

---

---

**Determinação da prevalência da classificação sugerida por Capellozza Filho, Padrões I, II, III, Face Longa e Face Curta, e sua relação com a Classificação de Angle, na região sul de Minas Gerais**

**Prevalence of the patterns I, II, III, long and short face, according to Capellozza Filho's classification and relate it to Angle's Classification, in subjects from south region of Minas Gerais**

---

---

FLÁVIA BATISTA GANDRA<sup>1</sup>

ANDRÉA MARIA ACERBI CARAM FERNANDES<sup>2</sup>

BRUNO JULIO DE SOUZA<sup>2</sup>

MARCELO NAKAO<sup>2</sup>

ANTONIO GERALDO DE OLIVEIRA<sup>3</sup>

JOSÉ NORBERTO DE OLIVEIRA JÚNIOR<sup>4</sup>

GILBERTO DE OLIVEIRA JÚNIOR<sup>4</sup>

**RESUMO:** Este estudo objetivou determinar a prevalência dos Padrões I, II, III, Face Longa e Face Curta, segundo a classificação de Capellozza Filho (2004) e correlacioná-la com a classificação de Angle (1899), em pacientes da região Sul de Minas Gerais. Sendo assim, foram utilizadas como amostra 1000 documentações ortodônticas de pacientes com idade média de 16 anos e 3 meses. Foram analisadas as documentações iniciais, incluindo: fotos extrabuciais, intrabuciais e radiografias laterais da face. Do total de 1000 pacientes, 63,9% foram classificados como Padrão I, 25,7% como Padrão II, 4% como Padrão III, 5,5% como Padrão Face Longa e 0,9% pacientes como Padrão Face Curta, de acordo com da classificação de Capellozza Filho (2004). Já em relação à classificação de Angle (1899), dos 63,9% pacientes classificados como Padrão I, 63,06% apresentou

---

<sup>1</sup>Especialista em Ortodontia.

<sup>2</sup>Pós-graduandos em Ortodontia, UNINGÁ – Varginha-MG.

<sup>3</sup>Professor Doutorando UNINGÁ – Varginha-MG – Av. Rui Barbosa, 385, Sala 502, Centro, Cep 37002-140, Varginha-MG, e-mail: antoniogeraldo@netvga.com.br

<sup>4</sup>Professores Mestres UNILAVRAS, Lavras-MG.

má oclusão de Classe II, 33,34% má oclusão de Classe I e 3,6% má oclusão de Classe III. Dos 25,7% pacientes classificados como Padrão II, 87,54% apresentaram má oclusão de Classe II, 12,06% apresentaram má oclusão de Classe I e apenas 0,4% apresentou má oclusão de Classe III. Para os 4% dos pacientes Padrão III, 67,5% apresentaram má oclusão de Classe III, 22,5% apresentaram má oclusão de Classe I e 10% apresentaram má oclusão de Classe II. Quando se trata do Padrão Face Longa, dos 5,5% pacientes, 39% apresentaram má oclusão de Classe II, 25,45% apresentaram má oclusão de Classe I e 3,65% apresentaram má oclusão de Classe III. Finalizando, dos 0,9% de pacientes classificados como Padrão Face Curta, 66,66% apresentaram má oclusão de Classe II e 33,33% apresentaram má oclusão de Classe I. Nenhum paciente apresentou má oclusão de Classe III.

**Palavras-chave:** Prevalência. Padrão Facial. Má oclusão.

**ABSTRACT:** The objective of this study is to determine the prevalence of the Patterns I, II, III, Long and Short Face, according to Capelozza Filho's (2004) classification and relate it to Angle's (1899) classification, in patients from South region of Minas Gerais. This way, 1000 orthodontic records of patients were used, including extraoral and intraoral photographs, and initial cephalograms. The mean age of patients of the sample was 16 years 3 month. From the whole sample, 63,9% were classified as Pattern I, 25,7% as Pattern II, 4% as Pattern III, 5,5% as Long Face Pattern, and 0,9% as Short Face Pattern based on Capelozza Filho's (2004) classification. Regarding Angle's (1899) classification, from the 63,9% of patients classified as Pattern I, 63,06% presented Class II malocclusion, 33,34% Class I malocclusion and 3,6% Class III malocclusion. From the 25,7% of patients classified as Pattern II, 87,54% presented Class II malocclusion, 12,06% presented Class I malocclusion and only 0,4% presented Class III malocclusion. From the 4% of patients Pattern III, 27 presented Class III malocclusion, 10% presented Class II malocclusion, 22,5% presented Class I malocclusion and 67,5% presented Class III malocclusion. Dealing with the Long Face Pattern, 5,5% of the patients, 3,9% presented Class I malocclusion, 25,45% presented Class II malocclusion and 3,65% presented Class III malocclusion. Finishing, 0,9% of the patients who were classified as Short Face Pattern, 66,67% patients presented Class II malocclusion, 33,33% presented Class I malocclusion and none of the patients presented Class III malocclusion.

