

PREVALÊNCIA DE OCLUSOPATIAS EM CRIANÇAS DA COMUNIDADE KALUNGA – GOIÁS

RANK, Rise Consolação luata Costa¹

COLLIER, K.F.S²

VILELA, J. E. R.³

RANK, M. S.⁴

TAKAHASHI, Camila Messias⁵

MOLINA, Omar Franklin Tinoco⁶

RESUMO

Introdução: O Quilombo Kalunga foi formado por escravos que fugiram em busca de liberdade, há mais de 300 anos, no Nordeste Goiano. Esta comunidade encontra-se parcialmente isolada e com características étnicas e raciais

¹ Especialista, Mestre e Doutora em Odontopediatria. E-mail: riserank@yahoo.com.br.

² Doutora em Produção Vegetal. Professora de Metodologia Científica do Curso de Odontologia, Centro Universitário UnirG. E-mail: karincollier@gmail.com.

³ Especialista em Saúde Pública e Odontopediatria. Departamento de Odontopediatria e Saúde Pública do Curso de Odontologia, Centro Universitário UnirG. E-mail: joanaerv@yahoo.com.br.

⁴ Especialista em Prótese e Implantodontia. Professor do Curso de Odontologia, Centro Universitário UnirG. E-mail: rankmarcos@yahoo.com.br.

⁵ Graduada em Odontologia. E-mail: camilahashi@hotmail.com.

⁶ Mestre em Odontopediatria e professor do Centro Universitário UnirG. E-mail: omarmolinatinoco@yahoo.com.

preservadas. **Objetivo:** O propósito deste estudo foi determinar as prevalências de oclusopatias em crianças da comunidade Kalunga-GO. **Metodologia:** Foram examinadas 49 crianças, de ambos os sexos, entre 3 e 9 anos, com dentadura decídua (55%) e mista (45%) sem perda de tecido dentário interproximal. Apenas um examinador (Kappa intra-examinador: 0,96) avaliou as características faciais e oclusais das crianças, no sentido ântero-posterior, transversal e vertical, em ambiente sob luz natural. As mães responderam uma entrevista sobre o desenvolvimento da criança. Foram empregados os testes estatísticos qui-quadrado, teste exato de Fisher e Risco Relativo. **Resultados:** Observou-se que 62% das crianças possuía oclusopatias, sendo 16% de classe I, 46% classe II e nenhuma Classe III de Angle, ainda encontrou-se 2% com mordida aberta, 1% mordida cruzada, 16% sobremordida acentuada, 13% com sobressaliência (>3mm), 21% de desvio da linha média e 21% apinhamento. **Conclusão:** Existe uma forte influência dos fatores genéticos, raciais e ambientais na etiologia da má oclusão, favorecendo nesta comunidade infantil a oclusopatia de classe II.

Palavras-chave: Oclusão dentária. Grupos étnicos. Oclusopatias. Crianças.

OCCLUSAL DISORDERS FREQUENCY IN CHILDREN IN THE KALUNGA COMMUNITY, GOIÁS, BRAZIL

ABSTRACT

Introduction: Kalunga community was formed by slaves that escaped away looking for freedom more than three hundred years ago in the Goianian northeast. This community is in some way partially isolated still preserving ethnic racial features. **Objective:** The goal of this study was

to determine the frequencies of occlusal disorders in children in the Kalunga community. **Methods:** 49 children both females and males between 3 and 9 years old with deciduous dentition (55%), mixed dentition (45%) without the loss of interproximal dental tissue, were evaluated. Only one examiner (Kappa intra-examiner=0,96), assessed children facial and occlusal features in the anterior posterior, transversal and vertical directions in natural light environment. Children mothers responded to an interview about the development of the children. X square statistics, Fisher's exact test and relative risk test were used. **Results:** We found that 62% of the children had some form of occlusal disorder, being 16% in class I, 46% in class II and none occlusal disorder in class III malocclusion according to Angle's classification. We found that 2% of the children presented with open bite, 1% crossed bite, 16% deep bite, 13% excessive overjet (more than 3mm), 21% shift in the midline and 21% crowding. **Conclusion:** There is a strong influence of genetic, environmental and race factors in the etiology of malocclusion. In the Kalunga community, most occlusal disorders were observed in Angle class II malocclusion.

