a mobilidade da língua, a mobilidade dos lábios e a sua tonicidade.(16)

Os otorrinolaringologistas constituem, também, um conjunto de profissionais que estão interligados à prática diária do médico dentista. Casos em que o paciente apresente um padrão de respiração oral torna-se imperativo um tratamento concebido por ortodontista, terapeuta da fala, otorrinolaringologista e até mesmo fisioterapeuta.(12)

A intervenção interdisciplinar visa oferecer tratamentos mais satisfatórios, com melhores resultados a nível clínico, com o intuito último de valorizar a qualidade de vida do paciente.(12,16)

## **2. Ortodontia Intercetiva**

Na planificação de qualquer intervenção do foro da ortodontia intercetiva é fundamental, antes de mais, a obtenção de uma boa saúde oral, para a qual é imprescindível uma boa higienização.

Os tratamentos do foro intercetivo fazem parte do dia-a-dia do odontopediatra. O termo ortodontia intercetiva é muitas vezes confundido com ortodontia preventiva. Esta última tem como finalidade prevenir uma má-oclusão, enquanto que na intercetiva a má-oclusão já está presente.(3,17)

Graber (1972) define ortodontia preventiva como a realização de um tratamento de modo a preservar a integridade do que parece ser uma oclusão normal num momento específico. Por outro lado, refere-se à ortodontia intercetiva como a implementação de medidas que vão intercetar uma má-oclusão, já desenvolvida ou em desenvolvimento, em que o objetivo é restaurar a função normal.(18)

A ortodontia intercetiva além de reduzir a gravidade de má-oclusões, é empregue com o intuito de melhorar a autoimagem do paciente e os possíveis padrões de crescimento, eliminar hábitos deletérios e facilitar a erupção normal da dentição.(19) Nos tratamentos intercetivos e corretivos os procedimentos executados, podem ser os mesmos, no entanto são efetuados em tempos distintos. A título de exemplo, a extração de dentes supranumerários pode ser um tratamento preventivo, quando realizado anteriormente à deslocação de outros dentes. No entanto, se procedermos à extração, após o aparecimento de sinais de má-oclusão, já estamos perante um tratamento intercetivo.(3)

Estes tratamentos apresentam benefícios substanciais com riscos diminuídos.(5) Desta forma, torna-se relevante perceber a cronologia do desenvolvimento da criança e da sua erupção dentária, para a eventual necessidade de implementação de um tratamento sem que este interfira com o desenvolvimento normal.(11)

Para avaliar a necessidade de tratamentos preventivos ou intercetivos, foi descrito um índice (IPION- Index for preventive and interceptive orthodontic needs) que permite a deteção precoce de má-oclusões, de forma a que um tratamento intercetivo simples

possa ser realizado para minimizar ou eliminar a necessidade de um tratamento ortodôntico mais complexo e oneroso. Este índice atribui valores a vários determinantes oclusais consoante a sua severidade. Como os fatores de má-oclusão variam com a idade, este índice foi dividido em dois grupos etários: um para crianças de 6 anos e outro para crianças de 9, em que a pontuação total nos permite avaliar se é preciso um tratamento preventivo ou intercetivo. Pode ser útil para os médicos dentistas, no entanto não avalia má-oclusões severas, não sendo fiável para estas.(17)

Assim, como em qualquer tratamento, existem indicações obrigatórias e facultativas para a sua realização. As situações em que devemos praticar um tratamento intercetivo são variadas, a fim de evitarmos que o problema existente se agrave ou evolua para um problema a nível esquelético. As indicações são: o apinhamento, abertura ou recuperação de espaços, a sucção dos dedos, a ausência de dentes (tanto uma ausência congénita como uma perda traumática), a supressão de dentes supranumerários, a erupção de dentes (dentes ectópicos, impactação, transposição ou anquilose), a má-oclusão de classe II (aumento de sobremordida ou overjet) e a má-oclusão de classe III, as mordidas cruzadas anteriores, posteriores ou mordidas abertas.(4,6)

## **2.1 Higiene Oral (DGS)**

A abordagem da higiene oral deve ser vista como um ato de higiene pessoal. A saúde oral constitui um dos maiores problemas de saúde geral tanto na criança como no adolescente. Segundo a Circular Normativa da Direção Geral da Saúde, “se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.” Nesta vertente, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral foi integrado no Plano de Saúde 2004-2010 apoiando-se nos seguintes objetivos: “melhorar conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral; diminuir a incidência de cárie dentária; reduzir a prevalência da cárie dentária; aumentar a percentagem de crianças livres de cárie; criar uma base de dados, nacional, sobre saúde oral; prestar especial atenção, numa perspectiva de promoção da equidade, à saúde oral das crianças e dos jovens com Necessidades de Saúde Especiais, assim como dos grupos economicamente débeis e socialmente excluídos, que frequentam a escola do ensino regular ou instituições.” (20)

A saúde oral é relevante não só no contexto social, como no particular. É essencial que se informe tanto pais, como outros tipos de cuidadores da criança, sobre informações úteis para uma boa higiene oral, sendo que este alerta pode ser feito por médicos de medicina geral e familiar ou médicos pediatras e enfermeiros aquando de uma consulta ou vacinação, respetivamente.(21)

Por outro lado, a DGS, de forma a tomar medidas preventivas e terapêuticas mais adequadas, dividiu as crianças em alto e baixo risco de cárie, dependendo de vários fatores de risco (Tabela 1). Para as crianças classificadas com alto risco de cárie, a DGS recomenda a aplicação de vernizes de flúor ou clorhexidina, selantes de fissuras e suplemento de fluoretos, consoante os casos.(20)

Como verificado na Tabela 1, a criança que utiliza aparelho fixo é classificada diretamente como sendo de alto risco de cárie, pelo controlo de placa ser mais difícil, tornando-se essencial a prática das medidas supracitadas.(20)

Tabela 1: Avaliação dos fatores de risco (Fonte: Adaptado de (20))

<b>Fatores de risco</b>	<b>Baixo risco</b>	<b>Alto risco</b>
<b>Evidência clínica de doença</b>	Sem lesões de cárie. Nenhum dente perdido devido a cárie. Poucas ou nenhuma obturações.	Lesões ativas de cárie. Extrações devido a cárie. Duas ou mais obturações. <b>Aparelho fixo de ortodontia.</b>
<b>Análise dos hábitos alimentares</b>	Ingestão pouco frequente de alimentos açucarados.	Ingestão frequente de alimentos açucarados, em particular entre as refeições.
<b>Utilização de fluoretos</b>	Uso regular de dentífrico fluoretado.	Não utilização regular de qualquer dentífrico fluoretado.
<b>Controlo da placa bacteriana</b>	Escovagem dos dentes duas ou mais vezes por dia.	Não escova os dentes ou faz uma escovagem pouco eficaz.
<b>Nível socioeconómico da família</b>	Médio ou alto.	Baixo.
<b>História clínica da criança</b>	Sem problemas de saúde. Ausência de medicação crónica.	Portador de deficiência física ou mental. Ingestão prolongada de medicamentos cariogénicos. Doenças crónicas. Xerostomia.

Neste sentido, foram geradas recomendações sobre hábitos de higiene oral no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), apresentadas na Tabela 2.(20)

Tabela 2: Recomendações sobre hábitos de higiene oral no âmbito da PNPSO (Fonte: Adaptado de (20))

<b>Recomendações</b>	<b>Frequência da escovagem dos dentes</b>	<b>Material utilizado na escovagem dos dentes</b>	<b>Execução da escovagem dos dentes</b>	<b>Dentífrico fluoretado</b>
<b>0-3 anos</b>	2x dia	Gaze Dedeira Escova macia	Pais	1000-1500 ppm
<b>3-6 anos</b>	2x dia	Escova macia	Pais e/ou criança	1000-1500 ppm
<b>Mais de 6 anos</b>	2x dia	Escova macia ou em alternativa média	Criança e/ou pais	1000-1500 ppm

Estes hábitos são os preconizados para a generalidade das crianças. Depreende-se que as crianças de alto risco devem pô-las em prática de forma minuciosa.

## **2.2 Hábitos de higiene oral e aparelhos fixos/removíveis**

Um dos inconvenientes intrínsecos à utilização de mantenedores/aparelhos fixos ou removíveis é a higiene oral. A aplicação destes pode estar associada a um aumento de placa bacteriana e consequente inflamação gengival.(22) A AAPD identifica tanto a acumulação de placa como a potencial formação de cáries dentárias como efeitos adversos associados ao uso de mantenedores de espaço.(23)

A técnica de escovagem deve ser explicada às crianças aquando da colocação de algum tipo de aparelho, visto que requer destreza manual e uma técnica mais difícil de higienização, sendo imprescindível aconselhamentos para uma adequada higiene oral, referindo a importância do uso de escovilhões interdentários, fio dentário e bochechos de clorhexidina.(24) Existem, no mercado, kits ortodônticos, compostos por escova ortodôntica, escovilhão, pasta dentífrica de 1500 ppm de flúor e colutório, para

maximização dos cuidados a adotar. É essencial alertar os pais para a responsabilidade de supervisão da higiene.

Segundo Andrade e Guedes Pinto (2017), os aparelhos removíveis possibilitam uma fácil higienização da cavidade oral comparativamente com os fixos, pela sua remoção simples, no entanto requerem bastante colaboração das crianças e dos pais, sendo necessário que estes últimos estejam cientes dos cuidados de higiene oral que devem existir.(25)

Porém, a cimentação incorreta de bandas de aparelhos fixos, pode criar respostas negativas dos tecidos devido à placa bacteriana acumulada, à proximidade com o sulco gengival e à elevada área do dente que é recoberta pela banda provocando dificuldade e consequente déficit de higiene oral.(26) No entanto, mesmo que bem cimentadas, estes problemas podem surgir caso não haja uma higienização adequada. (25)

De facto, a retenção bacteriana e posterior resposta inflamatória, hipertrofia gengival e hiperplasia inerente ao uso de mantenedores de espaço e aparelhos ortodônticos está amplamente relatada.(27) Outro fator associado à placa bacteriana e por conseguinte aliado ao uso de aparelhos ortodônticos é a halitose.(28)

Sucintamente, como consequência da utilização deste tipo de aparelhos podem resultar tanto cáries dentárias como problemas periodontais.(29) Neste sentido, torna-se imprescindível a colaboração dos pais e crianças relativamente à higiene oral aquando da inserção de um aparelho.(25)

### **2.3 Manutenção de espaço – Cronologia eruptiva e fatores que alteram a cronologia**

A erupção dentária pode ser influenciada pela variação racial, por fatores ambientais (nutrição e saúde/doença) e até mesmo pelo género, sendo que no género feminino existe uma tendência a que os dentes posteriores erupcionem mais precocemente quando comparado ao género masculino.(30)

A erupção prematura pode acontecer tanto em dentes decíduos como em dentes definitivos. Na dentição decídua pode referir-se como exemplo os dentes natais e neonatais, que podem estar associados a síndromes. Na dentição permanente os dentes também podem erupcionar antes do tempo que está normalmente previsto e descrito como resultado de uma puberdade precoce ou alterações endócrinas. Por outro lado, a presença

de dentes supranumerários ou odontomas normalmente retarda a erupção da dentição permanente.(30)

Na dentição primária idealmente deve observar-se um espaçamento entre os dentes (espaços primatas), o que é benéfico, pois, sem estes espaços a probabilidade de existir apinhamento na dentição permanente é quase certa.(30) Por vezes, por consequência de cáries, traumatismos ou anomalias de desenvolvimento, é necessário fazer extrações dentárias em crianças. Nos casos em que a criança já tenha apinhamento, a extração do dente decíduo trará problemas futuros, pois o dente adjacente à extração, normalmente o distal, irá ocupar parte do espaço deste, dificultando a erupção do sucessor permanente e provocando também movimentos dentários prejudiciais.(23,30) Como tal, torna-se fundamental o conhecimento da cronologia eruptiva tanto da dentição definitiva, como da dentição decídua (Tabela 3), para se reconhecer o que é fora da norma.(31)

Tabela 3: Cronologia da erupção dentária (Fonte: Adaptado de (31))

<b>Dentição temporária</b>		
	Erupção	
	Maxilar	Mandibular
Incisivos centrais	7-8 anos	6-7 anos
Incisivos laterais	8-9 anos	7-8 anos
Caninos	11-12 anos	9-11 anos
Primeiros molares	9-11 anos	10-12 anos
Segundos molares	9-12 anos	11-13 anos
<b>Dentição permanente</b>		
	Erupção	
	Maxilar	Mandibular
Incisivos centrais	7-8 anos	6-7 anos
Incisivos laterais	8-9 anos	7-8 anos
Caninos	11-12 anos	9-11 anos
Primeiros pré-molares	10-11 anos	10-12 anos
Segundos pré-molares	10-12 anos	11-13 anos
Primeiros molares	5.5-7 anos	5.5-7 anos
Segundos molares	12-14 anos	12-14 anos
Terceiros molares	17-30 anos	17-30 anos

Neste seguimento, recomenda-se o uso de mantenedores de espaço quando existe perda precoce de dentes temporários de forma a diminuir o potencial do estabelecimento

de uma má-oclusão. Antes de tudo, deve evitar-se, sempre que possível, a extração precoce dentária, pondo em prática técnicas de terapia pulpar, para não ser imperativo o uso de mantenedores de espaço, que devem constituir, sempre, a última alternativa.(23) Por outro lado, há que ter em conta que esta perda prematura dos dentes temporários deve ser analisada, verificando qual o dente que foi perdido, se o sucessor permanente se está a desenvolver normalmente, o estado geral de saúde do paciente e o comprimento do arco dentário. Além de habitualmente ser necessário o uso de mantenedores de espaço nestas situações, não implica que o seja na totalidade dos casos.(2)

A indicação principal para o uso de mantenedores de espaço é a manutenção deste por perda prematura de dentes decíduos, evitando a perda de comprimento, de largura e de perímetro do arco dentário. No entanto, não podemos aplicar esta terapêutica de forma abrangente, havendo pontos que devemos ter em consideração, como qual o dente perdido em particular, o tempo que já passou desde a sua perda, a oclusão pré-existente, a análise de espaço, o estágio do dente sucessor permanente, a quantidade de osso alveolar, o estado de saúde e capacidade de colaboração do paciente, presença ou ausência de hábitos orais ativos e a higiene oral.(23) A compatibilidade anatômica com dentes de apoio e mucosas, a interferência com a erupção dentária e com o desenvolvimento ósseo e alveolar são fatores que também devem ser tidos em consideração.(32) Por conseguinte, na ausência de colaboração e cooperação da criança, quando o dente sucessor estiver em erupção, quando já houver, realmente, falta de espaço significativa e quando existir agenesia do dente sucessor, está totalmente contra-indicado a colocação de mantenedores de espaço.(33)

Os mantenedores de espaço podem ser classificados como fixos ou removíveis, relativamente ao seu suporte. Como aparelhos fixos, podemos recorrer a bandas alça, coroas alça, arcos linguais passivos, aparelhos de Nance, arcos transpalatinos e aparelhos proprioceptivos. Como aparelhos removíveis, temos por exemplo próteses parciais e placas de Hawley. O mantenedor de espaço, uma vez colocado, deve permanecer em boca até que o dente permanente entre em erupção no arco dentário.(23)

As razões para a colocação de um aparelho mantenedor, caso a perda seja de um incisivo, não é só pela manutenção espacial, mas acima de tudo pela estética, pela função e fonética.(10)

Passando dos factos gerais para a particularidade de cada mantenedor, a banda alça está indicada para perdas unilaterais e unitárias quando o dente de apoio se encontra

íntegro. A coroa alça obedece às mesmas indicações, mas por vezes é mais aconselhada quando o dente de apoio já sofreu alguma destruição coronária.(33)

O arco lingual, contrariamente aos mantenedores referidos anteriormente, está aconselhado para perdas múltiplas unilaterais e bilaterais. Ao invés deste, a barra transpalatina é aplicada na arcada superior. Assim, está indicada para perdas dentárias tanto unilaterais como bilaterais da região posterior.(33) Tanto o aparelho de Nance como o arco transpalatino são usados para manter espaço na maxila. O aparelho de Nance tem na sua composição um botão de acrílico que fica em contato direto com as rugas palatinas, pelo contrário o arco transpalatino não tem nenhum botão de acrílico na sua constituição e atravessa diretamente o palato sem estar a contactar com ele. Por outro lado, este arco não obtém os melhores resultados, pois permite que os dentes rodem em torno da raiz palatina e por consequência existe sempre alguma perda de espaço.(10)

O aparelho proprioceptivo a nível de constituição é idêntico à banda alça, embora seja usado quando existe perda precoce de um segundo molar decíduo e a banda fica apoiada no primeiro molar decíduo com a alça orientada para distal, de modo a que o primeiro molar não distalize. Enquanto que as alças no aparelho de banda alça são sempre com orientação para mesial, nos aparelhos proprioceptivos são sempre para distal.(10)

Relativamente aos aparelhos removíveis, são classificados na sua maioria como funcionais, proporcionam estética, ajudam na mastigação e restabelecem a fonação e dicção. Além de não haver perdas significativas de espaço na região anterior superior, é importante a colocação de um mantenedor removível funcional, pois além das vantagens já supracitadas, evita a incorporação de novos hábitos na criança. A grande desvantagem é depender totalmente da colaboração desta.(33)

## **2.4 Extrações seriadas**

As extrações dentárias constituem um ato clínico no âmbito da cirurgia. Como tal, anteriormente à sua realização há que fazer uma avaliação detalhada com considerações especiais conforme a faixa etária. Segundo a AAPD, deve fazer-se uma avaliação pré-operatória médica e dentária detalhada. Aqui, devemos incluir uma história médico-clínica e dentária com o máximo de rigor. Assim como devemos incluir uma história médica minuciosa, evitando medidas de emergência, uma avaliação radiográfica e clínica dos tecidos moles, dentários e perfil facial, sendo que as radiografias devem ser aplicadas

às áreas de interesse. As considerações comportamentais, o desenvolvimento e crescimento da criança, a progressão dentária, a ausência/presença de patologias e os cuidados pós-operatórios são itens de referência que devem ser seguidos pelos médicos dentistas, segundo as guidelines. (34)

As extrações seriadas constituem um dos procedimentos interceivos que consiste na sequência de extrações de dentes decíduos e/ou permanentes programadas. O objetivo deste procedimento é guiar para a posição correta os dentes sucessores ou adjacentes de forma espontânea.(35,36) Pretende-se, ainda, evitar ou minimizar o apinhamento dentário.(9)

O mais comum é fazerem-se extrações seriadas de caninos decíduos, dos primeiros molares, também eles decíduos, e dos primeiros pré-molares. A razão pela qual se fazem extrações seriadas em caninos decíduos é para permitir um correto alinhamento dos incisivos laterais permanentes aquando da sua erupção. Desta forma, para que não haja desvio da linha média, aquando da esfoliação precoce deste dente, extrai-se o contralateral. Por outro lado, a extração dos primeiros molares decíduos promove a erupção dos pré-molares sucessores. Relativamente à dentição definitiva, o mais usual é a extração dos primeiros pré-molares para possibilitar um correto alinhamento dos caninos permanentes proporcionando espaço para isso.(30) Em casos de anquilose este tratamento está também indicado.(35)

Este tipo de tratamento também acarreta aspetos negativos, como a possibilidade de ficarem espaços remanescentes, problemas periodontais, acentuação da curva de Spee, maior propensão para o hábito de interposição lingual e a necessidade de acompanhamento personalizado durante um longo período de tempo.(36)

Procura-se, através deste tipo de extrações, evitar abordagens terapêuticas como o uso de aparelhos.(30) No entanto, nos dias de hoje, este já é visto como um tratamento auxiliar.(9)

## **2.5 Hábitos**

As má-oclusões podem ser associadas a fatores genéticos, no entanto existe grande associação entre má-oclusões e hábitos, como os de sucção não nutritivos.(37)

Os hábitos orais são caracterizados por práticas repetitivas e frequentes que se permanecerem no tempo prejudicam não só o desenvolvimento muscular como também

a maxila e a mandíbula.(38,39) A presença de hábitos deletérios desenvolve muitas vezes má-oclusões(38) e pode provocar dificuldades na fala.(40)

Hábitos de sucção não nutritiva (sucção digital ou sucção da chupeta), interposição lingual/labial, respiração oral e deglutição atípica, constituem um conjunto de hábitos deletérios que podem dificultar o crescimento normal das crianças.(38–41) A sua eficiência está inteiramente relacionada com a duração, frequência e origem do mesmo.(40)

Os hábitos de sucção não-nutritivos consideram-se de carácter normal em lactentes e crianças pequenas.(23). A mordida aberta anterior, a mordida cruzada posterior, o aumento de overjet e a retroinclinação dos incisivos inferiores são algumas das consequências dentárias que estão associadas à sucção digital/chupeta.(39)

Relativamente à interposição labial, o mais comum é ser do lábio inferior, provocando hipertonicidade deste, hipotonicidade do lábio superior, aumento do overjet, retroinclinação dos incisivos inferiores, incompetência labial, e, por vezes, a inibição do crescimento normal da mandíbula.(3,38) Para travar este hábito, o aparelho mais comumente aplicado é o lip bumper, podendo ser fixo ou removível. Além de ser usado como tratamento da interposição labial inferior, é ainda indicado em casos de sucção digital quando provocam má-oclusões, pode ser usado como mantenedor e como recuperador de espaço na arcada inferior e ainda tem a potencialidade de reforçar a ancoragem posterior.(42)