**Key-words:** Prevalence. Facial Pattern. Malocclusion.

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos e com o desenvolvimento da odontologia, surge uma preocupação em se obter uma nomenclatura específica e universal para denominar quais os tipos de oclusão um indivíduo possa apresentar. Uma das classificações das más oclusões mais utilizadas pelos Ortodontistas foi a descrita por Angle (1899), que determina o tipo de má oclusão através do posicionamento ântero-posterior do primeiro molar permanente. Esta classificação divide os indivíduos em má oclusão de Classe I; má oclusão de Classe II; má oclusão de Classe III e suas subdivisões. Posteriormente, foi acrescido a esta classificação o termo esquelético, indicando qual a base óssea, maxila e/ou mandíbula, determinaria a má oclusão de um indivíduo. Apesar destas novas considerações, uma avaliação tridimensional do indivíduo não foi levada em consideração.

Mais recentemente, Capellozza Filho (2004) afirma que a má oclusão é uma doença, diagnosticada através dos sinais e reflexos, como distúrbios promovidos pelo crescimento e as alterações dentárias. Sugere, então, a nomenclatura baseada na diferença entre o padrão de crescimento de cada indivíduo. O autor classifica os pacientes em: Padrão I, Padrão II, Padrão III, Padrão Face Longa e Padrão Face Curta, e que para seu reconhecimento devem ser consideradas as regras próprias que constituem num método de diagnóstico amplo. Este autor deixa claro que o padrão de crescimento é dinâmico, variado, sujeito às influências ambientais, porém, obedecendo ao comando genético que define tal padrão craniofacial do indivíduo.

Como nova nomenclatura, a classificação dos indivíduos a partir de padrão de crescimento, completaria, de forma mais específica, o tipo de face que o paciente apresenta, associado ao tipo de má oclusão dentária. Desta forma, a descrição da má oclusão que o paciente apresenta pode ser cada vez mais específica e individualizada, determinando realmente o problema do paciente.

Baseando-se na nomenclatura sugerida por Capellozza Filho (2004), este trabalho visa determinar a prevalência dos diversos tipos de padrões de crescimento na população da região Sul de Minas Gerais e correlacioná-los com as respectivas relações dentárias propostas por ANGLE (1899).

## **PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS**

### **Material**

Para o desenvolvimento deste trabalho foi examinada uma amostra de 1000 documentações ortodônticas iniciais escolhidas aleatoriamente, contendo fotos extrabuciais (frontal e perfil), fotos intrabuciais (laterais: direita e esquerda), radiografia lateral da face, e modelos ortodônticos de pacientes leucodermas e melanodermas que procuraram tratamento ortodôntico na clínica particular do orientador desta pesquisa. Das 1000 documentações avaliadas, 59,9% dos pacientes eram do gênero feminino e 40,1% pacientes eram do gênero masculino. Estes pacientes apresentavam idade entre 4 e 55 anos, com idade média de 16 anos e 3 meses.

### **Método**

Em relação às fotografias em norma frontal foi observada a presença ou não da proporção dos terços faciais, simetria facial, projeção do osso zigomático, depressão infraorbitária, sulco nasogeniano e sulco mentolabial. Foram feitas, ainda, avaliações das fotografias dos perfis dos pacientes, observando a proporcionalidade entre os terços da face; a normalidade, diminuição ou aumento da linha queixo-pescoço, ângulo nasolabial, sulco mentolabial e AFAI. Também pode se notar o posicionamento da mandíbula e maxila, protruídos, normais ou retruídos em relação à linha do plano facial.

A análise intrabucal para a classificação das más oclusões dos pacientes da amostra foi realizada através da avaliação dos modelos ortodônticos iniciais, associadas às fotografias intrabuciais, direita e esquerda de cada um. Estes pacientes foram classificados em má oclusão de Classe I, Classe II e Classe III, em relação ao posicionamento dos caninos permanentes ou decíduos, dependendo do tipo de dentadura apresentada.

Complementando a avaliação da amostra, foram utilizadas as telerradiografias iniciais de cada um dos pacientes. Esta radiografia auxilia na visualização das estruturas ósseas e pode-se, então, confirmar ou não as características de um determinado tipo de padrão facial, inicialmente visualizado nas fotografias extrabuciais.