Keywords: Dental Occlusion. Ethnic Groups. Occlusal Disorders. Children.

INTRODUÇÃO

Calunga ou Kalunga é o nome atribuído aos afro-descendentes de escravos que fugiram ou foram libertados das minas de ouro do Brasil Central (BOLONI, CÂNTIA, 2004), formaram comunidades autossuficientes e viveram por centenas de anos isolados em regiões remotas, próximas à Chapada dos Veadeiros. Essas comunidades isoladas, como o Quilombo Kalunga Engenho II de Cavalcante - GO, preservaram as suas características culturais e fenotípicas (TIBÚRCIO, VALENTE, 2007). A comunidade Quilombola Kalunga no Engenho II conta 350 habitantes que apresentam carência de assistência preventiva e curativa em saúde bucal (SIAB, 2009).

A Organização Mundial de Saúde considera as oclusopatias como o grupo de terceira maior prevalência dentre as patologias bucais, perdendo apenas para as doenças cárie e periodontal. Desta forma, está na terceira posição da escala de prioridades quanto aos problemas odontológicos de Saúde Pública mundial (AZEVEDO et al., 2008). A incidência de oclusopatias em crianças no mundo tem sido relatada com

variação de 11% até 93% (VIG; FIELDS; 2000).

Os dados epidemiológicos sobre a prevalência de oclusopatia é um determinante no planejamento para serviços de ortodontia. A ocorrência de anomalias oclusais varia entre os diferentes países, etnias e faixas etárias (THILANDER et al., 2001).

A oclusopatia é uma entidade patológica que deve ser diagnosticada e tratada precocemente e pode ser influenciada por: hábitos deletérios, desenvolvimento sociodemográfico, urbanização, tipo de nutrição, tamanho da família, profissão dos pais e, também, pelo tipo de escola, mesmo em baixos níveis socioeconômicos. Ou seja, assim como a doença cárie, os fatores etiológicos da má oclusão são diversos. Entretanto, não se pode ignorar que o desenvolvimento osteogênico, a hereditariedade e o estado geral de saúde da criança são fatores que também contribuem para a instalação e/ou agravamento das oclusopatias (FRAZÃO et al., 2002).

Teles (2003) verificou uma relação estatisticamente significativa (Teste Qui quadrado) entre qualidade de vida e gengivite e oclusopatias, em 522 mães e filhos de ambos os

gêneros, com a faixa etária entre 6 meses e 36 meses. No entanto, não foi constatada esta relação para cárie dentária.

Em Araraquara-SP, a prevalência de má oclusão nas crianças de 3 a 6 anos de idade foi alta, sendo encontrada em 87,4% da amostra. A oclusopatia mais prevalente foi a mordida aberta anterior (72%), estando associada de forma significativa aos hábitos deletérios, principalmente o de sucção de chupeta; essa oclusopatia foi seguida da atresia maxilar (60,2%), do overjet (45,0%), da mordida cruzada posterior (26,3%), do apinhamento (5,1%), da topo a topo (5,1%) e da mordida cruzada anterior (3,4%) (BOECK et al., 2013).

Conhecimentos a respeito das oclusopatias em relação a etnia e sexo de crianças pré-escolares ainda são limitados. O estudo de Trotman e Elsbach (1996) constituiu de 238 crianças de 3 a 5 anos de idade, em que 99 das crianças eram negras e 139 eram brancas. Os resultados indicaram diferenças raciais significativas nos padrões oclusais e pouca ou nenhuma diferença entre os sexos.

Nas crianças da raça negra com faixa etária de 6 a 11 anos, foi constatada maior prevalência de oclusopatia severa e muito severa (16,9% e 13,7% respectivamente) do que na raça branca, por suas características como os biótipos craniofaciais predominantes em cada raça (SULIANO et al., 2007).