Durante a infância, a técnica de deglutição pressupõe a interposição da língua entre as bases ósseas de forma fisiológica, denominando-se deglutição infantil. No adulto, a ponta da língua deve situar-se ao nível da papila incisiva. A permanência da deglutição infantil, pelo insucesso da transição da mesma para a deglutição adulta, denomina-se de deglutição atípica. Nesta condição, a ponta da língua encontra-se na superfície palatina dos dentes anteriores ou entre as duas arcadas ao invés de se situar no palato como seria de esperar numa situação normal. Etiologicamente, a deglutição atípica pode estar associada a causas psicológicas, ao sono e distúrbios do humor. Por outro lado, pode ser causada por hábitos orais como o de sucção digital ou de chupeta, pelo freio lingual curto, pela morfologia das vias aéreas ou aumento de tamanho das amígdalas. Está recorrentemente associada à existência de má-oclusões como mordidas abertas ou overjets aumentados. Neste sentido, o tratamento passa por eliminar os hábitos deletérios e fazer uma abordagem reeducativa. Em alguns casos, pode haver correção espontânea unicamente com o cessamento do hábito.(43) Não obstante, a interposição lingual pode

originar mordidas abertas, cruzadas, overjets aumentados ou classes II.(39) Segundo Proffit, Fields e Sarver (2008), a maior parte dos portadores de mordidas abertas apresentam deglutição com interposição lingual como resposta fisiológica à má-oclusão já existente, sendo que o contrário não se verifica, ou seja, não podemos dizer que é a deglutição com interposição lingual a causa de mordida aberta. Segundo este autor, corrigindo a mordida aberta ou o overjet aumentado, a deglutição com interposição lingual tende a desaparecer.(9)

A respiração fisiológica promove um desenvolvimento normal a nível craniofacial.(44) A respiração pode ser avaliada de três formas distintas: a respiração nasal, que constitui o padrão fisiológico, a respiração oral e a respiração mista. A respiração oral é caracterizada pela passagem de ar (total ou parcial) pela boca em vez do nariz.(44) Pode ser originada pela presença de problemas do trato respiratório, como adenoides hipertróficas ou alergias. Em respiradores orais a língua não se encontra na posição correta, provocando uma distribuição anormal da força dos tecidos moles provocando palato ogival e diminuição do arco dentário maxilar.(45) Contribui ainda para um aumento da altura facial e do overjet e para o aparecimento de mordida aberta anterior. Fisicamente, as crianças portadoras de respiração oral apresentam frequentemente anomalias de crescimento, sinais de obstrução nasal, fâcies adenoideias e intraoralmente verificamos amígdalas aumentadas.(23) Tratando-se de um problema respiratório, a colaboração de um otorrinolaringologista torna-se indispensável. O tratamento ortodôntico também é, por norma, imposto nestes casos, pois, mesmo que o hábito seja retirado, normalmente é necessário para corrigir os distúrbios mencionados anteriormente.(45)

O tratamento de hábitos está relacionado com o desenvolvimento prejudicial da dentição ou da face. A terapêutica deve abranger um aconselhamento à criança e ao seu respetivo responsável, métodos de alteração de comportamento, terapia miofuncional, terapia com aparelhos. Por vezes pode necessitar de uma abordagem multidisciplinar incluindo ortodontistas, psicólogos, terapeutas da fala e otorrinolaringologistas.(23)

## **2.6 Mordida Aberta (anterior)**

A mordida aberta anterior é caracterizada pela ausência de contacto incisivo, ou seja, falta de contacto dos dentes anteriores em relação cêntrica (46), como é visível na

Figura 1. As mordidas abertas não existem apenas na zona anterior, estando também presentes na região posterior.(2,47) Esta desarmonia oclusal tem uma etiologia multifatorial podendo ser gerada por desvios do padrão de crescimento, por um tamanho ou posição anormal da língua, hábitos orais anormais, pela respiração oral ou por doenças congénitas e/ou adquiridas.(2,48) A presença de respiração oral induz uma incorreta posição da língua e posteriormente mordida aberta anterior.(46) Por outro lado, com a presença de mordida aberta anterior a língua acessa para o espaço interdental provocando alterações na fonia.(11)



*Figura 1: Exemplo de mordida aberta anterior. Fotografia obtida de pacientes odontopediátricos a frequentar a clínica da UCP quando a realização deste estudo*

Existe uma forte relação entre a mordida aberta anterior e hábitos deletérios orais, sendo que após a sua repetição vão-se tornando involuntários, inconscientes e persistentes.(49) Pode destacar-se a sucção de dedos e chupetas, posturas labiais alteradas e hábitos da língua.(48)

A sucção não nutritiva é um dos hábitos mais fortemente associados a este tipo de mordida,(50) sendo que o hábito mais comum é o uso de chupeta, constituindo uma sucção fora da dita normal.(51) A eliminação precoce do hábito resulta numa correção espontânea da mordida aberta anterior,(49,51) com ausência de qualquer tipo de aparelho intraoral.(9) Desta forma, a American Academy of Pediatric Dentistry refere os 36 meses como a idade limite a que o hábito deve ser interrompido.(23)

Por outro lado, quando a mordida aberta anterior não fecha espontaneamente por dificuldade em eliminar o hábito, é imprescindível o uso de um aparelho. Geralmente utiliza-se um arco palatino com grade/grelha lingual, o que impede a sua permanência. Além do uso deste, se o hábito não for verdadeiramente eliminado e persistir após a grelha

lingual ser retirada, existe risco de recidiva. (9) Este aparelho, sempre que possível, deve ser de adesão fixa e não removível, sendo mais seguro e eficaz por não depender da colaboração da criança.(52) Outra alternativa bastante viável e eficaz é a utilização de esporões linguais/palatinos aderidos ou convencionais.(23,28) No início de dentição mista, podemos recorrer a terapia para sucção digital com vista à eliminação do hábito e a utilização de aparelhos intraorais.(9) A estabilidade pós tratamento ainda padece de evidências pela dificuldade do equilíbrio da posição e atividade da língua a longo prazo.(48) No entanto, pode também ser necessário o tratamento ortodôntico como um tratamento coadjuvante em dentição mista para restabelecer uma oclusão normal e estável. (54)

Na presença de mordidas abertas anteriores a ortodontia intercetiva toma um papel essencial. Com o uso dos aparelhos descritos faz-se cessar o hábito existente, reeduca-se a postura da língua e criam-se condições ideais para uma oclusão normal. Esta má-occlusão, além de ter um grande potencial de autocorreção, se não intercetada precocemente, o que é de tratamento simples, pode tornar-se complexo.(53)

## **2.7 Mordida cruzada posterior**

A mordida cruzada posterior (ilustrada na Figura 2) é considerada uma das má-occlusões mais comuns tanto na dentição decídua como na dentição mista. Segundo vários autores, é uma má-occlusão que não normaliza espontaneamente, devendo intervir-se o mais cedo possível.(55–58)



*Figura 2: Exemplo de mordida cruzada posterior. Fotografia obtida de pacientes odontopediátricos a frequentar a clínica da UCP aquando a realização deste estudo*

Por definição, a mordida cruzada posterior reflete-se pela posição lingual dos dentes superiores posteriores relativamente aos dentes inferiores antagonistas.(9) Pode compreender desde um a vários dentes, ter uma etiologia dentoalveolar ou esquelética e ser uni ou bilateral.(59) Pode ainda ser unilateral funcional. Isto acontece quando os dentes em oclusão apresentam uma mordida cruzada posterior unilateral, mas em relação centrada deparamos que a mordida cruzada é bilateral, devendo ser tratada como esta última.(60)

Este tipo de mordida cruzada pode ser originada através de hábitos de sucção, alteração na sequência de erupção dentária, variação do comprimento do arco dentário, anatomia dentária modificada, retenção e/ou perda prolongada de dentes decíduos precoce, apinhamentos, fenda palatina, respiração oral (durante certos períodos de crescimento) e até mesmo fatores genéticos.(57,58) Relativamente aos hábitos de sucção, as crianças que são amamentadas pelo aleitamento materno apresentam menos mordidas cruzadas comparativamente com crianças que utilizam biberão, sendo que estas últimas, como resultado, apresentam a maxila estreita.(61) A mordida cruzada posterior unilateral pode desenvolver problemas a nível funcional, provocando uma menor força de mordida, alterações nas articulações e uma atividade muscular assimétrica. Por consequência pode desenvolver-se uma assimetria esquelética se a má-oclusão não for corrigida precocemente.(62)

Numa fase inicial, aquando a dentição decídua, o tratamento passa por desgastes seletivos em dentes que causam prematuridades resultando na mordida cruzada posterior.(55,56) As abordagens de tratamento são variadas, podendo ser utilizados tanto aparelhos removíveis como fixos.(60) Torna-se essencial que as mordidas cruzadas posteriores sejam tratadas através de expansão maxilar assim que detetadas, após um diagnóstico bem elaborado com o paciente em relação centrada.(57)

Podemos recorrer a aparelhos removíveis como é o caso das placas de Hawley com parafuso expensor, para uma expansão lenta. É comumente utilizada em mordidas cruzadas posteriores dentárias, tanto em dentição decídua como mista. O descruzador de mordida posterior com mola digital é outro aparelho removível, composto por uma placa de acrílico com uma mola no dente cruzado, utilizado quando existe o envolvimento apenas de um dente.(60)

Podemos recorrer a uma abordagem fixa como os botões linguais, que são eficazes no envolvimento de um dente, em que são aderidos botões na face palatina do dente

superior envolvido na mordida cruzada e outro no dente inferior antagonista, unindo-os com um elástico de forma a descruzar o dente em questão.(60)

A expansão rápida do palato deve ser feita em pacientes com dentição mista de forma a corrigir a mordida cruzada a nível transversal e sagital devolvendo espaço ao arco dentário e corrigindo os apinhamentos existentes. Este tipo de expansão também se aplica para pacientes portadores de classe III.(57) Como tal, temos ao nosso dispor, aparelhos fixos que conseguem fazer uma rápida expansão do palato como é o caso do aparelho de Haas e do Hyrax.(9,63)

## 2.8 Mordida cruzada anterior

A mordida cruzada anterior é uma má-oclusão que envolve constrangimento estético.(64–66) Além de ser um problema estético é também funcional,(65,67,68) devendo ser corrigido logo na dentição decídua ou mista, a fim de se restabelecer uma normo-oclusão,(69) visto que não tem potencial de correção espontânea.(57)

Esta má-oclusão, representada na Figura 3, caracteriza-se pela posição palatina de um ou mais dentes maxilares anteriores em relação aos mandibulares.(65–70)



*Figura 3: Exemplo de mordida cruzada anterior. Fotografia obtida de pacientes odontopediátricos a frequentar a clínica da UCP aquando a realização deste estudo*

As mordidas cruzadas anteriores podem ser de origem dentária, esquelética ou funcional.(69) A primeira, provém de uma anormal inclinação dentária axial, à medida que as mordidas cruzadas anteriores do esqueleto estão associadas normalmente a um problema esquelético como o prognatismo mandibular ou deficiência na face média.(64)

Por outro lado, a mordida cruzada anterior funcional, provém de um contato oclusal prematuro que, por consequência, força a mandíbula a uma posição de prognatismo para obter a intercuspidação máxima.(69)

Etiologicamente, esta má-oclusão pode ser resultado de dentes supranumerários, retenção de dentes decíduos, falta de espaço, traumatismo de incisivos decíduos, odontomas, hábito de morder o lábio superior ou tamanho inadequado do arco dentário.(66,67,71)

A correção desta mordida é aconselhada para prevenir fraturas dos dentes anteriores, abrasões anormais do esmalte, patologias periodontais, para possibilitar uma normo-oclusão e manter a integridade facial, promovendo um perfil mais estético.(64) Idealmente deve ser tratada entre os 8 e 11 anos, período em que a raiz do dente está em formação e o dente em erupção.(66,67)

O tratamento intercetivo está indicado nos casos de mordidas cruzadas anteriores. Uma abordagem intercetiva, aquando da dentição mista, além de corrigir, contribui para um padrão de crescimento normal, tentando evitar esta má-oclusão em dentição permanente.(65) O tratamento pode ser efetuado através de aparelhos removíveis e/ou fixos,(64) existindo também a opção de tratamento não ortodôntico.(69)

A nível de aparelhos removíveis existentes que se adequem a este caso, temos ao nosso dispor aparelhos de acrílico removíveis ativos com planos de mordida,(71) planos inclinados fixados em acrílico, placas de Hawley com molas em Z(66) e alinhadores transparentes modificados que são constituídos por placas posicionadoras termoplásticas com planos de mordida nos dentes posteriores.(69)

Em alternativa, como opções de tratamento não ortodôntico, dispomos de coroas invertidas pré-fabricadas em aço inoxidável, de planos inclinados com compósito/compómero e de terapia com espátula.(67,69,71)

Os aparelhos fixos são também uma possibilidade de tratamento e está descrito que podem ser utilizados aparelhos fixos com molas linguais e parafusos de expansão.(69)

### 3. Objetivos

A visita ao médico dentista durante a primeira infância assume-se de caráter obrigatório, de forma a evitar problemas futuros graves. Na consulta de rotina realizada nesta faixa etária, para além do despiste de cárie e doença periodontal, deve ser também avaliada a oclusão, em particular a existência de mordidas abertas, cruzadas e hábitos deletérios prolongados. Estes podem eventualmente ser tratados de maneira simples, se forem detetados precocemente.

De uma forma abrangente, a finalidade principal deste estudo prima pela análise da importância dos tratamentos intercetivos em odontopediatria. Em particular, vão ser analisadas várias vertentes dentro deste estudo. Como tal, os objetivos específicos são:

1. Caracterizar a amostra de médicos dentistas no que concerne a anos de experiência profissional, número de pacientes que consultam, área profissional a que se dedicam e distrito de residência;
2. Avaliar o conhecimento dos médicos dentistas da amostra relativamente aos tratamentos intercetivos;
3. Perceber se a ortodontia intercetiva costuma fazer parte da prática clínica destes profissionais de saúde, identificando os tratamentos intercetivos mais efetuados por estes e saber como orientam estes pacientes caso não sejam tratados na sua consulta;
4. Compreender a atitude dos médicos dentistas perante cada criança, se executam tratamentos intercetivos em todos os pacientes com indicação para tal, mesmo que estes não apresentem uma higiene oral satisfatória;
5. Analisar quais os fatores com maior relevância para a execução deste tipo de tratamentos;
6. Perceber se existe multidisciplinariedade por parte dos médicos dentistas com colegas fora da área da medicina dentária, ou seja, se trabalham em colaboração com otorrinolaringologistas e terapeutas da fala e em que casos;
7. Compreender se a autoperceção do sorriso de cada criança é um fator importante para a realização de tratamentos intercetivos pelos médicos dentistas;
8. Averiguar se os profissionais de saúde desta área têm por hábito informar e motivar os pais para a importância de um tratamento intercetivo;

9. Perceber a opinião dos médicos dentistas relativamente à qualidade de vida de uma criança e se consideram que os tratamentos intercetivos trazem uma melhor qualidade de vida à criança;
10. Perceber se os clínicos fariam tratamentos intercetivos nos casos clínicos expostos e identificar qual o método preferencialmente utilizado em cada um;
11. Alertar para a responsabilidade de informar os encarregados de educação de cada criança sobre os problemas inerentes a esta;
12. Analisar a importância deste tipo de tratamentos para o familiar e o seu educando;
13. Verificar a adaptação dos pacientes pediátricos face ao tratamento realizado;
14. Relacionar a satisfação dos pais e filhos relativamente ao tratamento praticado comparativamente com o estado inicial;
15. Comparar a perceção de pais e filhos face ao sorriso destes últimos;
16. Descrever alguns casos clínicos de fácil execução efetuados na Clínica Universitária da UCP, sensibilizando para a realização destes na prática clínica diária.



## II – Material e Métodos

---



## **1. Caracterização do Estudo**

O atual estudo é do tipo descritivo observacional transversal. Foi executado tendo por base a aplicação de questionários a médicos dentistas, com vista a analisar a visão desta amostra de conveniência sobre a temática de Tratamentos Intercetivos em Odontopediatria.

Foi igualmente aplicado um segundo questionário a crianças que realizaram algum tipo de tratamento intercetivo na Clínica da UCP e um terceiro questionário aos seus respetivos responsáveis, de forma a poder comparar a perceção que ambos têm sobre o sorriso do paciente (neste caso a criança).

## **2. Caracterização da Amostra**

A população-alvo para a elaboração e desenvolvimento desta pesquisa foram os médicos dentistas, a nível nacional, as crianças submetidas a tratamentos intercetivos na Clínica da UCP e seus respetivos responsáveis.

## **3. Recolha de Dados**

Para a execução deste estudo, formularam-se 3 questionários (Anexo I, II e III). O questionário I foi disponibilizado eletronicamente entre os dias 28 de Outubro e 28 de Novembro de 2017. Os questionários II e III foram realizados pelo método de entrevista entre os dias 14 de Setembro de 2017 e 18 de Janeiro de 2018. Os questionários elaborados pela autora da dissertação com o auxílio da sua orientadora, foram submetidos a um protocolo de validação interna, considerando ainda, o consentimento do clínico, no caso do questionário I e o consentimento formal do responsável pela criança nos questionários II e III.

O questionário I foi dirigido aos médicos dentistas e dividido em 5 grupos distintos:

1º Grupo: Dados pessoais dos membros participantes, com o intuito de obter dados sociodemográficos para a caracterização dos médicos dentistas. Deste grupo fazem parte detalhes como o género, idade, distrito de residência, o número de anos que exerce a profissão, quantos pacientes atende em média por dia, se é médico dentista generalista e se atende pacientes pediátricos.

2º Grupo: Conhecimento acerca de tratamentos intercetivos na prática clínica. Nesta secção podemos identificar o tratamento intercetivo mais utilizado por cada clínico e os fatores considerados relevantes para a sua execução.

3º Grupo: Multidisciplinarietà fora do campo médico dentário. Este setor permite avaliar se os médicos dentistas trabalham em colaboração com colegas da área de otorrinolaringologia e terapia da fala.

4º Grupo: Relação médico dentista e responsável/criança (paciente). As questões abordadas nesta parte permitem verificar se o clínico demonstra interesse com o lado emocional da criança bem como a opinião do responsável.

5º Grupo: Casos clínicos e sua resolução. Deste grupo fazem parte 2 casos clínicos do foro intercetivo com o intuito de perceber como cada profissional de saúde de medicina dentária atua em cada caso.

O “Questionário a Médicos Dentistas – Tratamentos Intercetivos” foi disponibilizado *online* através da utilização da ferramenta JotForm®.

Para a distribuição do questionário recorreu-se a “*mailing lists*” de médicos dentistas, docentes nas diferentes Faculdades de Medicina Dentária do país. Procedeu-se ainda à publicação deste em grupos compostos por médicos dentistas na rede social Facebook®. Os grupos referidos são:

- Brigada da Cureta
- Fórum Nacional pela Medicina Dentária
- Fórum de Casos Clínicos de Medicina Dentária
- Pediatric Dentistry Forum

O questionário II foi direcionado às crianças. Este questionário composto por 8 questões visa analisar a perceção destas sobre o seu sorriso antes e durante/após o tratamento. Deste inquérito fazem parte questões como, se gostava dos dentes antes do tratamento, se o tratamento aplicado causou desconforto e se foi de fácil adaptação.

Neste questionário foi utilizada uma Escala de Imagem Facial (“Facial Image Scale” (72)), que compreende 5 níveis, com caracterização de “emojis” para uma perceção mais fácil da criança aquando da sua resposta.

O questionário III, orientado para o responsável da criança, foi dividido em 2 partes:

A primeira parte é composta por perguntas que vão de encontro às formuladas no questionário II, mas mais elaboradas e pormenorizadas. Fazem parte questões através das quais podemos analisar se os pais levaram a criança num primeiro momento à consulta de medicina dentária para resolver o problema inerente à má-oclusão, ou se acham que o tratamento foi de fácil adaptação.

A segunda parte refere-se à informação geral do paciente composta por dados pessoais/dentários da criança, que só o educando consegue responder de forma fiável. Nesta parte, recorreu-se sempre que necessário à ficha do paciente arquivada no sistema utilizado na Clínica da UCP, NewSoft®, para o completo preenchimento das questões.

Os questionários II e III foram distribuídos através do método de entrevista sempre que crianças submetidas a tratamentos intercetivos compareciam em consultas de controlo, acompanhadas pelos seus pais ou familiares.

#### **4. Critérios de Inclusão/Exclusão**

Para o questionário I foram aceites as respostas de todos os médicos dentistas de ambos os géneros. No entanto, no final do 1º grupo, caso estes não consultassem pacientes de idade pediátrica não continuariam o questionário.

Relativamente aos questionários II e III, apenas poderiam ser inquiridas crianças que estivessem no momento a realizar um tratamento intercetivo, ou que já o tivessem efetuado num período máximo de dois anos, e aos seus respetivos encarregados de educação.

#### **5. Análise Estatística**

Os dados obtidos no questionário I foram agrupados em MS Excel® antes de se proceder à análise estatística. Todos os resultados foram analisados estatisticamente pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 24®) para Windows 10.