Os resultados das classificações dentárias e dos tipos faciais, obtidos através destas observações foram agrupados da seguinte forma:

- Padrão I: Classe I, Classe II e Classe III;
- Padrão II: Classe I, Classe II e Classe III;
- Padrão III: Classe I, Classe II e Classe III;
- Padrão Face Curta: Classe I, Classe II e Classe III;
- Padrão Face Longa: Classe I, Classe II e Classe III.

A partir dos resultados da classificação proposta por Capelozza Filho (2004), foram realizados cálculos através de porcentagem para determinar a distribuição entre os diferentes tipos faciais e sua respectiva má oclusão dentária na amostra de pacientes do Sul de Minas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Observa-se, na literatura ortodôntica, que a má oclusão, quando citada isoladamente das características faciais, pode induzir o leitor, de forma equivocada, a determinar o tipo de crescimento craniofacial que o paciente possui. Quando se relata que um paciente apresenta uma má oclusão de Classe II divisão 1 pode-se imaginar que o mesmo possui uma tendência ao retrognatismo mandibular, um prognatismo maxilar ou ambos. Porém, este paciente pode apresentar este tipo de má oclusão, mas com uma boa relação entre maxila e mandíbula e um bom padrão de crescimento craniofacial.

Ao longo dos anos, muitas classificações foram introduzidas na ortodontia com o intuito de se obter uma nomenclatura universal, e desta forma, que pudesse ser mais adequada para descrever as características dentofaciais de um paciente com maior exatidão. Sobre o tema, Capelozza Filho (2004) sugeriu uma nomenclatura que, além de determinar o tipo de má oclusão, determina, também, o padrão de crescimento facial que cada paciente possui.

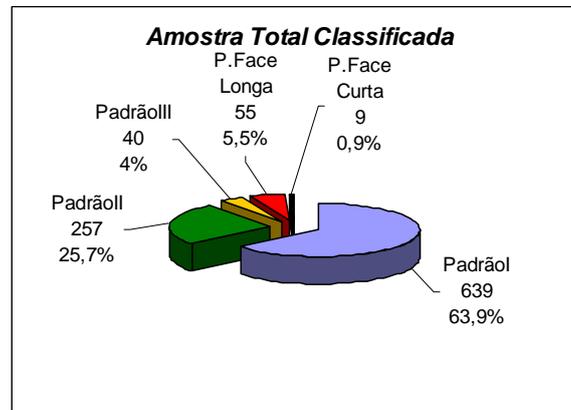
Em seu livro, o mencionado autor compara a má oclusão apresentada por um paciente como um sinal de uma doença que seria o Padrão Facial de crescimento. Conforme exemplo citado, uma pessoa que apresenta sinais e sintomas exacerbados de uma febre alta, que se equivaleria a uma grande protrusão dos incisivos superiores, má oclusão de Classe II, e falta de selamento labial, pode ser portador de uma doença de simples cura como uma gripe, por apresentar um padrão favorável de crescimento, Padrão I, com o problema restrito a área dentoalveolar. Porém, o paciente pode apresentar, ainda, sinais e sintomas leves, como

uma febre suave, equivalente a pequenas giroversões, e também ser portador de uma doença grave como pneumonia, equivalente a um padrão de crescimento facial desfavorável, Padrão II, III, Face Longa e Face Curta.

Portanto, com o intuito de se obter uma maior exatidão nesta pesquisa, levando em consideração as características faciais e dentárias de um paciente, utilizou-se a classificação preconizada por Capelloza Filho (2004) para determinar, na Região do Sul de Minas Gerais, a prevalência dos tipos faciais e relacioná-los com a classificação de ANGLE (1899).

A amostra total foi de 1.000 pacientes, dos quais, grande parte 639 (63,9%) foi classificada como Padrão I, significando que mais da metade da amostra possuía um equilíbrio facial, apresentando somente discrepâncias dentárias. Entretanto, 257 pacientes (25,7%) foram classificados como Padrão II, ou seja, apresentavam retrusão mandibular, protrusão maxilar ou a associação de ambas as discrepâncias ósseas além das alterações dentárias.