Em 2002, Soares et al. realizaram um estudo sobre a experiência de cárie e comportamentos em saúde bucal na comunidade Kalunga-GO. A prevalência de cárie foi de 65,2% entre indivíduos na faixa etária de 1 a 14 anos, 70,8% de 15 a 19 anos e 92,9% na idade de 20 anos acima. Na população acima de 14 anos, 45% apresentava alguma perda de dentes. O açúcar branco faz parte da alimentação e todos os indivíduos relataram realizar higiene bucal diária, geralmente com escova e creme dental convencionais. Os resultados sugerem a necessidade de medidas de promoção de saúde bucal, bem como de atenção clínica, na comunidade Kalunga. Entretanto, o levantamento destes autores não considerou as oclusopatias.

Portanto o objetivo deste trabalho foi levantar a prevalência de

occlusopatias em crianças no Quilombo Kalunga do Engenho II de Cavalcante, Goiás.

METODOLOGIA

O presente estudo com delineamento do tipo observacional e transversal, abordagem indutiva e observação direta intensiva, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UnirG (Processo nº 0108/2009).

O grupo estudado foi constituído por 49 crianças, entre três a nove anos de idade, de ambos os gêneros, com dentadura decídua e mista, que estavam devidamente acompanhadas pelos responsáveis na comunidade Kalunga no quilombo do Engenho II, situada a 60 quilômetros da cidade de Cavalcante em Goiás, localizada no Nordeste Goiano, na Microrregião Chapada dos Veadeiros. O número da amostra correspondeu a 52% das 93 crianças desta faixa etária, conforme o Quadro 1.

Faixa Etária	Quantidade
0 a 1 ano	04
1 a 4 anos	49
5 a 6 anos	20
7 a 9 anos	25
10 a 14 anos	35
15 a 19 anos	23

20 a 39 anos	103
40 a 49 anos	32
50 a 59 anos	18
60 anos e mais	41
TOTAL	350

Quadro 1: Distribuição dos habitantes da comunidade Kalunga (Engenho II) de Cavalcante de Goiás conforme a faixa etária. FONTE: SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) – Secretaria de Saúde de Cavalcante de Goiás (outubro de 2009).

O estudo foi realizado em duas etapas: (1) entrevista com a mãe ou responsável e (2) exame intrabucal da criança.

As mães receberam orientação detalhada sobre a pesquisa e preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Depois da assinatura do TCLE responderam ao questionário a respeito da história de saúde bucal da criança e, logo após, a criança foi encaminhada para o exame clínico bucal. O exame clínico que analisou a Máxima Intercuspidação Habitual (MIH) foi realizado com luz natural, com a criança sentada em frente ao único examinador devidamente paramentado e calibrado ($Kappa=0,96$), o qual usou espátula de madeira, espelho clínico e régua milimetrada.

Para a classificação dos relacionamentos entre as superfícies

distais dos segundos molares decíduos foram utilizados os critérios propostos por Baume (1950).

- plano terminal reto: quando as superfícies distais dos segundos molares decíduos estiverem coincidentes;
- degrau mesial: quando a superfície distal do segundo molar decíduo inferior estiver mais para mesial em relação à superfície distal do segundo molar decíduo superior;
- degrau distal: quando a superfície distal do segundo molar decíduo inferior estiver mais para distal em relação à superfície distal do superior;

Na dentadura decídua, o exame de oclusão avaliou os aspectos morfológicos da oclusão obedecendo à classificação de Angle (1899), mediante a inspeção visual da relação ântero-posterior dos segundos molares decíduos. Os arcos da dentadura decídua foram avaliados segundo Baume (1950), observando-se os dois tipos de arcos dentários decíduos: arco tipo I, apresentando espaços generalizados entre os dentes na região anterior, e arco tipo II sem espaços.

Na dentadura mista obedeceu-se à Classificação de Angle (Classe I, Classe II e Classe III) e não se avaliou

a Classe II de Angle em: Classe II div. 1, Classe II div. 2, Classe II 1, subdivisão.

Além da classificação de Angle, foram verificados nas dentaduras o trespasse horizontal e vertical, espaçamento ou apinhamento, mordida aberta anterior, mordida cruzada total, mordida cruzada anterior e mordida cruzada posterior, uni ou bilateral e padrão facial.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística por meio do teste de qui quadrado (χ^2), sendo considerado o intervalo de confiança de 95% ($< 0,05$). As associações entre oclusopatias e as variáveis estudadas foram estimadas pelo Risco Relativo (RR) e Intervalo de Confiança (IC).