Na análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva adequada a cada variável, recorrendo à análise de frequências absolutas e relativas.

Este questionário é constituído por variáveis qualitativas, pelo que, para as relacionar, recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado da Independência.

Em todos os testes utilizou-se um nível de significância ( $\alpha$ ) de 5%, isto é,  $\alpha = 0,05$ . O teste do Qui-Quadrado apresenta alguns requisitos, sem os quais não pode ser aplicado. Pressupõe-se na sua utilização, que as frequências esperadas sejam superiores a 1 e que, no máximo, 20% sejam inferiores a 5. Este teste apresenta como hipótese nula (H0): as variáveis são independentes; e como hipótese alternativa (H1): as variáveis não são independentes (pelo que estão relacionadas). Existe evidência estatística que as variáveis estão relacionadas quando o p-value associado ao teste é inferior ao nível de significância determinado, ou seja, quando  $p\text{-value} < 0,05$ . Nos casos em que o teste do Qui-Quadrado da Independência não pode ser aplicado, agrupam-se classes, de forma a que o teste verifique os respetivos pressupostos.

A intensidade da relação entre as variáveis é dada pelo coeficiente de Cramer. Este é uma medida de associação entre duas variáveis medidas numa escala categórica, podendo assumir valores entre 0 e 1. O valor 0 corresponde a ausência de relação entre as variáveis, valores próximos de zero representam associações fracas e valores próximos de 1 correspondem a relações fortes.

Para inclusão nos resultados apenas foram consideradas as variáveis cruzadas, que apresentavam uma relação estatisticamente significativa, independentemente da sua intensidade.

### III – Resultados

---



Para a execução deste estudo procedeu-se à realização de 3 questionários. Como tal, este capítulo irá conter os resultados inerentes a estes, pela ordem questionário I, questionário II e questionário III. É de relevante interesse referir ainda que nos questionários II e III apenas será feita análise estatística descritiva.

No final deste capítulo serão ainda apresentados 6 casos clínicos, exemplos de alguns de tratamentos interceivos realizados na Clínica da UCP.

## Questionário I

### 1. Caracterização da amostra

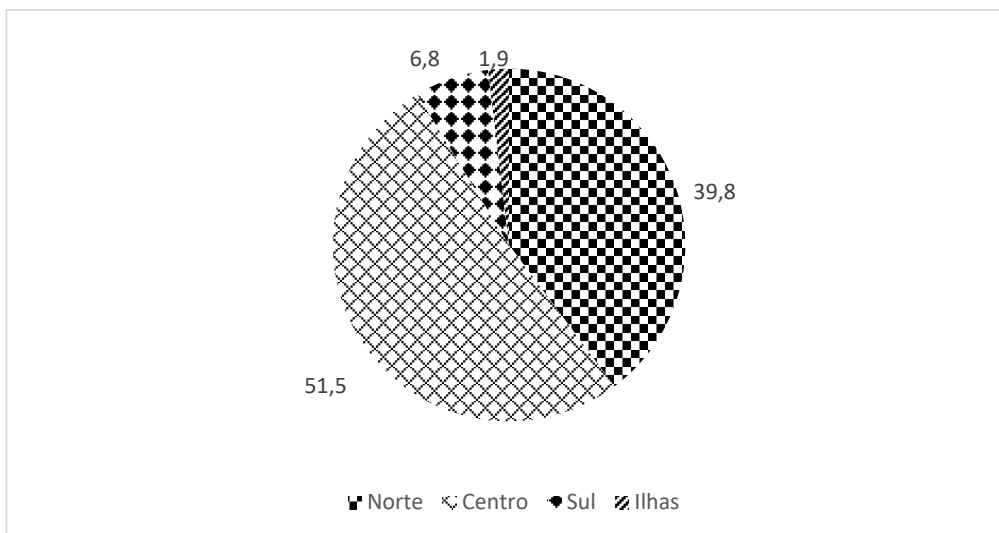
Do total da amostra analisada, constituída por 206 participantes, 153 (74,3%) pertencem ao género feminino e 53 (25,7%) ao masculino.

Relativamente à distribuição da idade (Tabela 4), o grupo etário de médicos dentistas com idades compreendidas entre os 30 e 49 anos inclusive, foi o que obteve maior representação na amostra com uma percentagem de 54,4% (n=112), seguindo-se o grupo etário com menos de 30 anos. A faixa etária com 50 anos ou mais, foi o grupo que obteve uma percentagem de resposta mais baixa.

**Tabela 4: Distribuição da idade dos participantes**

		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Idade</b>	<b>&lt; 30 anos</b>	77	37,4
	<b>[30 – 50[ anos</b>	112	54,4
	<b>≥50 anos</b>	17	8,3
	<b>Total</b>	206	100

Quanto ao distrito de residência de cada participante, 51,5% (n=106) dos inquiridos reside na região centro de Portugal Continental, 39,8% (n=82) reside na região norte e os restantes na região sul e ilhas (Gráfico 1). É de salientar que incluimos a área metropolitana de Lisboa na Zona Centro do país.

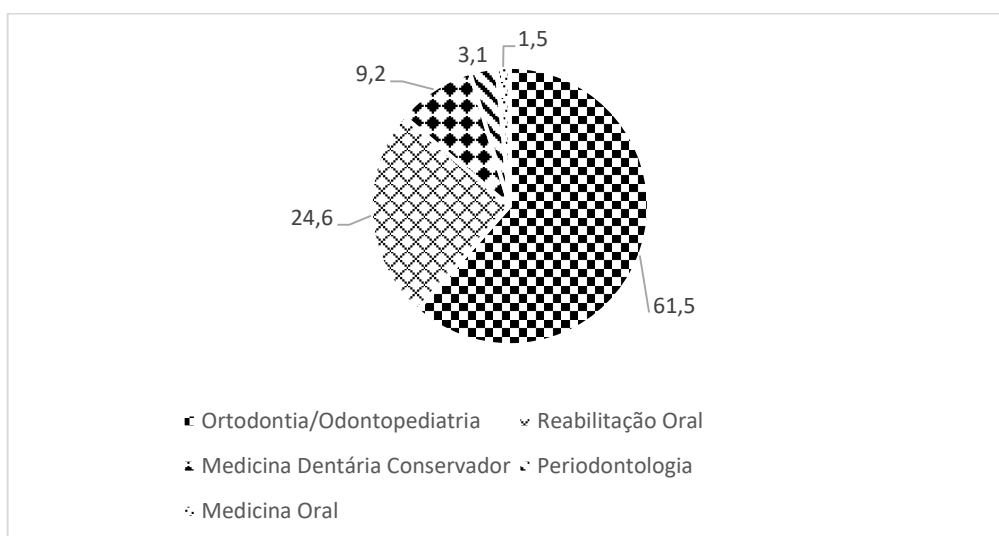


**Gráfico 1: Distribuição percentual de cada participante por distrito de residência**

Do total dos participantes, 84 (40,8%) têm entre 5 a 14 anos de experiência, 34,0% (n=70) menos de 5 e 25,2% (n=52) 15 ou mais.

A maior percentagem de inquiridos (62,1%, n=128) vê em média 10 a 19 pacientes por dia, seguindo-se os que vêm menos de 10 (27,2%, n=56) e os que consultam 20 ou mais (10,7%, n=22).

Dos médicos dentistas que participaram neste estudo, 141 (68,4%) são generalistas, sendo que os restantes 65 (31,6%) se dedicam a áreas particulares. Dos que não são generalistas, há uma dedicação maioritária à “área” de ortodontia/odontopediatria (60,6%, n=40) (Gráfico 2).



**Gráfico 2: Distribuição percentual de cada participante pela área a que se dedica de forma particular (%)**

Do total da amostra, 164 participantes (79,6%) afirmam atenderem pacientes pediátricos. Desta forma, 42 (20,4%) não faz consulta desta faixa etária.

Para os inquiridos que responderem negativamente à questão anterior o questionário terminava aqui. Pelo que as próximas questões são todas relativamente a quem consulta pacientes pediátricos (n=164).

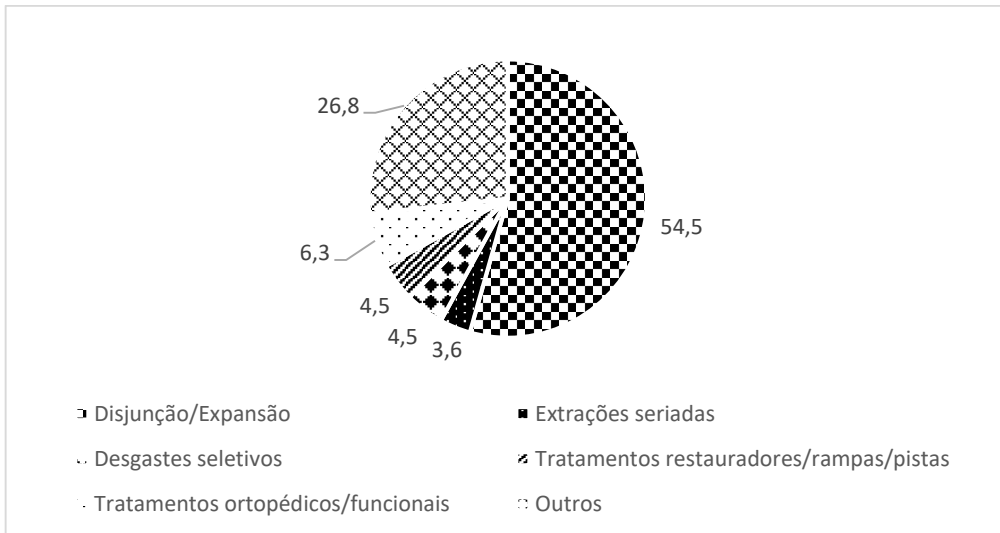
## 2. Conhecimentos e abordagens inerentes à execução de tratamentos intercetivos

Todos os participantes da amostra que atendem pacientes pediátricos dizem saber o que é um tratamento intercetivo (100%, n=164). Sendo que destes, 55,5% (n=91) consulta menos de 10 crianças por semana (Tabela 5).

**Tabela 5: Distribuição das crianças atendidas semanalmente por cada paciente**

		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b><u>Crianças atendidas por semana</u></b>	<b>&lt; 10</b>	91	55,5
	<b>[10 – 20[</b>	43	26,2
	<b>[20 – 30[</b>	11	6,7
	<b>≥30</b>	19	11,6
	<b>Total</b>	164	100

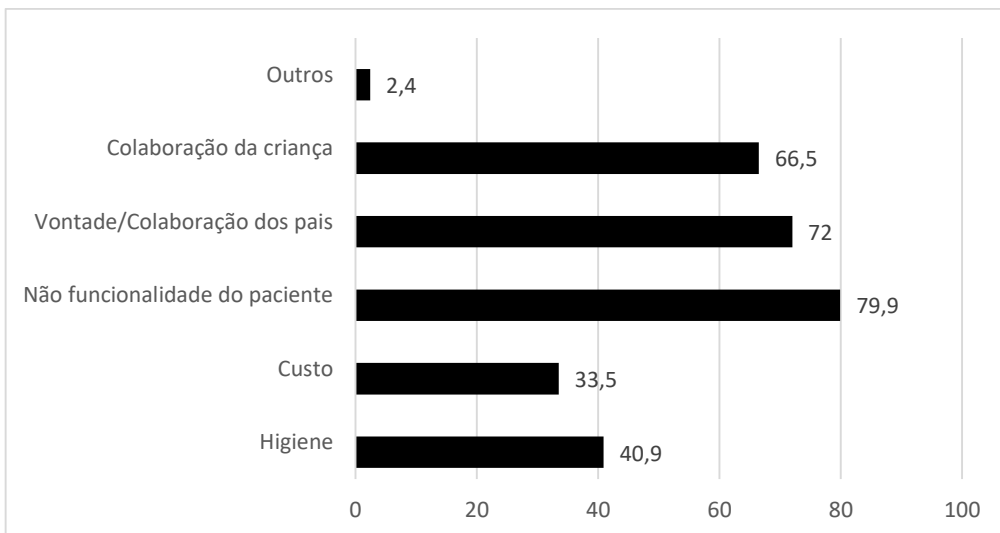
Quando questionados se a execução de tratamentos do foro intercetivo faz parte do seu quotidiano nas consultas em que os seus pacientes são crianças, 68,3% (n=112) respondem afirmativamente. Destes, os tratamentos intercetivos mais comuns são os que envolvem expansão e/ou disjunção (54,5%, n=61) (Gráfico 3). Dos médicos dentistas que responderam que a execução deste tipo de tratamento não costuma ser rotineira (31,7%, n=52) só foram contabilizadas 45 respostas porque as restantes (n=7) consideraram-se inválidas por terem uma resposta impercetível. No entanto, destes 45, praticamente todos dizem que normalmente costumam referir a colegas da especialidade (97,8%, n=44), exceto 1 que diz apenas expor a situação aos pais.



**Gráfico 3: Distribuição percentual do tratamento interceetivo mais executado**

Relativamente à realização de tratamentos interceetivos nos pacientes com indicação para tal, 44,5% (n=73) responderam que faziam e a maior parte 55,5% (n=91) respondeu negativamente.

Os inquiridos consideram que a necessidade funcional do paciente é o fator mais importante para a realização de tratamentos interceetivos, seguindo-se a vontade/colaboração dos pais, a colaboração da criança, a higiene e o custo (Gráfico 4). Nesta questão, os fatores foram analisados como variáveis independentes.

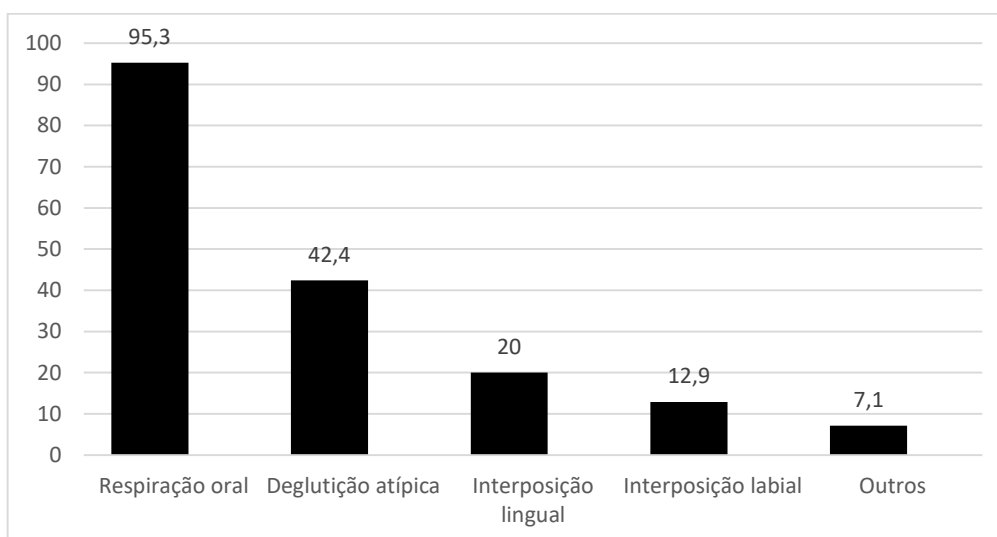


**Gráfico 4: Distribuição percentual dos fatores que os participantes consideram ser mais importantes para a realização de um tratamento interceetivo**

Os médicos dentistas que consultam pacientes de idade pediátrica acham na sua maioria (56,7%, n=93) que os tratamentos intercectivos não devem ser realizados em pacientes com má higiene oral. No entanto, 43,3% (n=71) dos inquiridos afirma o contrário.

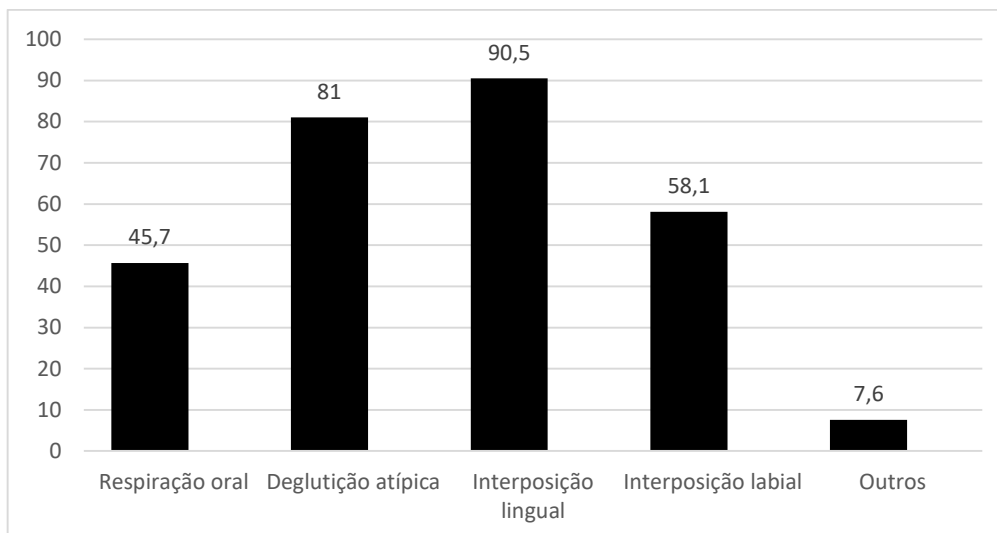
### 3. Multidisciplinarietà fora do campo médico-dentário

Relativamente à colaboração de médicos dentistas com otorrinolaringologistas, 51,8% (n=85) afirma trabalhar em cooperação, sendo que os restantes (48,2%, n=79) diz não trabalhar com este grupo de profissionais. O caso em que o médico dentista refere este trabalho em conjunto é maioritariamente nos casos de respiração oral (Gráfico 5), sendo que estes casos foram analisados como variáveis independentes.



**Gráfico 5: Distribuição percentual dos casos em que os participantes colaboram com otorrinolaringologistas**

Por outro lado, no que diz respeito à colaboração com terapeutas da fala, 105 dos inquiridos (64,0%) dizem fazer um trabalho em equipa com estes, contrariamente aos restantes 59 (36,0%). Neste caso, os médicos dentistas dizem que é nos casos de interposição lingual que mais se auxiliam nestes profissionais (Gráfico 6). Também aqui estas variáveis foram observadas de forma independente umas das outras.



**Gráfico 6: Distribuição percentual dos casos em que os participantes colaboram com terapeutas da fala**

#### **4. Relação médico dentista e responsável/criança (paciente)**

O total dos inquiridos que atende pacientes pediátricos afirma que quando diagnostica algum problema tem por hábito avisar e explicar aos pais a importância de um tratamento interceetivo (100,0%, n=164).

Acerca da autopercepção do sorriso da criança, 130 dos inquiridos que consulta pacientes pediátricos (79,3%), refere que quando avalia a criança pela primeira vez costuma ter este parâmetro em conta quando elabora o seu plano de tratamento.

Todos os clínicos que atendem pacientes pediátricos (100,0%, n=164) afirmam que um tratamento interceetivo poderá trazer uma melhor qualidade de vida para a criança.

#### **5. Casos clínicos e sua resolução**

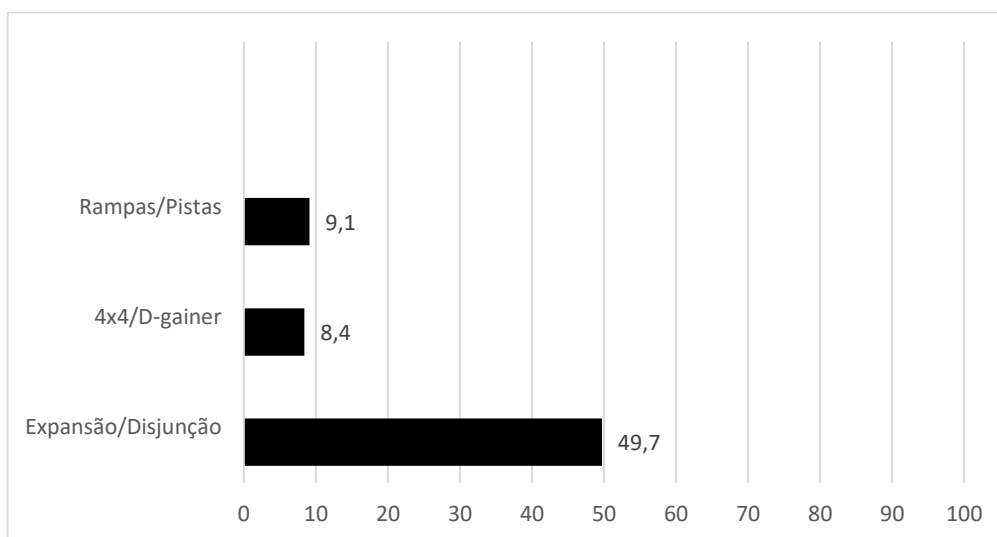
Tanto no caso clínico 1 (87,2%, n=143) como no caso clínico 2 (89,6%, n=147), a maior parte dos inquiridos resolveriam ambos os casos com tratamentos interceitivos.

O número de pacientes atendidos pelos inquiridos com mordida cruzada anterior nos últimos 6 meses, é maioritariamente entre 1 a 5 (Tabela 6).