RESULTADOS

A amostra foi composta por mais de 52% da população de 3 a 9 anos da comunidade Kalunga. Os dados obtidos foram apresentados em tabelas e gráficos.

A entrevista com as mães evidenciou características do perfil das crianças na comunidade (Quadro 2).

	Sim	Não
Gestação Foi Normal	75%	25%
Parto Normal	68%	32%
Está sendo tratada por algum médico,	14%	86%

atualmente.		
Está tomando algum medicamento	17%	83%
Já foi hospitalizado alguma vez	41%	59%
Tem frequentes dores de garganta	11%	89%
Tem alergia a algum produto ou medicamento	0%	100%
Já bateu a face alguma vez	55%	45%
Range os dentes	62%	38%
Sofre alguma doença a ser controlada	7%	93%
Mamou no peito	86%	14%
Mamou mamadeira	38%	62%
Chupou chupeta ou dedo	31%	69%
Baba ou tem vômitos frequentes	11%	89%

Quadro 2. Distribuição percentual do perfil das crianças entrevistadas na pesquisa.

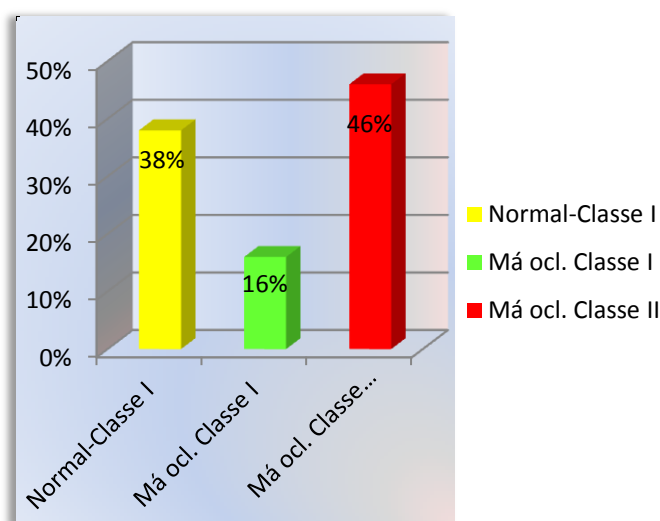


Gráfico 1 - Distribuição percentual do tipo Presença de oclusopatias nas crianças, segundo a classificação de Angle (N=22).

A frequência de oclusopatia em dentadura decídua foi de 43% e na mista de 20%. No que concerne à frequência do desvio da linha média em dentadura decídua foi de 10% e na mista de 20%. Apurou-se que 18% das crianças com dentadura decídua e 6% com a mista apresentavam a sobressaliência positiva.

Tabela 1 – Distribuições da amostra de acordo com a dentadura decídua e mista, relacionando linha média desviada, sobressaliência, sobremordida, mordida aberta e apinhamento dentário (N=49).

Características analisadas	Sim	Não	Total	P	RR	IC
Presença de Oclusopatia ¹	(43%)	(20%)	63%	< 0,0359	2.032	1.012- 4,081 (95%)
Linha média desviada ²	(10%)	(10%)	(20%)	> 0,736	0,88	0.449-1.747 (95%)
Sobressaliência positiva ³	(18%)	(6%)	(24%)	> 0,181	1.542	0.968-2.455 (95%)
Sobremordida positiva ⁴	(37%)	(35%)	(71%)	>0,530	1.250	0.753-2.074 (95%)
Mordida aberta ⁵	(24%)	(12%)	(37%)	> 0,248	1.378	0.845-2.246 (95%)
Dentes Apinhados ⁶	(14%)	(6%)	(20%)	> 0,477	1.365	0.821-2.269 (95%)

O teste exato de Fisher ($p < 0,0359$) registrou significância para as oclusopatias entre a dentadura decídua (prevalência maior) quando comparada à dentadura mista, no entanto, nas demais características não foram computadas diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 2 – Relação entre oclusopatia e tipo da dentadura decídua/mista (RR).

OCCLUSOPATIA	DECÍDUA	MISTA	TOTAL
SIM	21 (44%)	10 (20%)	31 (64%)
NÃO	06 (12%)	12 (24%)	18 (36%)
TOTAL	27 (55%)	22 (45%)	49 (100%)

A dentadura decídua das crianças Kalunga apresentou um Risco Relativo 2 vezes maior de apresentar oclusopatia do que na dentadura mista.

Constatou-se que 69% das crianças amostradas apresentavam Arco Tipo I, 31% com Arco Tipo II e a relação terminal molar predominante foi o plano reto presente em 56% da amostra da dentadura decídua (Gráfico 2).

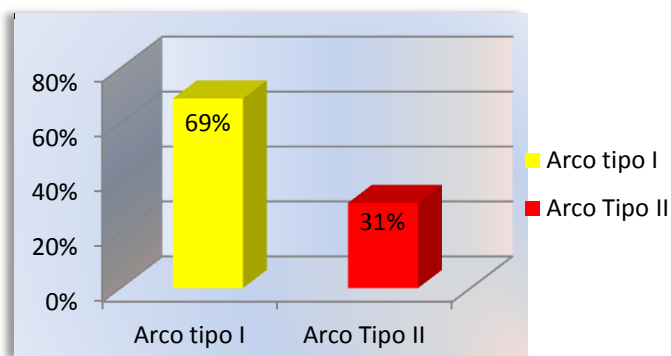


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos tipos de arcos encontrados na dentadura decídua, conforme BAUME(1950).

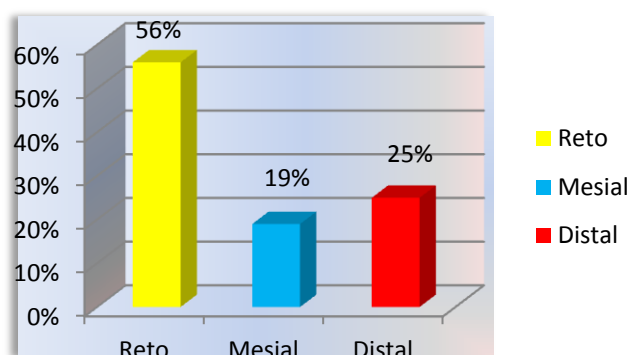


Gráfico 3 – Distribuição percentual do tipo relação terminal molar da dentadura decídua (N=27).

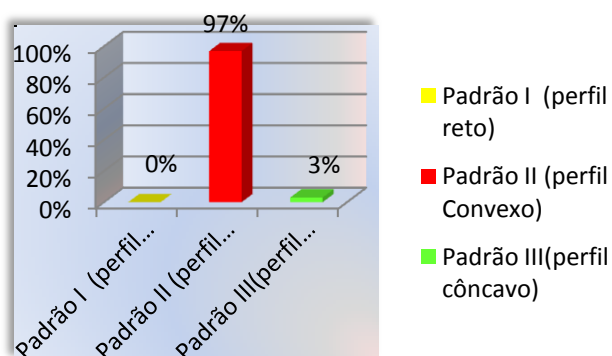


Gráfico 4 – Distribuição percentual do padrão facial referente ao perfil das crianças da comunidade Kalunga (N=49).

Analisando o padrão facial referente ao perfil das crianças da comunidade Kalunga, observou-se que

97% apresentava padrão II, ou seja, com perfil convexo.

DISCUSSÃO

Biázio et al. (2005) avaliaram 1036 crianças de ambos os sexos de 6 a 8 anos de idade, das raças negra e branca. Os autores observaram que 31% apresentava oclusopatia e 69% oclusão normal. As oclusopatias de Classe III, classe II e classe I apresentaram frequências de 1%, 11% e 19% respectivamente. Já no grupo racial não apresentaram nenhuma diferença na prevalência de oclusopatia, mas na distribuição as crianças brancas apresentaram um percentual maior de oclusopatia de classe II em relação à raça negra.

Um estudo de Almeida-Pedrin et al. (2008) em 1.500 crianças, de 6 a 12 anos, pertencentes às raças branca, negra e indígena constatou a predominância de oclusopatia em 95% das crianças, mas a classe II foi 43% na raça branca, 21% na raça indígena e 49% na raça negra, concordando com a presente pesquisa, em que a raça dos Kalungas é a negra e a oclusopatia predominante foi a classe II com 46%, sendo que, no total as oclusopatias resultaram em 63%.