**Tabela 6: Distribuição das crianças atendidas nos últimos 6 meses com Mordida Cruzada Anterior**

<b><u>Crianças atendidas nos últimos 6 meses com Mordida Cruzada Anterior</u></b>		<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
	<b>Nenhum/Não contabilizou</b>	49	29,9
	<b>[1 – 5]</b>	73	44,5
	<b>[6 – 15]</b>	29	17,7
	<b>≥15</b>	13	7,9
	<b>Total</b>	164	100

Relativamente ao caso clínico 1, o tratamento que os inquiridos preferiam era a expansão/disjunção, comparitivamente com o uso de aparelhos 4x4/D-Gainer ou rampas/pistas (Gráfico 7), variáveis estas que foram analisadas independentemente umas das outras.



**Gráfico 7: Distribuição percentual dos tratamentos preferidos de cada participante para resolução do caso clínico 1**

No caso clínico 2, todos os inquiridos que resolviam o caso com tratamento interceetivo (exceto um dos inquiridos), referiu resolver o caso com mantenedor de espaço (99,3%, n=146). Destes, alguns referiam qual o mantenedor de espaço em específico que utilizavam, sendo que 17(11,6%) executavam um arco ou barra lingual e 15(10,3%) uma banda alça (Tabela 7).

**Tabela 7: Distribuição do tipo de mantenedor utilizado no caso clínico 2**

<b><u>Arco/Barra lingual</u></b>		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
	<b>Sim</b>	17	11,6
	<b>Não</b>	129	88,4
	<b>Total</b>	146	100
<b><u>Banda alça</u></b>		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
	<b>Sim</b>	15	10,3
	<b>Não</b>	131	89,7
	<b>Total</b>	146	100

## **6. Cruzamento de variáveis**

### **Correlação entre o género e a execução de tratamentos do foro intercetivo**

A distribuição da execução de tratamentos intercetivos rotineiramente, de acordo com o género dos participantes é observável usando-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,04 < 0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,160 (16,0%), o que indica uma relação não muito forte, mas significativa, entre as variáveis género e execução de tratamentos intercetivos rotineiramente.

Apesar da associação não ser forte, parece haver tendência para que a execução de tratamentos intercetivos no quotidiano do género feminino seja mais prevalente nas consultas em que os seus pacientes são crianças ( $95/132=72\%$ ), comparativamente com o género masculino ( $17/32=53\%$ ).

### **Correlação entre o género e o número de pacientes com caso clínico 1**

A distribuição da observação do número de pacientes com mordida cruzada anterior, de acordo com o género é observável usando-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,032 < 0,05$ . Logo as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer. Apesar da associação não ser forte (23,2%), parece haver tendência para que o género feminino atenda poucos pacientes com caso clínico 1, ou seja, entre 1 a 5 pacientes ( $64/132=48,5\%$ ), comparativamente com o género masculino, que apenas 28% atende entre 1 e 5 ( $9/32=28\%$ ).

### **Correlação entre a idade e a execução de tratamentos do foro intercetivo**

A distribuição da execução de tratamentos intercetivos rotineiramente, de acordo com a idade dos participantes é observável usando-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,351 (35,1%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis idade e execução de tratamentos intercetivos rotineiramente.

Na amostra, existe uma tendência dos clínicos com idades compreendidas entre os [30-50[ anos execute mais no seu quotidiano tratamentos intercetivos em crianças (75/95=79%). 55% dos que têm menos de 30 anos, opta mais por não realizar tanto no seu quotidiano este tipo de tratamentos.

### **Correlação entre a idade e o fator custo como um dos mais importantes para a realização de tratamentos intercetivos**

A distribuição do fator custo como um dos mais importantes para a realização de tratamentos intercetivos, de acordo com a idade dos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,027<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,21 (21%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis supracitadas.

Na amostra, existe uma tendência para que a maior parte dos clínicos com idades compreendidas entre os [30-50[ anos (69/95=73%) não considere o fator custo como um fator importante.

### **Correlação entre a idade e a colaboração com otorrinolaringologistas**

A distribuição da colaboração com otorrinolaringologistas, de acordo com a idade dos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,353 (35,3%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis idade e colaboração com otorrinolaringologistas.

Na amostra, existe uma tendência dos clínicos com idade igual ou superior a 30 anos trabalhe mais em colaboração com estes especialistas. Desta forma, 58% dos que

tem idades compreendidas entre os [30, 50[ e 93% dos que tem idade igual ou superior a 50 anos trabalham em conjunto com estes especialistas enquanto que os que tem idades inferiores a 30 anos apenas 31% colabora.

### **Correlação entre a idade e a colaboração com terapeutas da fala**

A distribuição da colaboração com terapeutas da fala, de acordo com a idade dos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,001<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,303 (30,3%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis idade e terapeutas da fala.

Na amostra, existe uma tendência dos clínicos com idade igual ou superior a 30 anos colabore mais com estes especialistas. Desta forma, 71% dos que tem idades compreendidas entre os [30, 50[ e 93% dos que tem idade igual ou superior a 50 anos trabalham em conjunto com estes especialistas enquanto que os que tem idades inferiores a 30 anos apenas 45% colabora.

### **Correlação entre os anos de profissão e a execução de tratamentos do foro intercetivo**

A distribuição da execução de tratamentos intercetivos rotineiramente, de acordo com os anos de profissão dos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,328 (32,8%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis descritas.

Na amostra, parece haver tendência para que a execução de tratamentos do foro intercetivo no quotidiano nas consultas em que os seus pacientes são crianças seja mais prevalente nos clínicos com mais experiência, ou seja, que tenham mais anos de profissão (33/40=83%).

### **Correlação entre anos de profissão e o fator custo como um dos mais importantes para a realização de tratamentos intercetivos**

A distribuição do fator custo como um dos mais importantes para a realização de tratamentos intercetivos, de acordo com os anos de profissão dos participantes é

observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,014<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,228 (22,8%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis supracitadas.

Na amostra, existe uma tendência para que quem tem mais anos de profissão ( $\geq 15$ ), ou seja, mais experiência não considere o custo como um fator relevante para a execução de um tratamento intercetivo ( $32/40=80\%$ ).

### **Correlação entre anos de profissão e o fator necessidade funcional do paciente como um dos mais importantes para a realização de tratamentos intercetivos**

A distribuição do fator não funcionalidade do paciente como um dos mais importantes para a realização de tratamentos intercetivos, de acordo com os anos de profissão dos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,031<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,206 (20,6%), o que indica uma relação moderada entre as variáveis supracitadas.

Na amostra, existe uma tendência para que quem tem muitos anos de profissão ( $\geq 15$ ) e poucos ( $< 5$ ) considere a necessidade funcional do paciente como um fator relevante para a execução de um tratamento intercetivo,  $36/40=90\%$  e  $44/52=85\%$ , respetivamente.

### **Correlação entre anos de profissão e a colaboração com otorrinolaringologistas**

A distribuição da colaboração com otorrinolaringologistas, de acordo com a experiência dos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,001<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,285 (28,5%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis anos de profissão e colaboração com otorrinolaringologistas.

Na amostra, existe uma tendência de 70% clínicos com mais anos de profissão ( $\geq 15$ ) trabalhe mais em colaboração com estes especialistas.

### **Correlação entre anos de profissão e a colaboração com terapeutas da fala**

A distribuição da colaboração com terapeutas da fala, de acordo com os anos de profissão dos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,004<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,262 (26,2%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis anos de profissão e terapeutas da fala.

Na amostra, existe uma tendência de 78% dos clínicos com mais anos de profissão ( $\geq 15$ ), colabore mais com estes especialistas.

### **Correlação entre anos de profissão e o tratamento preferido do caso clínico 1: expansão/disjunção**

A distribuição do tratamento preferido do caso clínico sendo a expansão/disjunção, de acordo com os anos de profissão dos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,032<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,220 (22,0%), o que indica uma relação moderada entre as variáveis.

Na amostra, existe uma tendência de 67% dos clínicos com menos anos de profissão ( $< 5$ ), prefira resolver o caso clínico 1 com expansão/disjunção.

### **Correlação entre número médio de pacientes diários e o fator custo como um dos mais importantes para a realização de tratamentos interceivos**

A distribuição do fator custo como um dos mais importantes para a realização de tratamentos interceivos, de acordo com o número médio de pacientes diários que os participantes consultam é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,35 (35%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis supracitadas.

Na amostra, existe uma tendência para que quem atende mais pacientes ( $\geq 20$ ) não considere o custo como um fator relevante para a execução de um tratamento interceivo ( $17/19=89\%$ ).

### **Correlação entre o número médio de pacientes diário e a colaboração com terapeutas da fala**

A distribuição da colaboração com terapeutas da fala, de acordo com o número médio de pacientes diário consultados pelos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,009<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,238 (23,8%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis número de pacientes diário e terapeutas da fala.

Na amostra, existe uma tendência dos clínicos que consultem mais pacientes diariamente colabore mais com terapeutas da fala. Desta forma, 71% dos que consultam entre [10, 20[ e 68% dos que consultam 20 ou mais pacientes diariamente trabalham em conjunto com estes especialistas enquanto que os que consultam menos de 10 pacientes apenas 44% colabora.

### **Correlação entre médicos dentistas generalistas e a execução de tratamentos do foro intercetivo**

A distribuição da execução de tratamentos intercetivos rotineiramente, de acordo com o facto de os participantes serem ou não generalistas é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,28 (28%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis descritas.

Na amostra, parece haver tendência para que a execução de tratamentos intercetivos do foro intercetivo no quotidiano nas consultas em que os seus pacientes são crianças seja mais prevalente nos clínicos que não sejam generalistas ( $41/46=89\%$ ).

### **Correlação entre médicos dentistas generalistas e o fator custo como um dos mais importantes para a realização de tratamentos intercetivos**

A distribuição do fator custo como um dos mais importantes para a realização de tratamentos intercetivos, de acordo com o facto de os participantes serem ou não generalistas é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,018<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,185 (18,5%), o que indica uma relação não muito alta, mas significativa, entre as variáveis supracitadas.

Na amostra, existe uma tendência para que quem não é médico dentista generalista não considere tanto o fator custo ( $37/46=80\%$ ).

### **Correlação entre médicos dentistas generalistas e a colaboração com otorrinolaringologistas**

A distribuição da colaboração com otorrinolaringologistas, de acordo com o facto de os participantes serem ou não generalistas é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,33 (33%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis.

Na amostra, existe uma tendência para que 78% dos clínicos que não são generalistas trabalhe mais em colaboração com estes especialistas.

### **Correlação entre médicos dentistas generalistas e a colaboração com terapeutas da fala**

A distribuição da colaboração com terapeutas da fala, de acordo com o facto de os participantes serem ou não generalistas é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,298 (29,8%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis anos de profissão e terapeutas da fala.

Na amostra, existe uma tendência para que 87% dos clínicos que não são generalistas colabore mais com estes especialistas.

### **Correlação entre generalista e o caso clínico 1**

A distribuição da realização de tratamento intercetivo no caso clínico 1, de acordo com o facto de os participantes serem ou não generalistas é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,158 (15,8%), o que indica uma relação não muito alta, mas significativa, entre as variáveis.

Na amostra, existe uma tendência para que 96% (44/46) dos clínicos que não são generalistas considere mais a realização de um tratamento intercetivo no caso clínico 1.

### **Correlação entre médicos dentistas generalistas e o número de pacientes com caso clínico 1**

A distribuição do número de pacientes com o caso clínico 1 (mordida cruzada anterior), de acordo com o facto de os participantes serem ou não generalistas é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,350 (35,0%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis supracitadas.

Na amostra, existe uma tendência para que quem não é médico dentista generalista consulte mais pacientes com esta má-oclusão, desta forma, 22% dos médicos não generalistas atenderam mais de 15 crianças com esta má-oclusão.

### **Correlação entre o número médio de crianças semanal e a execução de tratamentos do foro intercetivo**

A distribuição da execução de tratamentos intercetivos rotineiramente, de acordo com o número médio de crianças semanal consultadas pelos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,357 (35,7%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis descritas.

Na amostra, parece haver tendência para que a execução de tratamentos intercetivos do foro intercetivo no quotidiano nas consultas em que os seus pacientes são crianças seja mais prevalente nos clínicos que atendem mais crianças semanalmente. 95% dos clínicos que consultam 30 ou mais crianças semanalmente executam estes tratamentos no seu quotidiano.

### **Correlação entre o número médio de crianças semanal e fator custo**

A distribuição do fator custo como um fator importante para a realização de tratamentos intercetivos, de acordo com o número médio de crianças semanal consultadas pelos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,027<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,237 (23,7%), o que indica uma relação moderada, mas significativa, entre as variáveis descritas.

Na amostra, parece haver tendência para os clínicos que atendem poucas crianças semanalmente, ou seja, <10 (38/91=42%) e as que atendem entre 20-30(5/11=45%) considerem mais este fator.

### **Correlação entre o número médio de crianças semanal e a colaboração com otorrinolaringologistas**

A distribuição da colaboração com otorrinolaringologistas, de acordo com o número médio de crianças semanal consultadas pelos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,408 (40,8%), o que indica uma relação moderada forte, entre as variáveis número médio de crianças semanal e colaboração com otorrinolaringologistas.

Na amostra, existe uma tendência dos clínicos que atendem mais crianças semanalmente trabalhe mais em colaboração com estes especialistas, 100% dos clínicos que atendem 30 ou mais crianças semanalmente e 82% dos que atendem entre [20, 30[ colabora com otorrinolaringologistas.

### **Correlação entre o número médio de crianças semanal e a colaboração com terapeutas da fala**

A distribuição da colaboração com terapeutas da fala, de acordo com o número médio de crianças semanal consultadas pelos participantes é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,435 (43,5%), o que indica uma relação moderada forte, entre as variáveis número médio de crianças semanal e colaboração com terapeutas da fala.

Na amostra, existe uma tendência dos clínicos que atendem mais crianças semanalmente trabalhe mais em colaboração com estes especialistas. 100% dos clínicos que atendem 30 ou mais crianças semanalmente e 91% dos que atentem entre [20, 30[ colabora com terapeutas da fala.

**Correlação entre o número de pessoas que realizam tratamentos do foro intercetivo no seu quotidiano e a execução de tratamentos intercetivos em todos os doentes com indicação para tal**

A distribuição da execução de tratamentos intercetivos em todos os doentes com indicação para tal, de acordo com o número de pessoas que realiza tratamentos intercetivos no seu quotidiano é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,373 (37,3%), o que indica uma relação moderada, entre as duas variáveis.

Na amostra, existe uma tendência dos clínicos que realizam tratamentos do foro intercetivo no seu quotidiano execute em todas as crianças com indicação para tal (57%).

**Correlação entre o número de pessoas que realizam tratamentos do foro intercetivo no seu quotidiano e a execução de tratamentos intercetivos em pacientes com má higiene oral**

A distribuição da execução de tratamentos intercetivos em pacientes com má higiene oral, de acordo com o número de pessoas que realiza tratamentos intercetivos no seu quotidiano é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,011<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,199 (19,9%), o que indica uma relação não muito alta, nas significativa, entre as duas variáveis.

Na amostra, 50% dos clínicos que realizam tratamentos do foro intercetivo no seu quotidiano, executa mesmo que o paciente tenha má higiene oral.

**Correlação entre o número de pessoas que realizam tratamentos do foro intercetivo no seu quotidiano e a colaboração com otorrinolaringologistas**

A distribuição da colaboração com otorrinolaringologistas, de acordo com o número de pessoas que realiza tratamentos intercetivos no seu quotidiano é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,445 (37,3%), o que indica uma relação moderadamente forte, entre as duas variáveis.

Na amostra, 67% dos clínicos que realizam tratamentos do foro intercetivo no seu quotidiano, colabora com estes especialistas.

### **Correlação entre o número de pessoas que realizam tratamentos do foro interceetivo no seu quotidiano e a colaboração com terapeutas da fala**

A distribuição da colaboração com terapeutas da fala, de acordo com o número de pessoas que realiza tratamentos interceetivos no seu quotidiano é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,554 (55,4%), o que indica uma relação forte, entre as duas variáveis.

Na amostra, existe uma tendência dos clínicos que realizam tratamentos do foro interceetivo no seu quotidiano trabalhe mais em cooperação com os profissionais da especialidade de terapia da fala ( $92/112=82\%$ ).

### **Correlação entre o número de pessoas que realizam tratamentos do foro interceetivo no seu quotidiano e a autoperceção do sorriso da criança**

A distribuição da autoperceção do sorriso da criança, de acordo com o número de pessoas que realiza tratamentos interceetivos no seu quotidiano é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,031<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,169 (16,9%), o que indica uma relação não muito alta, mas significativa, entre as duas variáveis.

Na amostra, existe uma tendência dos clínicos que realizam tratamentos do foro interceetivo no seu quotidiano tenha mais em conta a autoperceção do sorriso da criança ( $94/112=84\%$ ).

### **Correlação entre o número de pessoas que realizam tratamentos do foro interceetivo e a resolução do caso clínico 1 com tratamento interceetivo**

A distribuição resolução do caso clínico 1 com tratamento interceetivo, de acordo com o número de pessoas que realiza tratamentos interceetivos no seu quotidiano é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,007<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,209 (20,9%), o que indica uma relação moderada, entre as duas variáveis.

Na amostra, 92% dos clínicos que realizam tratamentos do foro interceetivo no seu quotidiano resolviam o caso clínico 1 com um tratamento interceetivo.

### **Correlação entre o número de pessoas que realizam tratamentos do foro intercetivo e a resolução do caso clínico 2 com tratamento intercetivo**

A distribuição resolução do caso clínico 2 com tratamento intercetivo, de acordo com o número de pessoas que realiza tratamentos intercetivos no seu quotidiano é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,011 < 0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,198 (19,8%), o que indica uma relação moderada, entre as duas variáveis.

Na amostra, 94% dos clínicos que realizam tratamentos do foro intercetivo no seu quotidiano resolviam o caso clínico 2 com um tratamento intercetivo.

### **Correlação entre a área em que trabalham e o número de pessoas que realizam tratamentos do foro intercetivo**

A distribuição o número de pessoas que realiza tratamentos intercetivos no seu quotidiano, de acordo com a área em que trabalham é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000 < 0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,350 (35,0%), o que indica uma relação moderada, entre as duas variáveis.

Na amostra, existe uma tendência para que os clínicos que não trabalhem na área de ortodontia/odontopediatria não executem no seu quotidiano tratamentos do foro intercetivo (51/125=41%). No entanto, 97% dos clínicos dedicados às áreas ortodontia/odontopediatria executam tratamentos do foro intercetivo no seu quotidiano.

### **Correlação entre a área e a colaboração com otorrinolaringologistas**

A distribuição dos profissionais que trabalham em colaboração com otorrinolaringologistas, de acordo com a área em que trabalham é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000 < 0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,395 (39,5%), o que indica uma relação moderada, entre as duas variáveis.

Na amostra, existe uma tendência para que os clínicos que não trabalhem na área de ortodontia/odontopediatria não colaborem tanto com otorrinolaringologistas (74/125=59%).

### **Correlação entre número médio de crianças semanal e o número de pacientes que consultam com mordida cruzada anterior (caso clínico 1)**

A distribuição do número de pacientes que atendem com mordida cruzada anterior, de acordo com o número médio de crianças semanal é observável podendo usar-se o teste qui-quadrado, cujo  $p\text{-value}=0,000<0,05$ . Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,495 (49,5%), o que indica uma relação moderadamente forte, entre as duas variáveis.

Na amostra, existe uma tendência para que os clínicos consultem mais crianças semanalmente encontrem mais pacientes com mordida cruzada anterior.

## **Questionário II**

Este questionário incluiu a “Facial Image Scale” para possibilitar uma melhor compreensão da resposta da criança. Esta escala abrange cinco faces, sendo atribuído um valor para cada rosto.(72) Desta forma, a escala varia de um rosto muito feliz (valor 1) a um rosto muito infeliz (valor 5). Assim, para uma melhor organização dos resultados, foi necessário agrupar alguns valores, como o 1 e 2 correspondentes a respostas positivas, o 4 e 5 relacionadas com respostas negativas, sendo o valor 3 um valor intermédio.

A amostra é composta por 10 crianças. A maior parte das crianças ( $n=7$ ) diz gostar dos seus dentes antes de iniciar o tratamento, respondendo 4 delas com a face correspondente ao valor 1 e 3 com o valor 2. Apenas 1 das crianças respondeu com o valor 3, pela qual interpretamos que gostava “mais-ou-menos”. As restantes ( $n=2$ ) não estavam satisfeitas, assinalando o valor 4 e 5 respetivamente.

Quando questionadas como ficaram quando souberam como ia ser resolvido o seu problema, 6 dos inquiridos disse ficar satisfeito (valor 1,  $n=4$  e valor 2,  $n=2$ ). Foi notório que 3 das crianças ficaram recetivas, respondendo com o valor 3 e outra triste (valor 4). É de salientar que nenhuma criança optou por assinalar o valor 5.

Mais de metade dos participantes refere ter vindo à consulta pelo motivo que o levou à realização de um tratamento intercetivo (valor 1,  $n=6$ ). Os restantes afirmaram ter vindo por outros motivos, respondendo com a face equivalente ao valor 5 ( $n=4$ ).