A comunidade Kalunga é constituída pela raça negra, em que a hereditariedade e atributos genéticos tem fortes evidências, desta forma na dentadura decídua predominou o arco tipo I (69%), relação terminal molar tipo reto (56%), com padrão facial II (97%). Silva Filho et al. (2008) comprovaram estatisticamente que há uma tendência da Classe acompanhar o padrão do perfil facial desde o estágio de dentadura decídua. Fernandes et al. (2007) encontraram em 354 crianças com dentadura decídua, a prevalência de 41% da relação terminal molar reto, 29% distal e 1,7% mesial, demonstrando assim, que a comunidade Kalunga está entre a média infantil.

Os mecanismos genéticos durante a morfogênese craniofacial embrionária são predominantes, mas o ambiente também é considerado um fator de influência na morfologia dentofacial pós-natal (MOSSEY, 1999; PONZONI et al., 2001). Pelo padrão de crescimento vertical da raça negra, a mordida aberta tende a apresentar uma prevalência menor (KATZ et al., 2002). No entanto, os achados nesta comunidade revelaram na análise oclusal vertical que 16% foi de mordida profunda e 2% de mordida aberta. Já

Boeck et al. (2013), em seu estudo na cidade de Araraquara, encontrou 73% de crianças, de 3 a 5 anos, com mordida aberta por motivo de hábitos de sucção deletérios. As crianças da comunidade Kalunga apresentaram apenas 31% com hábito de sucção digital ou de chupeta.

Sadakyio et al. (2004) acreditam que existe um tipo de oclusopatia encontrada para cada faixa etária, em que as crianças de 3 a 4 anos apresentaram maior índice de oclusopatia na relação de incisivos, as crianças de 5 anos possuem maior prevalência de oclusopatia em relação ântero-posterior de molares e as crianças de 6 anos evidenciam maior prevalência de alterações oclusais na relação de caninos, tanto ântero-posterior quanto transversal, e também na relação transversal de molares. Nos Kalungas a frequência de desvio da linha média, dentes apinhados com sobressaliência e sobremordida na dentadura decídua, foi superior à dentadura mista, mas não foi estatisticamente significativa.

As crianças que apresentam mordida cruzada posterior na dentadura decídua, caso não sejam tratadas, poderão apresentar sérias consequências oclusais (MALANDRIS;

MAHONEY, 2004). A população Kalunga apresentou apenas 1% das crianças com mordida cruzada, mas, sem o tratamento adequado, esta oclusopatia não se autocorrige.

Estudos observaram uma tendência de aumento da frequência de oclusopatias com a idade (ALMEIDA et al., 2000; TOMITA et al., 2000; MAIA, MAIA, 2004; SANTOS et al., 2006; QUEIROZ et al., 2008). Entretanto, os estudos de Biázio et al. (2005) e Tollara (2001) demonstraram que a maior prevalência de oclusopatia encontrava-se no grupo etário de três anos, decrescendo significativamente com a idade em que as crianças demonstraram menor dependência dos hábitos bucais de sucção com o aumento da idade. O presente estudo encontrou dados correspondentes, visto que as crianças mais velhas apresentaram menos oclusopatias que as mais novas.

A oclusopatia no Brasil alcança uma média entre as crianças de 70% a 85% dos indivíduos, apresentando-se como um dos fatores etiológicos a miscigenação racial (DELGADO, 2003; SCHWERTNER et al., 2007; SULIANO et al., 2007). Neste trabalho as crianças Kalungas possuem percentuais de oclusopatia menores

(62%), quando comparados à prevalência nacional. Este fato pode ocorrer devido à menor miscigenação e padrão de amamentação natural nesta comunidade (86%).

Na fase de crescimento e desenvolvimento da criança, a oclusopatia aliada a outras disfunções pode provocar repercussões orgânicas. As crianças desde cedo, de 2 a 9 anos, podem apresentar essas disfunções estomatognáticas, em que 95% das crianças apresentaram algum tipo de oclusopatia (AZEVEDO et al., 2008). Santos et al. (2006) observaram a presença de hábitos parafuncionais e sinais e sintomas da Disfunção Temporomandibular (DTM) em crianças, e os sinais e sintomas mais frequentes foram o hábito de ranger os dentes, dores de cabeça e ruídos na ATM.