Metade dos pacientes (n=5), diz não ter tido dor ou desconforto com o tratamento (valor 1, n=4 e valor 2, n=1). A face correspondente ao valor 3 foi assinalada por 3 dos inquiridos o que revela que estes tiveram algum desconforto ou dor. Os restantes 2, referiram dor e/ou desconforto (valor 4, n=1 e valor 5, n=1). No entanto, quase todos (n=9) acharam que a adaptação foi boa face ao tratamento (valor 1), exceto 1 que achou não ter tido uma adaptação muito boa (valor 3).

No mesmo seguimento, a totalidade das crianças (n=10) considerou o tratamento bom (valor 1, n=9 e valor 2, n=1).

À pergunta “Com este tratamento sentes-te mais bonito(a)?” a resposta foi maioritariamente positiva (valor 1, n=7 e valor 2 n=2). O valor 3 foi atribuído por 1 dos participantes, sendo que o valor 4 e 5 não foi referido por ninguém.

Por último, todas as crianças (n=10) consideram-se felizes (valor 1, n=9 e valor 2, n=1).

### **Questionário III**

Do total da amostra (n=10), todos correspondiam ao 1º grau de parentesco. Relativamente ao motivo da consulta, metade dos inquiridos (n=5) disse que trouxe o filho à consulta pelo problema que o levou a realizar um tratamento intercetivo. Por outro lado, 4 dos participantes notava que as suas crianças sentiam algum tipo de preocupação com os seus dentes.

Todos os participantes referiram que o diagnóstico feito pelo médico dentista foi de encontro às suas preocupações. Dois encarregados de educação disseram que o tratamento escolhido condicionou o dia-a-dia do seu educando, referindo que interferiu a nível funcional por causa da fala e que dificultou a dormir, respetivamente. No entanto, todos (n=10) consideraram que o tratamento escolhido foi de fácil adaptação.

Relativamente à eficácia do tratamento utilizado, 6 inquiridos disseram que foi boa ou muito boa, 1 referiu ser razoável e os restantes (n=3) respondeu não ser aplicável pelo tratamento ainda não estar terminado. A maior parte dos pais (n=7), considera que quando o tratamento terminar (ou caso já tenha terminado) que o paciente se sentirá satisfeito e com maior autoestima. Os restantes 3 respondeu não ser aplicável por não conseguir avaliar este fator pelo tratamento ainda estar a decorrer.

Na totalidade (n=10) consideram que os seus filhos são crianças felizes.

Relativamente à informação geral do paciente, dados que estavam incluídos ainda neste questionário, verificou-se que as idades dos pacientes inquiridos enquadravam-se num intervalo de 8 a 15 anos, sendo que a média foi de 10 anos de idade. Destes, 6 pertenciam ao género feminino e 4 ao masculino. Nenhum paciente apresentava alergias que fossem notórias e apenas um menino tomava medicação (para a hiperatividade). Todos frequentavam a escolaridade respetiva à idade e apenas 3 já tinham terminado o tratamento.

## **Portfólio de casos clínicos**

### **Mordidas cruzadas anteriores**

#### **Caso clínico 1:**

Paciente do sexo masculino com 10 anos de idade, compareceu numa consulta de rotina de odontopediatria da Universidade Católica Portuguesa. Após exame intraoral foi feito o diagnóstico de mordida cruzada anterior do dente 2.1 e mordida cruzada posterior com classe I de Angle. A criança encontrava-se saudável com uma higiene oral razoável (que pretendíamos melhorar) e com presença de lesões de cárie, visíveis na ortopantomografia.

No decorrer da consulta, tanto o paciente como os pais revelaram um descontentamento relativamente ao sorriso, apontando o motivo da consulta para uma necessidade estética e funcional da região anterior.

Discutiram-se as variadas formas de resolução deste problema sendo que o objetivo era um tratamento simples, eficaz e económico. De forma a equacionar todos estes parâmetros, decidiu-se por unanimidade executar uma rampa em compómero. Tratamento este que iria ao encontro das necessidades do paciente e das expectativas dos pais.

Para o resultado pretendido a rampa foi aderida aos dentes 3.1 e 3.2 (dentes inferiores envolvidos na mordida cruzada) com uma inclinação de 45° para provocar oclusão do dente cruzado (2.1) e consequentemente desocclusão posterior.

A rampa foi aderida segundo o protocolo convencional de adesão de resinas:

- Profilaxia com pedra pomes e água
- Isolamento relativo
- Aplicação de ácido fosfórico 37% por 15 segundos
- Remoção do ácido com lavagem e posterior secagem
- Aplicação do sistema adesivo com um microbrush, leve secagem com jacto de ar e fotopolimerização de 20 segundos (repetir este passo 2 vezes)
- Aplicação do compómero (Twinky Star® da Voco), por camadas, fotopolimerizando 20 segundos por cada camada até formar os 45° pretendidos da rampa
- Fotopolimerizar 20 segundos no final
- Teste de oclusão com papel articular
- Acabamento e polimento

Escolhemos realizar a rampa com recurso ao compómero (permitindo ao paciente a escolha da cor pretendida), uma vez que apresenta algumas vantagens: remoção posterior mais fácil e segura por ter uma cor contraste do dente, não levantando dúvidas nos limites do dente.

Após uma semana, foi feita uma consulta de controlo. A satisfação do paciente era notória uma vez que o dente já se encontrava descruzado. Nesta mesma consulta, explicou-se tanto ao paciente como aos acompanhantes que seria vantajoso manter este tratamento por mais tempo para um melhor resultado funcional e uma maior estabilidade do tratamento. Como tal, fez-se nova consulta de controlo às 3 semanas removendo-se apenas no final de 6 semanas (contabilizando-se sempre desde o início da sua colocação).

Ao fim de um ano, verifica-se que o rebordo gengival acompanhou a erupção dentária. É de extrema importância referir que se está à espera da esfoliação dos dentes 5.5 e 5.4 para o paciente ser encaminhado para ortodontia, com o intuito de resolver a questão da mordida cruzada posterior e alevolar.

Em suma, esta técnica revelou-se eficaz, rápida e económica, indo ao encontro quer das nossas expectativas quer das expectativas do paciente.



Figura 4: Ortopantomografia inicial



Figura 5: Foto inicial



Figura 6: Foto após realização da rampa



Figura 7: Controlo após 1 semana



Figura 8: Controlo após 3 semanas



Figura 9: Foto após 6 semanas



Figura 10: Resultado final após 6 semanas



Figura 11: Controlo após 1 ano

## Caso clínico 2:

Paciente do sexo feminino com 7 anos de idade, compareceu acompanhada pelo pai numa primeira consulta de odontopediatria da Universidade Católica Portuguesa. O encarregado da criança apontou a estética do sorriso da filha como principal motivo da consulta. Após exame intraoral o diagnóstico correspondia a uma mordida cruzada anterior do dente 1.1. Além de ser uma criança saudável, a higiene oral era excelente não apresentando lesões de cárie.

Tal como no caso anterior, foram discutidas diversas formas de resolução para esta má-oclusão, tendo os mesmos objetivos: tratamento simples, eficaz e económico. Inicialmente, como estávamos perante um pai e uma criança colaborantes e o dente ainda se encontrava em fase de erupção recorremos ao tratamento com espátula.

Após duas semanas, verificamos que o dente se encontrava exatamente na mesma posição, sendo que após nova conversa com o pai e a paciente decidimos abordar este problema como no caso anterior, com uma rampa em compómero. Tratamento este que foi bem aceite por ambos.

Desta forma, para obter um resultado satisfatório a rampa foi aderida aos dentes 4.1 e 4.2 (dentes inferiores envolvidos na mordida cruzada) com uma inclinação de 45° para provocar oclusão do dente cruzado (1.1) e conseqüentemente desoclusão posterior. Todo o processo de adesão foi igual ao discutido no caso clínico 1.

Passadas duas semanas, foi feita uma consulta de controlo, na qual o dente já se encontrava descruzado. Como o dente ainda estava em fase de erupção decidiu manter-se a rampa por mais 5 semanas de forma a verificar-se uma maior estabilidade. Passado este tempo, a rampa foi então removida e o resultado foi o pretendido tanto pelo pai como pela criança.

Assim, mais uma vez foi notória a utilidade e eficácia que este tipo de tratamento nos possibilita.



Figura 12: Fotografia inicial



Figura 13: Fotografia após colocação da rampa



Figura 14: Ortopantomografia inicial



Figura 15: Fotografia 2 semanas após a adesão da rampa Figura 16: Fotografia final com a rampa



Figura 17: Resultado final

## **Manutenção de espaço**

### **Caso clínico 3:**

Paciente do sexo masculino, habitual da consulta de odontopediatria da Clínica Universitária, compareceu com 6 anos de idade, com queixas de dor e sangramento no dente 8.5. Após análise intra e extra oral constatou-se que o paciente apresentava uma face simétrica com ausência de edemas e tumefações, gengiva com pigmentação melânica racial, relação molar e canina em classe I, com algumas restaurações em ionómero de vidro (dentes 7.4, 7.5, 8.4 e 8.5). Estes dois últimos dentes já tinham sido submetidos a pulpotomia e os dentes definitivos 1.6, 2.6, 3.6 e 4.6 já se apresentavam selados. Já existia uma ortopantomografia com 5 anos de idade onde já era notória a erupção dos 6<sup>os</sup>. Relativamente ao motivo da consulta, com a análise intraoral e o Rx verificou-se afetação pulpar radicular no dente 8.5 e fistula vestibular associada. Como tal, havia indicação de pulpectomia do dente, pois, o seu sucessor (dente 4.5), segundo a cronologia de erupção, só iria iniciar a sua erupção pelos 10-11 anos. Pela avaliação do Rx periapical observou-se a reabsorção das raízes do dente decíduo em questão devido à infeção.

Após explicar o sucedido aos pais, o plano de tratamento proposto foi extração do dente 8.5 e colocação de um mantenedor. O paciente mostrava-se apreensivo, classificando-se com o nível 3 pela escala de avaliação do comportamento de Frankl(73), o que dificultou o procedimento. No entanto mostrava-se interessado por tudo o que o rodeava, o que exigia dos profissionais uma explicação concisa para cada etapa de tratamento.

Nesta mesma consulta procedeu-se à colocação de elásticos separadores entre o dente 4.6 e 8.5 e entre o dente 3.6 e 7.5. Após uma semana realizaram-se as impressões definitivas que foram posteriormente enviadas para o laboratório para a confeção do mantenedor de espaço (arco lingual). Na semana seguinte, fez-se a extração do dente 8.5 e após profilaxia da superfície dos dentes 3.6 e 4.6 cimentou-se o arco lingual com cimento de ionómero de vidro (Ketac®). De modo a verificar a sua estabilidade, realizou-se uma consulta de controlo após uma semana.

Desde a sua colocação, têm-se feito consultas periódicas de controlo, após um ano, um ano e meio, 2 anos e 2 anos e 5 meses, onde se tem verificado a manutenção do espaço para o dente 4.5. Podemos assim dizer que o tratamento está a cumprir o desejado. Pretende-se retirar o arco lingual assim que o dente permanente surja na cavidade oral.

Além da difícil colaboração do paciente, os pais mostraram-se sempre preocupados e satisfeitos com os resultados obtidos até à data.

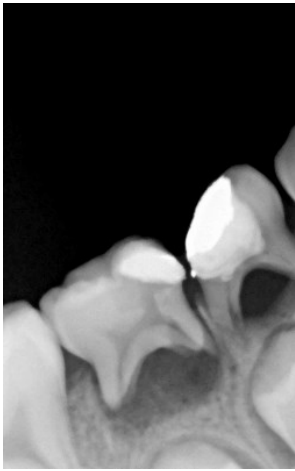


Figura 18: Rx periapical

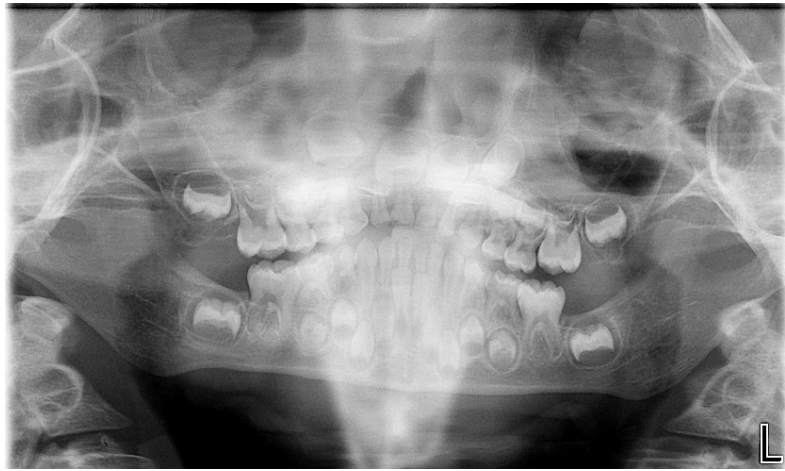


Figura 19: Ortopantomografia com 5 anos de idade



Figura 20: Controlo após 18 meses



Figura 21: Controlo após 24 meses



Figura 22: Controlo após 29 meses

#### **Caso clínico 4:**

Paciente do sexo feminino, 7 anos de idade, frequentava regularmente as consultas de odontopediatria, sendo que quando começou a visitar o médico dentista já apresentava inúmeras cáries e uma higiene oral precária.

Todas as cáries foram tratadas e procedeu-se também à colocação de selantes nos dentes 1.6, 2.6, 3.6 e 4.6. Desde o início das consultas que a mãe da criança deu permissão para fazer sempre os melhores tratamentos para o bem-estar da criança.

A destruição coronária do dente 7.4 era total pela qual se procedeu à sua extração. Relativamente ao dente 7.5 também era notória uma elevada destruição da coroa com claro envolvimento pulpar pelo qual se efetuou uma pulpectomia. O dente 8.5 mantinha apenas restos radiculares.

Após 6 meses, a criança voltou à consulta e observou-se a presença de fístula e radiograficamente a reabsorção das raízes do dente 7.5, após exame radiográfico, achou-se que o ideal seria a extração deste dente e a extração dos restos radiculares do dente 8.5 e a colocação de um mantenedor de espaço. Foi proposto este tratamento à mãe da criança e este foi aceite. Como as extrações foram feitas no mesmo período de tempo, o ideal seria a colocação de um arco lingual. Contudo, devido à dificuldade de realizar uma impressão correta à arcada inferior na paciente, e com a falta de colaboração desta, achou-se mais seguro fazer a manutenção de espaço com duas bandas alça.

Após duas semanas das extrações, realizou-se a impressão da arcada inferior e enviou-se para o laboratório. Na semana seguinte procedeu-se à cimentação da banda alça no dente 3.6 com apoio no dente 7.3 de modo a preservar o espaço para a erupção dos dentes 3.4 e 3.5. Na semana seguinte fez-se o mesmo procedimento com cimentação da banda no dente 4.6 e apoio no dente 8.4 para manter o espaço do dente 4.5. A cimentação foi feita com ionómero de vidro (Ketac®) após profilaxia dos respetivos dentes.

Após 5 semanas da colocação da segunda banda, efetuou-se uma consulta de controlo pela qual se verificou uma adaptação satisfatória por parte da paciente.

Têm-se efetuado consultas periódicas de controlo onde se tem observado estabilidade do mantenedor e a manutenção do espaço.

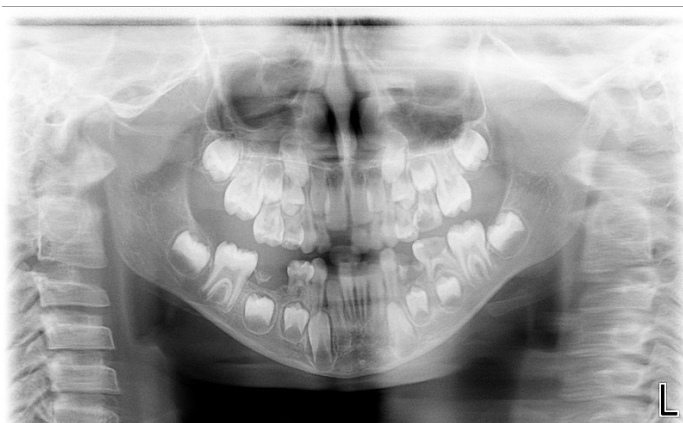


Figura 23:Ortopantomografia inicial (7 anos de idade)



Figura 24:Radiografia periapical do dente 7.4



Figura 25: Visualização da fístula do dente 7.5



Figura 26: Extração do dente 7.5



Figura 27: Após colocação das duas bandas alça



Figura 28: Consulta de controlo (5 semanas)



Figura 29: Consulta de controlo após 4 meses

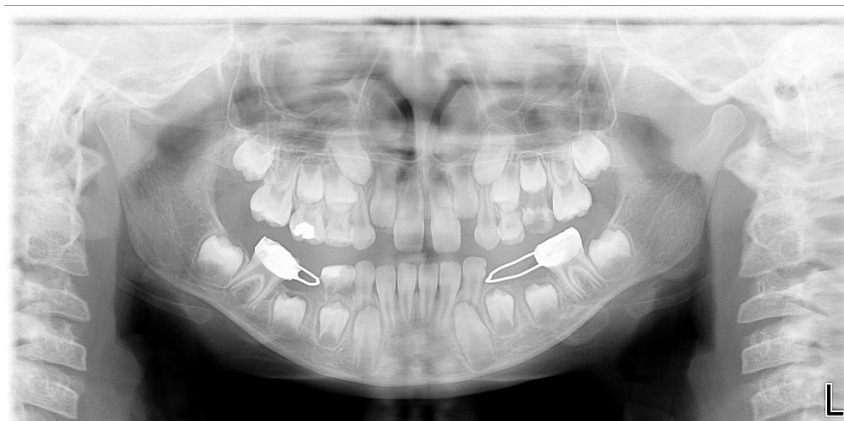


Figura 30: Ortopantomografia após colocação das bandas

## **Mordida Cruzada Posterior**

### **Caso clínico 5:**

Paciente do género feminino, com 5 anos de idade, compareceu numa consulta de primeira vez, acompanhada pelo pai. A criança foi observada extra e intraoralmente, detalhadamente. Apresentava uma ótima higiene oral com ausência de lesões de cárie. No entanto, era evidente a presença de mordida cruzada posterior (funcional). Foi explicado tanto ao responsável como à criança, todos os detalhes à cerca desta má-oclusão. Foi exposto o nosso plano de tratamento, que passava pela aplicação de uma placa de Hawley com parafuso expansor, visto que a paciente era colaborante. Este, foi aceite por ambos.

Passada uma semana, realizou-se nova consulta para a realização de impressões em alginato e fotografias. Na semana seguinte foi realizada uma nova consulta, para a inserção do aparelho em boca, o que não foi possível devido à má adaptação do gancho de Adams no dente 6.5. Como tal, só foi colocado na semana a seguir, recomendando-se ao responsável ativar o parafuso expansor  $\frac{1}{4}$  de volta por semana.

Foram efetuadas seis consultas de controlo do aparelho, uma por mês, sendo que foram feitos desgastes seletivos nos dentes 5.3 e 8.3 (devido a interferências), em todas estas consultas, exceto na primeira.

Na 5ª consulta de controlo a mordida já se apresentava descruzada, no entanto continuou-se com o tratamento. Ainda nesta consulta procedeu-se à extração do dente 8.1. Na 6ª consulta de controlo demos indicação de não ativar mais o parafuso expansor, apenas utilizar a placa de Hawley para estabilizar a mordida. Passados 2 meses, a paciente compareceu novamente na consulta, onde se deu indicação de terminar o tratamento. A mordida já se apresentava estável.

Após estas consultas, têm-se efetuado várias consultas de controlo pela qual o resultado se tem mantido inalterado. Foi ainda realizada uma ortopantomografia aquando a erupção dos 1ºs molares permanentes (6 anos), para o controlo da erupção dentária.



Figura 31: Estado inicial



Figura 32: 1ª consulta de controlo



Figura 33: Estado final



Figura 34: Ortopantomografia aos 6 anos

## Extrações seriadas

### Caso clínico 6:

Paciente do género feminino com 7 anos de idade, compareceu na consulta de odontopediatria para realizar selantes nos dentes 1.6, 2.6, 3.6 e 4.6. Após análise intraoral, procedeu-se então à realização dos selantes e à execução de uma radiografia panorâmica.

Constatou-se que a erupção dos incisivos inferiores tinha levado a uma esfoliação precoce do dente 8.3, por falta de espaço. No entanto, os dentes 3.3 e 4.3 encontravam-se com o mesmo grau de erupção e o dente 7.3 permanecia em boca e sem mobilidade.

De modo a que o dente permanente (3.3) seguisse um trajeto de erupção correto, diminuisse o apinhamento e o desvio da linha média, decidiu-se fazer a extração do dente decíduo (7.3).

A abordagem realizada pareceu eficaz, embora ainda não possamos tirar muitas ilações pelo pouco tempo que decorreu até agora.



Figura 35: Fotografia frontal intraoral



Figura 36: Fotografia intraoral focada no dente 7.3



Figura 37: Ortopantomografia



Figura 38: Dente 7.3

## IV – Discussão dos Resultados

---



# 1. Material e Métodos

## 1.1 Método de Investigação

No questionário I do presente estudo (questionário a médicos dentistas) foram obtidas 206 respostas, número que pode ser valorizado, uma vez que existe um reduzido número deste tipo de estudos na literatura, e os que são semelhantes dispõem de uma amostra menor. (7,74–76) Um dos estudos contou com 63 participantes, entre eles médicos dentistas e higienistas, em que a temática se baseava nas práticas de tratamento em ortodontia.(74) Outro estudo, sobre a provisão e cronograma de tratamentos ortodônticos intercetivos, contou com a colaboração de 71 odontopediatras e 83 ortodontistas, que foi o estudo mais idêntico ao nosso relativamente ao número da amostra.(75) Neste seguimento, ainda outra investigação acerca da influência da implementação da ortodontia intercetiva nos cuidados primários, obteve 118 respostas.(7) Por fim, um estudo na base de tratamentos ortodônticos e padrões de referência alcançou 57 respostas desde odontopediatras, ortodontistas a generalistas.(76)

O método escolhido para divulgação (*online*) por meio da ferramenta Jotform® garantiu a elevada taxa de sucesso de respostas alcançadas. Mostrou ser vantajoso, uma vez que permitiu alcançar pessoas de todo o país de forma simples, cómoda e rápida, embora contribua para a exclusão de pessoas que não tenham acesso a serviços de Internet. No entanto, o método tradicional (presencialmente, através do preenchimento em papel), permitiria o incentivo de resposta e o esclarecimento de dúvidas. Em contrapartida, este método poderia ser influenciável. O método pelo qual optámos evitou custos relacionados com a necessidade de deslocação e o participante poderia responder no momento que considerasse mais oportuno sem qualquer tipo de interferência.

A construção do formulário através da ferramenta *online* Jotform®, foi crucial para o tratamento estatístico dos dados. Sendo esta ferramenta compatível com o Microsoft Office®, permitiu que as respostas obtidas fossem descarregadas diretamente para uma folha em Excel® e, posteriormente, para o SPSS®, evitando-se erros inerentes à inserção manual dos dados. Vários estudos na literatura demonstram a formulação de questionários *online* relacionados a bancos de dados para tratamento estatístico, referindo como principais vantagens a reduzida disponibilidade de tempo e meios financeiros.(77,78)

O questionário foi distribuído através de “*mailing lists*” de médicos dentistas,(79) docentes das Faculdades de Medicina Dentária existentes em Portugal. Os *emails* foram obtidos através dos sites destas. Recorreu-se ainda à rede social Facebook® para a divulgação deste questionário, tendo sido publicado apenas em grupos restritos a pessoas associadas à Medicina Dentária, sendo eles: Brigada da Cureta, Fórum Nacional pela Medicina Dentária, Fórum de Casos Clínicos de Medicina Dentária e Pediatric Dentistry Forum.

Como este estudo avalia várias vertentes relacionadas com atitudes e conhecimentos dos médicos dentistas, deve ser obrigatoriamente considerado um viés de resposta. A investigação é realizada a partir das respostas destes, que podem eventualmente responder conforme o que é considerado mais correto e/ou aceite.

Relativamente ao questionário II e ao questionário III (questionário a crianças e seus responsáveis, respetivamente), foram obtidas 10 respostas em ambos. Número pouco significativo, comparativamente com estudos idênticos.(80,81) Um destes estudos, refere-se a uma dissertação de Mestrado acerca de comportamentos e hábitos de higiene oral em crianças e a perceção dos seus encarregados de educação atingindo 94 respostas por parte das crianças e 94 dos encarregados de educação.(80) O outro, referente à necessidade de tratamento ortodôntico intercetivo em crianças de uma determinada população obteve uma amostra de 100 crianças.(81) A nossa amostra é menor que a dos estudos referenciados, no entanto foi a possível, devido ao número diminuto de pacientes odontopediátricos sob tratamentos intercetivos, no presente ou no passado recente e que estivessem a frequentar a consulta de odontopediatria da Clínica da UCP.

Estes dois questionários foram realizados sempre pelo mesmo investigador, para que o erro intra-observador fosse o menor possível. O método pelo qual estes questionários foram aplicados, método de entrevista, permitiu esclarecer dúvidas durante o inquérito, alcançar a maior taxa de resposta possível (dentro das pessoas que se enquadravam no estudo), ajudar quem tivesse dificuldades de leitura e obter respostas mais coerentes e precisas.(82)

Contrariamente ao questionário I, nos questionários II e III a tendência para um viés de resposta é menor, pois a probabilidade de os indivíduos responderem de modo a que a resposta seja conforme o que é mais aceite pela sociedade é menor neste método.(83)

## 2. Resultados

### 2.1 Caracterização da amostra

A grande parte de participantes da amostra do questionário I pertence ao género feminino (74,3%). Este número revela-se em concordância com o número de médicos dentistas ativos do género feminino na OMD até ao final do ano de 2016 (59,1%), pelo que a taxa de médicas dentistas tem sido uma constante crescente nos últimos anos.(84)

Foram obtidas 54,4% de respostas por parte de médicos dentistas com idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos. De acordo com os dados da OMD os médicos dentistas ativos têm na sua maioria idades compreendidas entre os 25 e 45 anos e a partir dos 45 anos começa a haver uma consistente diminuição. Embora os intervalos de idades utilizadas neste estudo sejam ligeiramente diferentes, parece existir uma uniformidade entre estes números.(84)

Relativamente ao distrito de residência dos inquiridos, é notória uma baixa taxa de respostas de pessoas residentes nas Ilhas (1,9%) e no Sul de Portugal (6,8%). De acordo com a OMD, no Baixo Alentejo e na Lezíria do Alentejo é onde estão disponíveis menos médicos dentistas para cada habitante. Se o distrito de residência e de trabalho for o mesmo, como o Baixo Alentejo pertence ao Sul de Portugal, existe uma consonância entre a amostra e os dados publicados. A elevada percentagem de pessoas residentes no Centro (51,5%) e no Norte (39,8%) pode justificar-se por neste estudo termos considerado que nestas zonas estão englobadas as áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto, respetivamente. Nestas, é onde se encontra o local de trabalho da maior parte dos médicos dentistas. No entanto, não podemos fazer estas relações diretamente, pois, o local de trabalho e de residência podem não coincidir.(84)

A maioria dos inquiridos diz exercer a profissão entre 5 a 14 anos (40,8%). A nossa amostra não se enquadra nos dados da OMD, sendo que nestes, 54,7% dos médicos dentistas tem mais de 10 anos de experiência profissional. Ainda na nossa amostra, 34% dos inquiridos exercia há menos de 5 anos, não sendo novamente concordante com os dados da OMD em que cerca de 26% é que trabalha há menos de 5 anos. Obtivemos uma menor taxa de resposta por profissionais mais experientes ( $\geq 15$  anos – 25,2%).(85) Além dos dados não estarem em conformidade, os intervalos de tempo no nosso estudo e os da OMD diferem. O facto de não termos atingido em maioria uma população mais

experiente, pode ser explicada por esta ter mais idade e menor exposição a redes sociais, método pelo qual este questionário foi divulgado.

Dos inquiridos, 62,1% afirmou ver em média 10-19 pacientes por dia. Numa semana tipo, segundo registos da OMD, pressupõe-se uma média de 40 consultas semanais, que serão 8 consultas por dia se a pessoa trabalhar 5 dias por semana. A amostra obtida pode enquadrar-se nestes dados visto que se obteve 27,2% de pessoas que consultam menos de 10 pacientes diários. O facto de termos uma taxa elevada de pessoas que atende entre 10 a 19 pacientes diários pode prender-se com o facto de termos muitos médicos dentistas que se dedicam à área de ortodontia onde as consultas de controlo são, por norma, mais rápidas que as consultas de outras áreas. Por outro lado, também não sabemos o número de dias que cada médico dentista trabalha. (85)

Na amostra deste estudo, existe uma prevalência de respostas por parte de médicos dentistas generalistas (68,4%), sendo que os dados da OMD pressupõem a existência de 57,7% dos médicos dentistas dedicados a uma área em particular. Tal diferença pode ter sido provocada pelo facto de quem se dedica a uma área que não envolva crianças não tenha tido interesse em responder ao questionário. Por outro lado, se muitos dos nossos médicos dentistas da amostra tem menos de 5 anos de experiência, é natural que sejam (ainda) generalistas. Neste seguimento, os inquiridos desta amostra que não eram generalistas, dedicam-se preferencialmente às áreas de odontopediatria e/ou ortodontia (60,6%). Como o questionário é baseado nestas duas especialidades é provável que estes profissionais revelem mais curiosidade em participar. No entanto, pela informação fornecida pela OMD, dos 57,7% de profissionais que se dedicam a uma área, 23% e 17% correspondem à área de ortodontia e odontopediatria, respetivamente.(85)

79,6% dos participantes consultam pacientes de idade pediátrica, como tal pode concluir-se que sejam praticamente todos os profissionais que se dediquem em exclusivo a odontopediatria e/ou ortodontia e grande parte dos médicos dentistas generalistas.

## **2.2 Conhecimentos e abordagens inerentes à execução de tratamentos interceivos**

Todos os inquiridos que consultam pacientes pediátricos sabem o que são tratamentos interceivos. Este resultado era expectável, fazendo sentido que os profissionais que atendem crianças tenham conhecimentos nesta temática. No entanto, a

resposta também pode ter sido influenciada, uma vez que os participantes podem ter efetivamente escolhido a resposta que é mais aceita.

Mais de 50% da amostra que faz consulta de odontopediatria atende em média menos de 10 crianças semanalmente. Visto que na nossa amostra a maioria são médicos dentistas generalistas, era de prever que não atendessem tantas crianças quanto o desejável para o nosso estudo.

31,7% dos profissionais desta amostra que atende pacientes pediátricos não costuma fazer tratamentos intercetivos, e 97,8% destes diz referir estes casos a colegas da especialidade. Também os estudos da OMD enfatizam que 90,8% dos médicos dentistas referenciam os seus doentes para outros, uma vez que o tratamento não está compreendido na sua área de preferência.(85) Dos 68,3% de médicos dentistas que faz tratamentos intercetivos, mais de metade (54,5%) afirma que o mais comum é fazerem expansões/disjunções. Não existem dados na literatura que indiquem diretamente qual o tratamento intercetivo mais comumente executado, embora um estudo realizado numa Universidade da Arábia Saudita mostre que o aparelho mais utilizado pelos odontopediatras seja o de expansão do palato.(76) No entanto, sabe-se ainda que a mordida cruzada posterior é uma das má-oclusões mais frequentes, sendo esta tratada frequentemente com expansão/disjunção.(55,86,87)

44,5% dos médicos dentistas que consultam crianças não realizam tratamentos do foro intercetivo em todos os pacientes com indicação para tal, ou seja, é normal que os 31,7% dos que não faz este tipo de tratamento tenha respondido que “não” nesta pergunta. No entanto, alguns dos que realizam não o fazem em todos os indicados, isto porque devem considerar fatores que não o permitam, como a higiene ou as condições monetárias, por exemplo.

A necessidade funcional do paciente é o fator que os profissionais mais têm em conta para a execução de um tratamento intercetivo, sendo que o que é menos relevante é o custo (33,5%). Estes dados são interessantes, pois conclui-se que do ponto de vista do profissional o paciente e o seu bem-estar a nível da cavidade oral são os parâmetros mais importantes.

Por outro lado, 43,3% dos inquiridos que consultam pacientes pediátricos acha que os tratamentos intercetivos não devem ser realizados em pacientes com má higiene oral. Está descrito na literatura que o uso de aparelhos fixos ou removíveis está associado a um aumento de placa bacteriana.(22) Se um paciente tem má higiene oral é provável que existam ainda mais problemas relacionados com a higiene durante a utilização de um

aparelho. Está também documentado que a higiene oral é um fator relevante a ter em consideração aquando da colocação de um mantenedor de espaço.(23) No entanto, tudo depende da colaboração de pais e filhos, sendo que esta é mandatória.(25)

### **2.3 Multidisciplinarietà fora do campo médico-dentário**

Neste estudo, 51,8% dos médicos dentistas que atende pacientes pediátricos trabalha em colaboração com otorrinolaringologistas, ou seja, nem todos que fazem tratamentos interceivos colabora com estes profissionais de saúde. Este resultado não sendo satisfatório, leva-nos a uma forte reflexão para sabermos o que há a melhorar de modo a que exista uma maior relação entre o médico dentista e outras áreas da saúde que são fundamentais para um correto tratamento. A respiração oral é o caso em que os médicos dentistas do presente estudo dizem mais colaborar com os otorrinolaringologistas (95,3%). Este resultado era previsível, porque a respiração oral não sendo uma respiração fisiológica e sendo um problema do trato respiratório, deve ser auxiliado por um otorrinolaringologista para despistar possíveis causas obstrutivas de não permeabilização nasal. Desta forma, o médico dentista assim que identifique este problema, deve encaminhar o paciente e trabalhar em conjunto com estes profissionais de saúde.(88)

Os médicos dentistas deste estudo trabalham mais em colaboração com terapeutas da fala (64,0%) do que com otorrinolaringologistas (51,8%). É interessante como já bastantes médicos dentistas colaboram com terapeutas da fala (embora ainda não seja a quantidade desejável) sendo o normal esta colaboração nos casos de interposição lingual (90,5%) e na deglutição atípica (81,0%). Sendo dois hábitos interligados e com potencialidade de alterações na fala e influência nos aspetos miofuncionais, era previsível que o acompanhamento destes profissionais de saúde fosse imprescindível.(16)

### **2.4 Relação médico dentista e responsável/criança (paciente)**

Os inquiridos da amostra que consultam pacientes da faixa etária pediátrica, afirmam, na sua totalidade, informarem os pais da importância de um tratamento interceivo sempre que diagnostica um problema neste âmbito. Estes resultados são satisfatórios, pois, pela American Dental Association (ADA) os médicos dentistas têm de

fornecer todas as informações pertinentes aos pais, tanto a nível de diagnóstico como de tratamento.(89)

Relativamente à autoperceção do sorriso da criança, apenas 79,3% dos inquiridos que consulta pacientes pediátricos, refere que quando avalia a criança pela primeira vez costuma ter em conta a autoperceção desta sobre o seu sorriso para o seu plano de tratamento. Os dados na literatura acerca desta temática são escassos. No entanto, existem estudos que afirmam que normalmente é ignorada a perceção do paciente relativamente ao tratamento dentário,(90) informação esta que não está inteiramente relacionada com a questão descrita. Porém, podemos aferir que a autoperceção da criança sobre o seu sorriso devia ser sempre tida em consideração.

A totalidade da amostra que consulta os mesmos pacientes referidos na questão anterior considera que um tratamento intercetivo trará uma melhor qualidade de vida para a criança. Um estudo realizado em três Hospitais do Reino Unido também mostra que um tratamento ortodôntico intercetivo pode ter um impacto positivo na qualidade de vida de pacientes (crianças/adolescentes). O objetivo desse estudo foi medir a frequência e severidade do bullying em pacientes a realizar tratamento ortodôntico e que tinham sido anteriormente identificados como vítimas de bullying. Foram aplicados questionários para avaliar os objetivos mencionados e a autoestima e qualidade de vida destas crianças. Concluiu-se ainda que a maior parte destas, após ter iniciado o tratamento, deixou de ser vítima de bullying devido à sua má-oclusão.(91)

## **2.5 Casos clínicos e sua resolução**

Cerca de 90% dos clínicos resolveriam ambos os casos clínicos com tratamentos do foro intercetivo. Tratando-se de um caso com mordida cruzada posterior e anterior e outro com perda precoce de um dente decíduo, o mais aceite era mesmo um tratamento intercetivo de modo a restituir uma normo-oclusão.(4)

No caso clínico 1, o tratamento preferido e eleito pelos participantes foi a expansão/disjunção (49,7%). Pode concluir-se que tiveram em conta toda a cavidade oral e não se restringiram apenas à mordida cruzada anterior, que era o mais evidente, referindo que faziam expansão/disjunção. Tratamento este que poderá resolver tanto a mordida cruzada posterior como anterior.

A maior parte dos inquiridos diz ter atendido entre [1-5] pacientes com mordida cruzada anterior nos últimos 6 meses, sendo um resultado expectável, visto que não é a má-oclusão mais frequente. Cerca de 30% da amostra também não atendeu nenhum ou não contabilizou, o que também já era expectável, pois quem atende poucos doentes pediátricos pode não se recordar.

Praticamente todos os clínicos (99,3%) tratavam o caso clínico 2 com mantenedor de espaço. Está descrito na literatura, que quando são perdidos dentes decíduos precocemente se deve fazer manutenção de espaço. Alguns participantes especificaram ainda que utilizavam como mantenedor de espaço o arco/barra lingual (11,6%) ou banda alça (10,3%), podendo os dois mantenedores de espaço ser utilizados neste caso.(25,33,92)

## **2.6 Correlações estatisticamente significativas**

De facto, existe uma tendência para que o género feminino efetue mais tratamentos do foro intercetivo do que o masculino. Este resultado era expectável, porque o número de médicas dentistas em Portugal tem vindo a aumentar exponencialmente e segundo a bibliografia nos EUA tem-se observado um crescente número de médicas dentistas especialistas em odontopediatria.(84,93) Também em Portugal, a relação de odontopediatras do sexo feminino e masculino encontra-se numa relação de 30:1 aproximadamente.

O género feminino atende menos pacientes com mordida cruzada anterior comparativamente com o género masculino. Este resultado não era expectável, pois, como até fazem mais tratamentos intercetivos que o género masculino, era mais previsível que consultassem mais crianças com este tipo de má-oclusão. Este facto poderá ser explicado por um viés de seleção.(94)

Relativamente a serem os médicos dentistas com idades compreendidas entre os [30, 50[ anos a executar mais tratamentos intercetivos no seu quotidiano, vai de encontro ao previsto. Supõe-se que os profissionais de saúde com estas idades tenham mais experiência profissional e daí mais agilidade e confiança para efetuar estes tratamentos.

O facto de ser a mesma faixa etária a não considerar o fator custo como um fator importante para a realização de um tratamento intercetivo era também esperado. Sendo profissionais mais espontâneos no que respeita a diagnóstico e tratamento, com um leque

de pacientes rotineiros, para eles o custo não é um fator relevante desde que seja em prol do benefício do paciente. Neste seguimento, estes clínicos, bem como os que têm idade igual ou superior a 50 anos, tendem a trabalhar mais em colaboração com otorrinolaringologistas comparativamente com os clínicos com idades inferiores a 30 anos. Já como referido anteriormente, estes profissionais ao terem mais experiência profissional, e sendo ainda estes mesmos a realizarem mais tratamentos intercectivos nesta amostra, têm mais percepção e conhecimentos para saberem com que especialidades devem trabalhar. Tal como na correlação anterior, são as mesmas faixas etárias ([30, 50[ e maior ou igual a 50 anos) que colaboram mais com terapeutas da fala. Também era expectável, pelas razões supracitadas. Neste sentido, os clínicos com estas idades podem estar mais treinados para perceberem aspetos miofuncionais fora da normalidade, recorrendo a terapeutas da fala para solucionar problemas da fala e mastigação, por exemplo.(16)

Os clínicos com mais anos de profissão, são os que executam mais tratamentos do âmbito intercectivo. Sendo estes profissionais os que tem mais idade, tal como referido antes, são aqueles em que a experiência profissional é maior e daí mais aptidão, sabedoria e competência para a execução destes mesmos. São também os que têm 15 ou mais anos de experiência que consideram o fator custo como o menos relevante para a execução destes tratamentos. Era prevista esta correlação, por mais uma vez nos estarmos a referir aos clínicos com mais idade, com uma bagagem de pacientes mais ampla e com maior poder económico, tendo mais prática clínica e favorecendo mais os aspetos funcionais, pois, segundo os nossos resultados, 90% destes clínicos consideraram que a necessidade funcional do paciente é um dos fatores mais importantes para estabelecer a prática de um tratamento intercectivo. Em contrapartida, 85% dos clínicos com menos de 5 anos de experiência também partilharam da mesma opinião, ou seja, que a necessidade funcional do paciente era a condição mais relevante para se efetuar um tratamento deste domínio. Não estava dentro das nossas expectativas obter-se esta associação. No entanto é um facto positivo e pode ser explicado por terem sido formados há poucos anos, e na faculdade lhes terem inculcido esta metodologia.

Ainda relativamente aos anos de profissão, são ainda os profissionais com  $\geq 15$  anos de experiência profissional que mais colaboram tanto com otorrinolaringologistas como com terapeutas da fala. A multidisciplinariedade é um ponto pertinente na medicina dentária e onde ainda há muito a melhorar. Esta relação entre colaboração de clínicos médicos dentistas e otorrinolaringologistas ou terapeutas da fala, pode fundamentar-se

por estes profissionais de saúde de medicina dentária através da experiência concebida ao longo dos anos perceberem melhor a necessidade, e a ajuda, que outros profissionais nos podem dar no dia-a-dia, com problemas que não nos competem a nós, mas que nos podem auxiliar e bastante nos nossos planos de tratamento, de modo a atingir o sucesso pretendido em cada caso.