Determinantes socioeconômicos afetam a prevalência de hábitos bucais deletérios, assim sendo, faz-se necessário o uso de métodos de diagnóstico e terapêutica preventiva para possibilitar um maior acesso às

informações desta comunidade, para evitar que a oclusopatia possa aumentar sua prevalência (TOMITA et al., 2000; LENCI, 2002; SULIANO et al., 2007).

Para que a atenção à saúde e, mais especificamente, à saúde bucal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dessas comunidades parcialmente isoladas possa realmente se tornar integral, o conhecimento da situação epidemiológica e socioculturais desta população, torna-se fundamental para o planejamento e execução destes serviços.

CONCLUSÃO

As oclusopatias em crianças da comunidade Kalunga alcançaram uma prevalência de 63%, considerada menor que a média brasileira. A forte influência dos fatores genéticos, raciais e ambientais na etiologia da má oclusão favorece, nesta comunidade infantil, a oclusopatia de classe II e as crianças com dentadura mista apresentaram menos oclusopatias que as com dentadura decídua.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-PEDRIN, R.R.; SILVA, E.E.; FERREIRA, F.P. C.; ALMEIDA, M.R. Prevalência das más-oclusões em jovens de seis a 12 anos de idade na cidade de Miranda/MS. *Ortodontia SPO*, v. 41, n. 4, p. 384-392, 2008.

ALMEIDA, R.R.; ALMEIDA PEDRIN, R.R; ALMEIDA, M.R; GARIB, D.G; ALMEIDA, P.C.M; PINZAN, A. Etiologia das más oclusões: causas hereditárias e congênitas, adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais). *Rev. dent. press ortodon. Ortop. Maxilar*, v. 5, n.6, p. 107-129, nov/dez. 2000.

ANGLE, E.H. Classification of malocclusion. *Dent. Cosmos*, v. 41, p. 248-264, 350-357, 1899.

AZEVEDO, M.R.; MARRA, E.M.O; ROCHA, L.P.G; MACIEL, M.; MARQUES, M.A. *Avaliação do perfil de oclusão em crianças da clínica de Odontologia Preventiva e Social da Universidade Federal de Uberlândia, um diagnóstico oportuno, direcionando ações em Saúde Pública*. 2008. Disponível em: <www.ortociencia.com.br/PremioNacionalSPO>. Acesso em: 30 out. 2009.

BAUME, L. J. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion. III The biogenesis of sucessional dentition. *J. Dent. Res.*, v. 29, n. 3, p. 338-348, May/Jun. 1950b.

BIÁZIO, R.C.; COSTA, G.C.; VIRGENS FILHO, J.S. *Prevalência de má-oclusão na dentadura decídua e mista no distrito de Entre Rios, Guarapuava-PR*. Publ. UEPG , Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p.29-38, mar. 2005.

BOECK, E. M.; PIZZOL, K.E.D.C.; BARBOSA, E.G.P.; PIRES, N.C.A.; LUNARDI, N. Prevalência de má oclusão em crianças de 3 a 6 anos portadoras de hábito de sucção de dedo e/ou chupeta. *Rev. odontol. UNESP*, v. 42, n. 2, p. 110-116, 2013.

BOLONI, L.; CÂNTIA, A. *Kalunga - um remanescente de quilombo no sertão de Goiás*. 2004. Disponível em: <<http://www.brasiloste.com.br/noticia/1007/kalunga>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

CARVALHO, C.M.; CARVALHO, L.F.P.C.; FORTE, F.D.S.; ARAGÃO, M.S.; COSTA, L.J. Prevalência de mordida aberta anterior em crianças de 3 a 5 anos em Cabedelo/PB e relação com hábitos bucais deletérios. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 9, p. 205-210, 2009.

DELGADO, F.L. *Características da dentição decídua de crianças brasileiras*. Dissertação (Mestrado). 2003. Faculdade de Odontologia de Bauru- Universidade de São Paulo.

FERNANDES, K.P.; AMARAL, M.A.T.; MONICO, M.A. Ocorrência de maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico na dentição decídua. *RGO*, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 223-227, jul./set., 2007.