Foi notório que a maior parte dos clínicos que exercem a profissão há menos de 5 anos, resolveriam o caso clínico 1 com expansão/disjunção. Este caso apresentava uma mordida cruzada tanto anterior como posterior, sendo que o intuito da pergunta era solucionar a mordida cruzada anterior. O resultado por parte destes clínicos foi satisfatório, pois não se restringiram apenas ao diagnóstico mais óbvio (mordida cruzada anterior), solucionando a mordida cruzada posterior com expansão/disjunção, como refere a bibliografia.(2,9,86) Estes profissionais tendo concluído o seu percurso académico há menos tempo, podem estar mais direccionados a tratar o problema que lhes parece mais grave.

Constatou-se que quem consulta 20 ou mais pacientes por dia, não considera o fator custo como relevante para a execução de um tratamento intercetivo, tal como os clínicos com idades compreendidas entre os [30, 50[ anos e os que exercem a profissão há 15 ou mais anos. A justificação será justamente a mesma, pois esta correlação está inteiramente associada à experiência concebida por estes profissionais. Também, quem atende mais, tende a trabalhar mais em colaboração com terapeutas da fala. Mais uma vez, se percebe que quem vê mais casos diferentes, experiencia mais, tendo mais necessidade de colaborar com outros especialistas, tal como já referido.

Nesta amostra, averiguou-se que não são os médicos dentistas generalistas que mais executam tratamentos do foro intercetivo. Visto que a maior parte dos inquiridos que não são generalistas são ortodontistas e/ou odontopediatras, era expectável este resultado. Pode explicar-se esta associação por os tratamentos intercetivos serem aplicados em crianças e os odontopediatras e ortodontistas atuarem nestas idades.(1,95) O fator custo na realização destes tratamentos é também depreciado por quem não é generalista. Nesta amostra quem não é generalista dedica-se mais ao atendimento a crianças e daí não considerar este item como relevante. O facto de serem os não generalistas a colaborarem mais com otorrinolaringologistas e terapeutas da fala também era previsível. Os problemas da fala são detetados precocemente por especialistas de ortodontia e/ou odontopediatria, daí colaborarem mais com estes especialistas que os

generalistas, que muitas vezes fazem consulta de odontopediatria mas só para tratamentos primários.

96% dos clínicos que não são generalistas resolveriam o caso clínico 1 com um tratamento intercetivo. Os inquiridos que não são generalistas, dedicando-se na sua prática clínica quase todos a ortodontia/odontopediatria, pressupõe-se que tenham na sua formação um maior aporte referente ao tratamento de má-oclusões, daí solucionarem o caso com base neste tipo de tratamento. Desta forma, também é evidente que estes profissionais atendam mais pacientes com este tipo de má-oclusão comparativamente com os médicos dentistas generalistas, o que também era previsível pela sua especialidade compreender o tratamento destas.

Dos médicos dentistas que consulta 30 ou mais crianças semanalmente, 95% realiza tratamentos do foro intercetivo no seu quotidiano. Mais uma vez, este resultado estava dentro das expectativas, pois, sendo tratamentos aplicados a uma faixa etária restrita (crianças), era de prever que quem atendesse mais tivesse mais necessidade de aplicar esta metodologia de tratamento. Em consonância com todos os dados já discutidos, está também a importância do fator custo para a execução destes tratamentos. Os clínicos que atendem menos de 10 (42%) e entre 20-30 (45%) crianças semanalmente, tendem a considerar mais este fator como relevante. Era de prever que quem atendesse menos crianças desse mais importância ao custo por executar menos tratamentos deste âmbito. No entanto, não era tão previsível que quem atendesse 20-30 semanalmente também enfatizasse este fator, o que pode ser explicado por estes profissionais atenderem crianças mais no âmbito preventivo e primário.

Quem consulta mais crianças por semana é quem colabora mais com otorrinolaringologistas e terapeutas da fala. Este resultado era expectável e é positivo, pois com este estudo defende-se a colaboração entre vários profissionais de saúde. Ao atenderem mais crianças também revelam mais experiência com esta faixa etária, com um tratamento mais focado e consequentemente com uma maior necessidade de colaboração com outras especialidades médicas.

57% das pessoas que executam tratamentos do foro intercetivo no seu quotidiano realizam-no em todas as crianças com indicação para tal. Os que não o fazem podem justificá-lo por não encontrarem as condições ideais para a sua realização, como o plano de tratamento não aceite pelos pais, má higiene oral, por imaturidade da criança ou por questões de saúde. 50% dos médicos dentistas que realiza tratamentos do foro intercetivo no seu quotidiano, executa mesmo que o paciente tenha má higiene oral, enquanto os

outros 50% não executa em pacientes com má higiene oral, o que pode apoiar o resultado anterior.

67% e 82% dos clínicos que no seu quotidiano realiza estes tratamentos, colabora com otorrinolaringologistas e terapeutas da fala, respetivamente. Estes tratamentos pressupõem uma base de conhecimento ampla e que sempre que forem detetados problemas respiratórios, da fala ou hábitos, deve remeter para a colaboração com estes profissionais. Por outro lado, é também quem no seu dia-a-dia se dedica mais a estes tratamentos que tem mais autoperceção do sorriso da criança para a sua execução, porque já tem mais prática e daí dar um maior destaque ao lado emocional da criança. Ainda referente aos clínicos que no seu quotidiano fazem tratamentos intercetivos, mais de 90% destes resolveria o caso clínico 1 e o caso clínico 2 com uma abordagem intercetiva. Tanto para mordidas cruzadas como para perdas precoces de dentes decíduos é necessário intervir precocemente e de forma intercetiva, pelo que a resposta dada por estes inquiridos e a resolução segundo a bibliografia, está em concordância.(25)

41% dos clínicos que não se dedicam à área de ortodontia ou odontopediatria não têm por hábito executar tratamentos do foro intercetivo no seu quotidiano, porém, 97% dos que se dedicam à área mencionada, realizam estes tratamentos com frequência, pelo que era esperado, pois, como já foi referido, estes profissionais têm mais conhecimentos e experiência no âmbito destes tratamentos. Neste seguimento, o facto de quem não se dedica a estas áreas não colabora tanto com otorrinolaringologistas já era de prever, pelos mesmos motivos já antes assinalados.

Por fim, este estudo revelou que os médicos dentistas que consultam mais crianças por semana, observam mais crianças com a má-oclusão exposta no caso clínico 1 (mordida cruzada anterior). Esta relação era previsível, pois ao atenderem mais crianças, mais casos de má-oclusões vão ser visualizados e intercetados.

## **2.7 Questionários II e III**

Um comprometimento estético dentário perceptível pode ser razão suficiente para uma criança não gostar do seu sorriso. No entanto, quando os dentes são esteticamente aceitáveis, as crianças podem não ter perceção da má-oclusão que apresentam. Razão plausível para que grande parte das crianças da nossa amostra goste efetivamente dos seus dentes.

Além de quase todas gostarem do sorriso, apenas três ficaram recetivas relativamente ao tratamento. Este resultado não sendo expectável pela quantidade de crianças que estava satisfeita com os seus dentes, era desejável. As que ficaram recetivas pode ter sido por não saberem da necessidade existente de um tratamento.

Seis das crianças inquiridas revelaram ter vindo à consulta exatamente para resolver a má-oclusão. Este número não está totalmente em concordância com os pais, sendo que foram cinco os que referiram ter levado a criança pelo motivo mencionado. Além disto, verifica-se que metade dos pais não tinha reparado que os filhos poderiam ter algum tipo de má-oclusão. Estes dados encontram-se em concordância com outro estudo presente na literatura, em que foi avaliada a opinião de pais e filhos sobre a presença ou ausência de má-oclusões, em que os resultados revelaram um nível moderado de consciência entre pais e filhos.(96)

Foi referido por quatro dos pais a preocupação por parte das crianças com os seus dentes. É natural que estes se sintam interessados, principalmente quando se apercebem que existe algo de diferente no seu sorriso, comparativamente com as outras crianças, principalmente se as incomodar.

Dor e/ou desconforto durante o tratamento foi sentida apenas por dois pacientes. Estes testemunhos das crianças vão de encontro aos resultados obtidos pelos encarregados de educação, em que também dois referiram que o tratamento condicionou o dia-a-dia do seu educando foneticamente e durante a noite, para dormir. Não obstante, a adaptação ao tratamento aplicado foi considerada pelas crianças, maioritariamente boa. Este resultado vai de encontro à opinião dos pais, em que todos consideraram o tratamento como sendo de fácil adaptação. Este resultado não era expectável, mas foi satisfatório, porque, segundo a literatura, os procedimentos ortodônticos originam dor.(97,98)

Todas as crianças consideraram o tratamento bom, indo de encontro à opinião dos pais, em que todos os que conseguiram avaliar, também o classificaram positivamente quanto à sua eficácia, exceto um, que considerou ser razoável. A opinião das crianças neste parâmetro, pode ser bastante influenciada pela adaptação, pois é natural que uma boa adaptação contribua positivamente para opiniões gerais acerca do tratamento.

Praticamente todas as crianças disseram sentir-se mais bonitas com o tratamento, ou após este. Visto que o intuito do tratamento é melhorar a oclusão podendo interferir com a zona estética, era previsível esta resposta. Mais uma vez os pais estão de acordo, dizendo que o seu educando se sente ou sentirá mais bonito após o tratamento. Um estudo já referido anteriormente, publicado pela *European Journal of Orthodontics*, consolida

esta informação afirmando que um tratamento interceetivo poderá ter um impacto positivo na qualidade de vida da criança.(91)

Os inquiridos foram questionados sobre a felicidade destas crianças. As respostas obtidas foram unânimes entre pais e filhos. Todas as crianças se consideraram felizes, e todos os pais partilharam da mesma opinião. Em concordância está também um estudo feito pela Imaginarium® em Portugal no ano de 2017, em que foram questionados 1131 pais, e apenas 8,8% destes considerou que as suas crianças nem sempre eram felizes.

Por fim, todos os pais referiram que o diagnóstico feito pelo médico dentista foi de encontro às suas expectativas, o que revela ser positivo para a nossa profissão.

V – Conclusões

---



A partir de todos os objetivos previamente estabelecidos, obtivemos as seguintes conclusões:

- 1) Na amostra obtida, cerca de 41% dos participantes tem entre 5 a 14 anos de experiência profissional, sendo que 62,1% consulta em média entre 10 a 19 pacientes diariamente. Quase 70% da amostra são médicos dentistas generalistas, sendo que os que se dedicam a uma área profissional específica, trabalham na sua maioria no âmbito da ortodontia/odontopediatria (60,6%). A nossa amostra foi composta maioritariamente por inquiridos residentes na zona Centro de Portugal Continental, representando 39,8% dos inquiridos.
- 2) O conhecimento da amostra relativamente à existência da possibilidade de realizar tratamentos intercetivos é unânime. Todos os inquiridos que atendem pacientes pediátricos alegam saber o que é um tratamento intercetivo.
- 3) A execução de tratamentos do foro intercetivo faz parte do quotidiano de cerca de 68% dos participantes, nas consultas em que os seus pacientes são crianças, podendo aferir que estes tratamentos fazem parte da prática clínica destes profissionais de saúde. O tratamento mais comumente efetuado por estes é a expansão/disjunção em cerca de 55%. Por outro lado, cerca de 98% dos profissionais que não executam tratamentos deste âmbito, encaminham para colega da especialidade em questão.
- 4) A maioria da amostra não executa tratamentos intercetivos em todos os pacientes com indicação para tal, sendo que apenas cerca de 45% dos participantes o efetua. Tal facto pode ser explicado por aproximadamente 57% dos médicos dentistas não realizarem estes tratamentos em pacientes com higiene oral insatisfatória, entre outros fatores.
- 5) A necessidade funcional do paciente é apontada como o fator mais relevante pelos clínicos aquando da realização de um tratamento intercetivo, sendo enumerado por quase 80% dos clínicos. A vontade/colaboração dos pais e a colaboração da criança foram também fatores abordados por estes profissionais de saúde como fatores bastante importantes (72% e 66,5% respetivamente).
- 6) A multidisciplinidade por parte dos médicos dentistas com colegas fora da área da Medicina Dentária ainda não é uma realidade bem consolidada, visto que apenas cerca de 52% dos clínicos inquiridos que consulta pacientes

pediátricos diz trabalhar em colaboração com otorrinolaringologistas e 64% com terapeutas da fala. A respiração oral é identificada como o caso em que mais trabalham com o auxílio de otorrinolaringologistas e a interposição lingual com terapeutas da fala. Há que notar que existe mais interação médico dentista – terapeuta da fala do que médico dentista – otorrinolaringologista.

- 7) 79,3% dos inquiridos que na sua prática clínica diária consulta pacientes odontopediátricos tem em conta a autoperceção do sorriso de cada criança para a realização de tratamentos do âmbito intercetivo, considerando este um fator importante para a sua execução.
- 8) Todos os médicos dentistas que constituem a amostra deste estudo que consulta pacientes de idade pediátrica por norma informam e motivam/incentivam os pais acerca da importância da execução de um tratamento intercetivo e da melhor forma de o efetivar.
- 9) Relativamente ao contributo dos tratamentos intercetivos para uma melhor qualidade de vida, constatou-se que todos os clínicos consideraram que a aplicação de um tratamento deste domínio favorece o bem-estar futuro da criança.
- 10) Percebe-se que a prática de tratamentos intercetivos é importante para estes clínicos, sendo que no caso clínico 1 cerca de 87% e no caso clínico 2 aproximadamente 90% dos inquiridos optariam por esta abordagem. Na sua maioria (49,7%), para solucionar o caso clínico 1 optariam por um método que envolvesse expansão/disjunção. No caso clínico 2, a resposta foi em concordância por quase todos os clínicos (99,3%), afirmando que fariam uma intervenção com um mantenedor de espaço.
- 11) Este estudo permitiu sensibilizar os médicos dentistas no que concerne à temática de tratamentos intercetivos, incentivando-os e alertando-os da importância de um diagnóstico correto e precoce, de modo a avisar precocemente os responsáveis de cada criança sobre os problemas detetados.
- 12) A aplicação deste tipo de tratamento mostrou-se ser importante tanto para o familiar como para o seu educando, pois, só sensivelmente metade dos pais e dos filhos referiram ter vindo à consulta pelo motivo que levou à execução de um tratamento intercetivo no respetivo paciente. Desta forma, o tratamento tornou-se relevante não só para alertar os pais sobre a má-oclusão imposta como para solucionar o problema de todos os pacientes.

- 13) Verificou-se que a adaptação das crianças face ao tratamento imposto foi excelente. Esta conclusão advém de 9 destas crianças terem assinalado o “emoji” referente ao valor 1, o que nos permite aferir que em relação à adaptação os métodos aplicados superaram as expectativas.
- 14) A satisfação de pais e filhos relativamente ao tratamento praticado comparativamente com o estado inicial é notória, uma vez que a totalidade dos pacientes odontopediátricos inquiridos considerou que o tratamento executado foi bom (mesmo que ainda não tenha terminado). Também a maior parte dos pais questionados referiu a eficácia do tratamento, além de alguns não conseguirem fazer esta classificação pelo tratamento ainda estar a decorrer.
- 15) Considerou-se que a perceção dos pais vai de encontro à dos filhos, no que diz respeito ao sorriso destes últimos. Além de alguns pais não conseguirem avaliar este parâmetro pelo tratamento ainda não ter terminado, todos os restantes consideraram que após o tratamento a criança se sentirá satisfeita, o que vai de encontro à opinião destas, uma vez que as crianças dizem sentirem-se mais bonitas com este tratamento.
- 16) Com a divulgação desta monografia, com a partilha de informação através de trabalhos científicos referentes aos casos clínicos aqui expostos, e até mesmo pela utilização dos casos clínicos que serviram de apoio no questionário I, conseguimos sensibilizar os médicos dentistas generalistas para a prática clínica de resolução destas má-oclusões, de forma simples e eficaz.



## VI – Bibliografia

---



1. American Academy of Pediatric Dentistry. Definitions and scope of pediatric dentistry. *Ref Man.* 2011;33(6):2–349.
2. Dean JA. *McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent.* 10.<sup>a</sup> ed. Elsevier; 2016.
3. Marwah N. *Textbook of Pediatric Dentistry.* 3.<sup>a</sup> ed. New Delhi: Jaypee Publishers (P) Ltd.; 2014.
4. Cameron A, Widmer R. *Manual de Odontologia Pediátrica.* Harcourt Brace; 1998.
5. Nimri K, Richardson A. Interceptive orthodontics in the real world of community dentistry. *Int J Paediatr Dent.* 2000;10(2):99–108.
6. Borrie F, Bearn D. Interceptive orthodontics - Current evidence-based best practice. *Dent Update.* 2013;40(6):442–50.
7. Borrie F, Bonetti D, Bearn D. What influences the implementation of interceptive orthodontics in primary care? *Br Dent J.* 2014;216(12):687–91.
8. Kerosuo H. The role of prevention and simple interceptive measures in reducing the need for orthodontic treatment. *Em: Medical Principles and Practice.* 2002. p. 16–21.
9. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Ortodontia Contemporânea.* 4.<sup>a</sup> ed. Elsevier; 2008.
10. Pinkham JR, Casamassimo PS, McTigue DJ, Fields HW, Nowak AJ. *Pediatric Dentistry: Infancy through adolescence.* 4.<sup>a</sup> ed. Elsevier; 2005.
11. Cameron AC, Widmer RP. *Handbook of Pediatric Dentistry: Fourth Edition.* 4.<sup>a</sup> ed. *Handbook of Pediatric Dentistry: Fourth Edition.* Elsevier; 2013.
12. Silva TR, Canto GL. Dentistry-speech integration: the importance of interdisciplinary teams formation. *Rev CEFAC.* 2014;16(2):598–603.
13. Wilson EH, Farrell C, Zielinski RE, Gonik B. Obstetric provider approach to perinatal oral health. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(9):1089–91.
14. Balaban R, Aguiar CM, Da Silva Araújo AC, Dias Filho EB. Knowledge of paediatricians regarding child oral health. *Int J Paediatr Dent.* 2012;22(4):286–91.
15. Direção Geral de Saúde. *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional.* 2012.
16. Inagaki LT, Prado DGA, Iwamoto AS, Pereira Neto JS, Gavião MBD, Puppini-Rontani RM, et al. Interdisciplinary approach between dentistry and speech-language pathology in treatment of children with early childhood caries. *Rev CEFAC.* Abril de 2015;17(2):595–603.
17. Karaiskos N, Wiltshire W, Odlum O, Brothwell D, Hassard T. Preventive and Interceptive Orthodontic Treatment Needs of an Inner-City Group of 6- and 9-Year-Old Canadian Children. *J Can Dent Assoc.* 2005;71(9):649.
18. Graber T. *Orthodontics: Principles and Practice.* 3.<sup>a</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1972.
19. King GJ, Brudvik P. Effectiveness of interceptive orthodontic treatment in reducing malocclusions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010;137(1):18–25.
20. Direção Geral de Saúde. *Circular Normativa n° 1 DSE.* 2005.
21. Direção Geral de Saúde. *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B.* 2011.
22. Kundu R, Tripathi A, Jaiswal J, Ghoshal U, Palit M, Khanduja S. Effect of fixed space maintainers and removable appliances on oral microflora in children: An in vivo study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2016;34(1):3.
23. American Academy of Pediatric Dentistry. *Guideline on Management of the Developing Dentition and Occlusion in Pediatric Dentistry.* *Pediatr Dent.* 2014;37(6):253–65.
24. Jacob AM, Shenoy N, Bhandary R. Oral Hygiene Awareness and Effect of

- Orthodontic Treatment on Periodontal Health among Medical Students. *Nitte Univ J Heal Sci.* 2017;7(2):31–7.
25. Andrade DJC, Guedes-Pinto AC. *Textos Escolhidos de Odontopediatria.* 1.<sup>a</sup> ed. U. Porto Edições; 2017.
  26. Kumar N, Reddy VK, Padakandla P, Togaru H, Kalagatla S, Reddy VC. Evaluation of chemokines in gingival crevicular fluid in children with band and loop space maintainers: A clinico-biochemical study. *Contemp Clin Dent.* 2016;7(3):302.
  27. Aydinbelge M, Cantekin K, Herdem G, Simsek H, Percin D, Parkan O. Changes in periodontal and microbial parameters after the space maintainers application. *Niger J Clin Pract.* 2017;20(9):1195.
  28. Yildizer Keris E, Atabek D, Güngör K. Effects of fixed and removable space maintainers on halitosis. *BMC Oral Health.* 2016;16(99):1–7.
  29. Arikan V, Kizilci E, Ozalp N, Ozcelik B. Effects of fixed and removable space maintainers on plaque accumulation, periodontal health, candidal and enterococcus faecalis carriage. *Med Princ Pract.* 2015;24(4):311–7.
  30. Welbury R, Duggal MS, Hosey MT. *Paediatric Dentistry.* 4.<sup>a</sup> ed. Vol. 1. Oxford University Press; 2012.
  31. American Academy of Pediatric Dentistry. Dental Growth and Development. *Pediatr Dent.* 2016;38(6).
  32. Baroni C, Franchini A, Rimondini L. Survival of different types of space maintainers. *Pediatr Dent.* 16(5):360–1.
  33. Almeida RR, Almeida-Pedrin RR, Almeida MR. Mantenedores de Espaço e sua Aplicação Clínica. *J Bras Ortodon Ortop facial.* 2003;8(44):157–66.
  34. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Pediatric Oral Surgery. *Pediatr Dent.* 2010;32(6):238–45.
  35. Naragond A, Kenganal S. Serial Extractions – A Review. *IOSR-JDMS.* 2012;3(2):40–7.
  36. Almeida RR, Almeida MR, Oltramari-Navarro PV, Conti AC, Navarro R de L, Souza KR. Serial extraction: 20 years of follow-up. *J Appl Oral Sci.* 2012;20(4):486–92.
  37. Warren JJ, Slayton RL, Bishara SE, Levy SM, Yonezu T, Kanellis MJ. Effects of nonnutritive sucking habits on occlusal characteristics in the mixed dentition. *Pediatr Dent.* 2005;27(6):445–50.
  38. Suhani RD, Suhani MF, Muntean A, Mesaros M, Badea ME. Deleterious oral habits in children with hearing impairment. *Clujul Med.* 2015;88(3):403.
  39. Kamdar RJ, Al-Shahrani I. Damaging Oral habits. *J Int Oral Health.* 2015;7(4):85–7.
  40. Garde JB, Suryavanshi RK, Jawale BA, Deshmukh V, Dadhe DP, Suryavanshi MK. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. *J Int Oral Health.* 2014;6(1):39–43.
  41. Saccomanno S, Antonini G, D’Alatri L, D’Angeloantonio M, Fiorita A, Deli R. Case report of patients treated with an orthodontic and myofunctional protocol. *Eur J Paediatr Dent.* 2014;15(1):184–6.
  42. Loli D. Dentoalveolar effects of lip bumper: a systematic review. *WebmedCentral ORTHODONTICS.* 2017;8(11).
  43. Maspero C, Prevedello C, Giannini L, Galbiati G, Farronato G. Atypical swallowing: a review. *Minerva Stomatol.* 2014;63(6):217–27.
  44. Zicari AM, Albani F, Ntrekou P, Rugiano A, Duse M, Mattei A, et al. Oral breathing and dental malocclusions. *Eur J Paediatr Dent.* 2009;10(2):59–64.

45. Schneider PE, Peterson J. Oral habits: considerations in management. *Pediatr Clin North Am.* 1982;29(3):523–46.
46. Artese A, Drummond S, Nascimento JM, Artese F. Criteria for diagnosing and treating anterior open bite with stability. *Dental Press J Orthod.* 2011;16(3):136–61.
47. Ngan P, Fields HW. Open bite: a review of etiology and management. *Pediatr Dent.* 1997;19(2):91–8.
48. Canuto LFG, Janson G, De Lima NS, De Almeida RR, Caçado RH. Anterior open-bite treatment with bonded vs conventional lingual spurs: A comparative study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2016;149(6):847–55.
49. Zapata M, Bachiega JC, Marangoni AF, Jeremias JEM, Ferrari RAM, Bussadori SK, et al. Ocorrência de mordida aberta anterior e hábitos bucais deletérios em crianças de 4 a 6 anos. *Rev CEFAC.* 2010;12(2):267–71.
50. Feres MFN, Abreu LG, Insabralde NM, De Almeida MR, Flores-Mir C. Effectiveness of open bite correction when managing deleterious oral habits in growing children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Orthod.* 2017;39(1):31–42.
51. Degan V V, Puppim-Rontani RM. Prevalence of pacifier-sucking habits and successful methods to eliminate them--a preliminary study. *J Dent Child (Chic).* 2004;71(2):148–51.
52. Lima NS de, Pinto E de M, Gondim PPC. Alterações Verticais na Dentadura Mista: Diagnóstico e Tratamento. *J Bras Ortodon Ortop Facial.* 2002;7(42):511–7.
53. Nascimento MH, de Araújo TM, Machado AW. Severe Anterior Open Bite during Mixed Dentition Treated with Palatal Spurs. *J Clin Pediatr Dent.* 2016;40(3):247–50.
54. Al Hamadi W, Saleh F, Kaddouha M. Orthodontic Treatment Timing and Modalities in Anterior Open Bite: Case Series Study. *Open Dent J.* 2017;11(1):581–94.
55. Erdinc AE, Ugur T, Erbay E. A comparison of different treatment techniques for posterior crossbite in the mixed dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1999;116(3):287–300.
56. Petrán S, Bondemark L. Correction of unilateral posterior crossbite in the mixed dentition: A randomized controlled trial. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008;133(6):760.e7-13.
57. Tanaka OM, Fornazari IA, Parra AXG, Castilhos BB De, Franco A. Complete Maxillary Crossbite Correction with a Rapid Palatal Expansion in Mixed Dentition Followed by a Corrective Orthodontic Treatment. *Case Rep Dent.* 2016;
58. Kutin G, Hawes RR. Posterior cross-bites in the deciduous and mixed dentitions. *Am J Orthod.* 1969;56(5):491–504.
59. Kecik D, Kocadereli I, Saatci I. Evaluation of the treatment changes of functional posterior crossbite in the mixed dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2007;131(2):202–15.
60. Tashima AY, Verrastro AP, Lavinia S, Ferreira M, Wanderley MT, Guedes-pinto E. Tratamento Ortodôntico Precoce da Mordida Cruzada Anterior e Posterior : Relato de Caso Clínico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2003;6(29):24–31.
61. Boronat-Catalá M, Montiel-Company JM, Bellot-Arcís C, Almerich-Silla JM, Catalá-Pizarro M. Association between duration of breastfeeding and malocclusions in primary and mixed dentition: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2017;7(1):5048.
62. Dieguez-Perez M, de Nova-Garcia M, Mourelle-Martinez M, Gonzalez-Aranda C.

- The influence of crossbite in early development of mandibular bone asymmetries in paediatric patients. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(9):e1115–20.
63. Façanha AJ, Lara TS, Garib DG, da Silva Filho OG. Transverse effect of Haas and Hyrax appliances on the upper dental arch in patients with unilateral complete cleft lip and palate: A comparative study. *Dental Press J Orthod*. 2014;19(2):39–45.
  64. Park JH, Kim TW. Anterior crossbite correction with a series of clear removable appliances: A case report. *J Esthet Restor Dent*. 2009;21(3):149–60.
  65. Miamoto CB, Marques LS, Abreu LG, Paiva SM. Comparison of two early treatment protocols for anterior dental crossbite in the mixed dentition: A randomized trial. *Angle Orthod*. 2018;88(2):144–50.
  66. Prakash P, Durgesh BH. Anterior Crossbite Correction in Early Mixed Dentition Period Using Catlan’s Appliance: A Case Report. *ISRN Dent*. 2011;2011:1–5.
  67. Ulusoy A, Bodrumlu E. Management of anterior dental crossbite with removable appliances. *Contemp Clin Dent*. 2013;4(2):223.
  68. Bindayel NA. Simple removable appliances to correct anterior and posterior crossbite in mixed dentition: Case report. *Saudi Dent J*. Abril de 2012;24(2):105–13.
  69. Abraham KK, James AR, Thenumkal E, Emmatty T. Correction of anterior crossbite using modified transparent aligners: An esthetic approach. *Contemp Clin Dent*. 2016;7(3):394.
  70. Vasilakos G, Koniaris A, Wolf M, Halazonetis D, Gkantidis N. Early anterior crossbite correction through posterior bite opening: a 3D superimposition prospective cohort study. *Eur J Orthod*. 2017;1–8.
  71. Ceyhan D, Akdik C. Taking a glance at anterior crossbite in children: Case series. *Contemp Clin Dent*. 2017;8(4):679.
  72. Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent*. 2002;12(1):47–52.
  73. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Clin Guidel Ref Man 2006-2007*. 2006;(6):97–105.
  74. Mathisen LB, Eriksen CB. Referral and treatment practices in Orthodontics . A questionnaire study to dentists and dental hygienists in Troms County. University of Tromsø UIT; 2011.
  75. Lo E. Provision and Timing of Interceptive Orthodontic Treatment by Certified Orthodontists and Pediatric Dentists in Canada. University of Manitoba; 2010.
  76. Aldrees AM, Tashkandi NE, AlWanis AA, AlSanouni MS, Al-Hamlan NH. Orthodontic treatment and referral patterns: A survey of pediatric dentists, general practitioners, and orthodontists. *Saudi Dent J*. 2015;27(1):30–9.
  77. Swoboda WJ, Mühlberger N, Weitkumat R, Schneeweiß S. Internet surveys by direct mailing: An innovative way of collecting data. *Soc Sci Comput Rev*. 1997;15(3):242–55.
  78. Dumicic K, Sajko M, Radosevic D. Designing a Web-survey questionnaire using automatic process and a script language. *J Inf Organ Sci*. 2002;26(1):25–41.
  79. Eysenbach G, Wyatt J. Using the Internet for surveys and health research. *J Med Internet Res*. 2002;4(2):e13.
  80. Rodrigues C. Comportamentos, Hábitos E Conhecimentos De Saúde Oral Das Crianças: Percepção dos Pais/Encarregados de Educação. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta; 2008.
  81. Marais A. Interceptive orthodontic treatment need among children attending dental clinics in the Tygerberg sub-district. University of the Western-Cape; 2013.
  82. Marconi M, Lakatos E. Fundamentos de metodologia científica. 5ª. Editora Atlas

- S.A.; 2003.
83. Amatuzzi MLL, Barreto MDCC, Litvoc J, Leme LEG. Linguagem metodológica: parte 2. *Acta Ortopédica Bras.* 2006;14(2):108–12.
  84. Ordem dos Médicos Dentistas. *Os Números da Ordem* 2017. 2017.
  85. Ordem dos Médicos Dentistas. *Diagnóstico Profissionais de Medicina Dentária.* 2016.
  86. Ugolini A, Doldo T, Huanca Ghislazoni LT, Mapelli A, Giorgetti R, Sforza C. Rapid palatal expansion effects on mandibular transverse dimensions in unilateral posterior crossbite patients: A three-dimensional digital imaging study. *Prog Orthod.* 2016;17(1).
  87. Sandikçiolu M, Hazar S. Skeletal and dental changes after maxillary expansion in the mixed dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1997;111(3):321–7.
  88. Costa JG, Costa GS, Costa C, Vilella OV, Mattos CT, Cury-Saramago AA. Clinical recognition of mouth breathers by orthodontists: A preliminary study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2017;152(5):646–53.
  89. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Informed Consent. *Clin Guidel Ref Man* 2015-2016. 2015;37(6):315–7.
  90. Singh VP, Sharma A, Roy DK. Assessment of the Self-Perception of Dental Appearance, Its Comparison with Orthodontist's Assessment and Demand for Treatment in Eastern Nepalese Patients. *Adv Med.* 2014;2014:1–5.
  91. Seehra J, Newton JT, Dibiase AT. Interceptive orthodontic treatment in bullied adolescents and its impact on self-esteem and oral-health-related quality of life. *Eur J Orthod.* 2013;35(5):615–21.
  92. Chalakkal P, Ferreira AN, Da Costa GC, Aras MA. Functional Lingual Arch with Hinge-type Lockable Dentulous Component. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2017;10(3):302–8.
  93. Roberts MW, Seale NS, Lieff S. Career preferences of pediatric dentistry advanced education students. *Pediatr Dent.* 1997;19(2):104–8.
  94. Botelho F, Silva C, Cruz F. *Epidemiologia Explicada – Viéses.* *Acta Urol.* 2010;3:47–52.
  95. Dewel BF. Orthodontics: a definition of its scope or area of dental specialty practice. *Am J Orthod.* 1962;48:860–2.
  96. Espeland L V, Ivarsson K, Stenvik A, Alstad TA. Perception of malocclusion in 11-year-old children: A comparison between personal and parental awareness. *Eur J Orthod.* 1992;14(5):350–8.
  97. Banerjee S, Banerjee R, Shenoy U, Agarkar S, Bhattacharya S. Effect of orthodontic pain on quality of life of patients undergoing orthodontic treatment. *Indian J Dent Res.* 2018;29(1):4.
  98. Bergius M, Berggren U, Kiliaridis S. Experience of pain during an orthodontic procedure. *Eur J Oral Sci.* 2002;110(2):92–8.







## **Anexo I**

### **Questionário I:**

Prezado(a) colega,

A docente de Odontopediatria da Universidade Católica Portuguesa, Professora Dr.<sup>a</sup> Andreia Figueiredo e a aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Joana Paiva Alves, encontram-se a realizar um estudo com o objetivo de analisar a importância dos Tratamentos Intercetivos em Odontopediatria e a perceção dos Médicos Dentistas sobre esta área. Este estudo destina-se à obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.

Neste sentido, solicitamos a colaboração e empenho do(a) colega no sentido de análise e preenchimento deste questionário anónimo. O seu contributo é essencial.

Agradecemos, desde já, a sua preciosa colaboração.

1. Género:  
Feminino  Masculino
  
2. Distrito de residência:  
Aveiro (Centro)   
Beja (Sul)   
Braga (Norte)   
Bragança (Norte)   
Castelo branco (Centro)   
Coimbra (Centro)   
Évora (Sul)   
Faro (Sul)   
Guarda (Centro)   
Leiria (Centro)   
Lisboa (Centro)   
Portalegre (Centro)   
Porto (Norte)   
R. A. da Madeira (Ilhas)   
R. A. dos Açores (Ilhas)   
Santarém (Centro)   
Setúbal (Sul)   
Viana do Castelo (Norte)   
Vila Real (Norte)   
Viseu (Centro)

3. Idade (anos):  
<25  25-29  30-39  40-49  50-59  >=60
4. Há quantos anos exerce a profissão de médico dentista?  
<5 anos  5-9 anos  10-14 anos  15-19 anos  >=20 anos
5. Quantos pacientes atende em média por dia?  
<10  10-14  15-19  20-25  >=25
6. É médico dentista generalista?  
Sim  Não
7. (Se respondeu não na questão anterior) Qual a área que se dedica de forma particular? \_\_\_\_\_
8. Atende pacientes pediátricos?  
Sim  Não

Se respondeu não na questão anterior o questionário está finalizado. Se respondeu sim, o questionário prossegue.

9. Sabe o que é um tratamento intercetivo?  
Sim  Não
10. Quantas crianças costuma atender em média por semana?  
<10  10-19  20-29  >=30
11. A execução de tratamentos do foro intercetivo faz parte do seu quotidiano nas consultas em que os seus pacientes são crianças?  
Sim  Não
12. (Se respondeu não na pergunta anterior) Como orienta? \_\_\_\_\_  
(Se respondeu sim na pergunta anterior) Qual o tratamento intercetivo que mais costuma fazer? \_\_\_\_\_
13. Faz tratamento intercetivo em todos os doentes com indicação para tal?  
Sim  Não

14. Que fator(es) considera ser(em) importantes para a realização de tratamentos interceivos?  
Custo   
Higiene   
Necessidade funcional do paciente   
Vontade dos pais   
Colaboração da criança   
Colaboração dos pais   
Outro(s)  Qual/Quais? \_\_\_\_\_
15. Acha que os tratamentos interceivos devem ser realizados mesmo em pacientes com má higiene oral?  
Sim  Não
16. Tem por hábito trabalhar em colaboração com otorrinolaringologistas?  
Sim  Não
17. (Se sim) Em que casos?  
Respiração oral   
Deglutição atípica   
Interposição lingual   
Interposição labial   
Todos   
Outro(s)  Qual/Quais? \_\_\_\_\_
18. Tem por hábito trabalhar em colaboração com terapeutas da fala?  
Sim  Não
19. (Se sim) Em que casos?  
Respiração oral   
Deglutição atípica   
Interposição lingual   
Interposição labial   
Todos   
Outro(s)  Qual/Quais? \_\_\_\_\_
20. Quando diagnostica algum problema tem por hábito avisar e explicar os pais da importância de um tratamento interceivo?  
Sim  Não

21. Quando avalia a criança pela 1ª vez costuma ter em conta a autoperceção desta sobre o seu sorriso para o seu plano de tratamento?

Sim  Não

22. Considera que o tratamento intercetivo trará uma melhor qualidade de vida para a criança?

Sim  Não

23. **Caso Clínico 1:** Paciente de 10 anos de idade aparece conforme na fotografia numa consulta de medicina dentária. Abaixo apresenta-se ainda anexada a ortopantomografia deste paciente.



a) Resolvia este caso clínico com tratamento intercetivo? Sim  Não

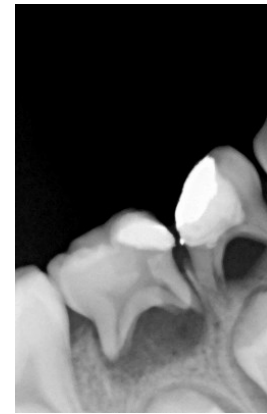
b) (Se respondeu sim na questão a)) Quais os tipos de abordagem que equacionava?

\_\_\_\_\_

c) (Se respondeu sim na questão a)) Dos tratamentos mencionados anteriormente, qual o seu preferido para este caso? \_\_\_\_\_

d) Quantos pacientes atendeu nos últimos 6 meses com este tipo de má-oclusão (mordida cruzada anterior)? \_\_\_\_\_

24. **Caso Clínico 2:** Criança com 6 anos de idade apresenta-se na consulta de Medicina Dentária com dor no dente 8.5. O dente 4.6 já se encontra erupcionado. Abaixo apresenta-se a ortopantomografia feita à criança um ano antes (5 anos) e o Rx periapical feito no momento da consulta (6 anos). Nessa mesma consulta após Rx procedeu-se à extração do dente 8.5.



Após toda esta descrição do caso, considera necessário algum tipo de tratamento interceetivo?

a) Sim  Não

b) Se sim, qual? \_\_\_\_\_

### **Declaração de autorização**

Pretende-se realizar um estudo com o objetivo de recolher dados relevantes para a elaboração de uma dissertação de mestrado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Como parte deste estudo será realizado um pequeno questionário a crianças sujeitas a tratamentos interceivos e seus responsáveis, com o objetivo de analisar a importância e a adaptação destes ao tratamento. Se conveniente, serão ainda realizadas fotografias intra e/ou extraorais.

A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade, o seu nome será codificado e apenas os investigadores terão acesso a essa mesma informação.

Esta metodologia enquadra-se no desenvolvimento de um estudo de carácter científico na Área Disciplinar de Odontopediatria da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária.

Os dados recolhidos são estritamente confidenciais e serão exclusivamente utilizados pelos investigadores deste projeto para fins estatísticos.

Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

Ao decidir participar pode efetuar todas as questões que achar necessárias para o seu esclarecimento ou facultar informações aos responsáveis do estudo em qualquer etapa do mesmo. Em qualquer momento poderá requerer informações sobre os resultados obtidos que lhe serão facultados se assim o desejar. Pode retirar, se assim entender, o seu consentimento informado da participação em qualquer etapa do estudo sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis.

Eu, \_\_\_\_\_, responsável legal de \_\_\_\_\_, autorizo que os meus dados sejam usados para este estudo e declaro que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) dos objetivos da pesquisa supra citada, dos seus riscos e limitações, e concordo em participar voluntariamente no estudo.

Assino este documento de livre e espontânea vontade, estando ciente do seu conteúdo.






\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_\_  
(Cidade) (Dia) (Mês) (Ano)

\_\_\_\_\_  
Professora Doutora Andreia Figueiredo

\_\_\_\_\_  
Joana Paiva Alves

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

## Questionário II:

Questionário a crianças	 1	 2	 3	 4	 5
1. Gostavas dos teus dentes antes de fazeres/iniciares o tratamento?					
2. Como ficaste quando soubeste como ia ser resolvido o teu problema?					
3. Foi por isso que vieste cá (ao Médico Dentista)?					
4. Sentiste dor ou desconforto com este tratamento?					
5. Adaptaste-te bem a este tratamento?					
6. O que achas deste tratamento?					
7. Com este tratamento sentes-te mais bonito(a)?					
8. És feliz?					

## **Anexo III**

### **Questionário III:**

1. Grau de parentesco: \_\_\_\_\_
  
2. Trouxe o seu educando a esta consulta pelo motivo que o levou a realizar um tratamento intercetivo?  
Sim  Não
  
- 2 Notava que a criança sentia algum tipo de preocupação com os seus dentes antes de realizar o tratamento?  
Sim  Não
  
- 3 O diagnóstico feito pelo médico dentista foi de encontro às suas preocupações?  
Sim  Não
  
- 4 Considera que o tratamento escolhido condiciona o dia-a-dia do seu educando?  
Sim  Não
  
- 5 (Se respondeu sim na questão anterior) A que nível?  
Social   
Psicológico   
Funcional, ao nível da mastigação   
Funcional, ao nível da fala   
Outro  Qual? \_\_\_\_\_
  
- 6 Considera que o tratamento escolhido foi de fácil adaptação?  
Sim  Não
  
- 7 Como considera a eficácia do tratamento utilizado neste caso?  
Muito boa  Boa  Razoável  Má  Péssima  Não aplicável
  
- 8 Quando este tratamento terminar (ou caso já tenha terminado) considera que o paciente se sentirá satisfeito e com maior autoestima?  
Sim  Não  Não aplicável por não conseguir avaliar
  
- 9 Considera o seu educando uma criança feliz?  
Sim  Não

## Informação geral do paciente

Iniciais do nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento/idade: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Género: Feminino  Masculino

Tipo de tratamento: \_\_\_\_\_

Patologia: \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Ano de escolaridade a frequentar: \_\_\_\_\_

Data de execução do plano de tratamento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Plano de tratamento terminado? Sim  Não

Data do questionário: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