FRAZÃO, P. et al. Prevalência de oclusopatia na dentição decídua e permanente de crianças na cidade de São Paulo, Brasil, 1996. *Caderno de Saúde Pública*, set./out. v.18, n. 5, 2002.

KATZ, C. R. T.; ROSENBLATT, A.; GONDIM, P. P. C. Hábitos de sucção, padrão de crescimento facial e alterações oclusais dentárias em pré-escolares do Recife/PE. *J. Bras. Ortod. Ortop. Facial*, v. 7, n. 40, p. 306-13, 2002.

LENCI, P.R.J. Trabalho sobre a incidência de má oclusão entre crianças de 3 a 6 anos. *Rev. dent. press ortodon. ortop. Maxilar*, v. 7, n. 1, p.81-83, jan./fev., 2002.

MAIA, F.A.; MAIA, N.G. Prevalência e tratamento da mordida cruzada posterior na dentição decídua. *Rev. Clín. Ortod. Dent. Press*, v. 2, n. 6, p. 42-62, dez./jan., 2004.

MALANDRIS, M.; MAHONEY, E. K. Aetiology, diagnosis and treatment of posterior cross-bites in the primary dentition. *International Journal of Pediatric Dentistry*. v. 14, n. 3, p.155-166, may., 2004.

MOSSEY P.A. The Heritability of Malocclusion: Part 1 - Genetics, Principles and Terminology. *British Journal of Orthodontics*; v. 26, n. 2, p.103, abr./mai./jun., 1999.

PONZONI, D. et al. Hereditariedade e mal oclusão: revisão da literatura. *Ortodon. Gaúch*, v. 5, n. 2, p. 92-9, jul./dez., 2001.

QUEIROZ V. S. et al. O Índice de Prioridade Ortodôntico - IPTO nos diferentes tipos faciais. *Anais: Brazilian Oral Research, SBPQO*, po002, v. 23, 2008.

SADAKYIO, C.A. et al. Prevalência de maloclusão em pré-escolares de Piracicaba – SP. *Cienc Odontol Bras*, v. 7, n. 2, p. 92-99, abr./jun., 2004.

SANTOS, E.C.A. et al. Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, v. 11, n. 2, p. 29-34, mar./abr., 2006.

SILVA FILHO, O. G. et al. Correlação entre padrão facial e relação sagital entre os arcos dentários no estágio de dentadura decídua: considerações epidemiológicas. *Rev. dent. press ortodon. ortopedi. Facial*, v.13, n.1, p.101-112, jan./fev., 2008.

SOARES, E.F.; Freire, M.C.M.; Araújo, A.C. Kalunga - GO: primeiro relato sobre experiência de cárie e comportamentos em saúde bucal. *Rev. paul. Odontol*; v. 24, n. 5, p. 21-5, 2002.

SULIANO, A. A. et al. Prevalência de maloclusão e sua associação com alterações funcionais do sistema estomatognático entre escolares. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 8, Rio de Janeiro, ago., 2007.

TELES, G. S. *O impacto da qualidade de vida da mãe na saúde bucal da criança*. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

TOLLARA, M.C.R.N. *Estudo epidemiológico da prevalência de maloclusão em crianças de 05 a 35 meses de idade do município de Diadema - São Paulo - Brasil*. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

TOMITA, N. E.; SHEIHAM, A.; BIJELLA, V. T.; FRANCO, L. J. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. *Pesq. Odont. Bras.*, v. 14, n. 2, p. 169-175, abr./jun., 2000.

VIG KWL, FIELDS HW. Facial growth and management of orthodontic problems. *Pediatric Clinics of North America*, v. 47, n. 5, p.1085-1123, 2000.

THILANDER B.; PENA L.; INFANTE C.; PARADA S.S.; MAYORGA C. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in children and adolescents in Bogota, Colombia. An epidemiological study related to different stages of dental development. *European Journal of Orthodontics*, v. 23, p. 157-176, 2001.

TROTTMAN A; ELSBACH HG. Comparison of malocclusion in preschool black and white children *Am. J. Ortodon. Ortop. Dentofac.*, v.110, p. 69-72,1996.

Recebido em: 01-10-2013
Aprovado em: 25-11-2013