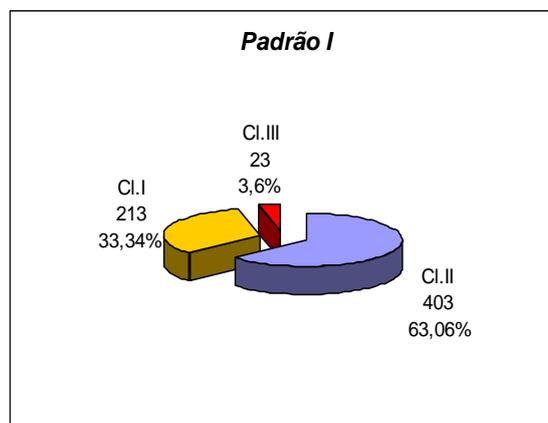
Além disso, 40 pacientes, apenas 4% da amostra total, foram classificados como Padrão III. Neste caso, estes pacientes apresentavam uma protrusão mandibular, retrusão maxilar ou ambas as discrepâncias ósseas, associadas a discrepâncias dentárias. Em se tratando de pacientes Padrão Face Longa, foram classificados 55 pacientes (5,5%), que apresentavam um aumento da altura facial, característica marcante para este Padrão. Finalmente, representando a minoria da amostra, 9 pacientes (0,9%) foram classificados como Padrão Face Curta, para os quais se observou uma altura facial diminuída, como demonstrado no gráfico 1.



**Gráfico 1:** Distribuição total da amostra avaliada, segundo Classificação de Capelloza Filho (2004).

As grandes discrepâncias ósseas, classificadas de acordo com Capelloza Filho (2004), mostraram ser a minoria dos casos da amostra analisada neste trabalho. De acordo com os resultados, a maioria dos pacientes apresentava um equilíbrio no crescimento craniofacial, característica do Padrão I, com sinais de uma doença de fácil tratamento.

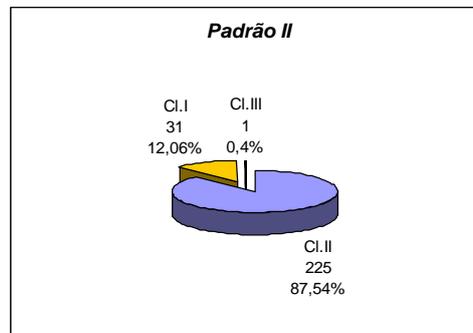
De acordo com o gráfico 2, observa-se que dos 639 pacientes classificados como Padrão I de crescimento, 403 apresentam má oclusão de Classe II (63,06%) e 213 pacientes apresentaram má oclusão de Classe I (33,34%) com algum apinhamento dentário, discrepância de modelo, mordida aberta, mordida cruzada e diastemas, que facilitam o tratamento ortodôntico. Além disso, apenas 23 pacientes apresentaram má oclusão de Classe III (3,6%), normalmente, suave e incipiente, por não envolver discrepâncias esqueléticas, sendo o tratamento apenas realizado através de compensações dentárias. Diante dos resultados da amostra total, a maior prevalência foi de pacientes que apresentavam Padrão I de crescimento, com má oclusão de Classe II. Baseado nos resultados desta pesquisa e comparando-os com os resultados de trabalhos (JARABAK; SIRIWAT, 1985; FREITAS, 2002) que avaliaram apenas má oclusão e determinaram uma maior prevalência de pacientes Classe II, pode-se concluir que grande parte destes pacientes Classe II, que procuram por tratamento ortodôntico, são pacientes que apresentam Padrão I e má oclusão de Classe II, o que facilita a correção. Nesses casos, fazendo uma analogia ao autor Capelloza Filho (2004), temos um sinal e um sintoma grave demonstrado pela Classe II, porém, com uma doença suave, por apresentarem um padrão de crescimento equilibrado.



**Gráfico 2** - Distribuição das más oclusões para o Padrão I.

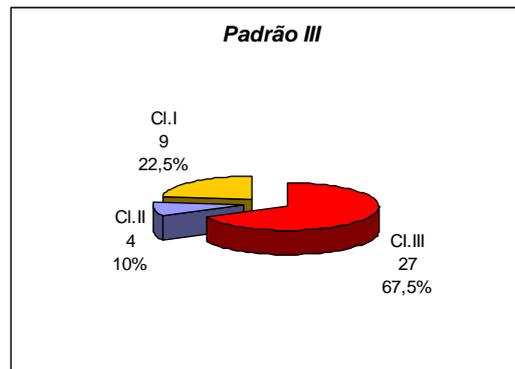
Este perfil de paciente, Padrão I Classe II, no consultório dos ortodontistas, proporciona um tratamento ortodôntico mais simples, pois a mecânica para correção de uma discrepância estritamente dentária torna-se facilitada. As discrepâncias ósseas com um maior comprometimento estético denotam uma mecânica mais rebuscada, com um tempo de tratamento mais prolongado e um efeito restrito, por não conseguirmos alterar o padrão de crescimento do paciente. Porém, algumas destas discrepâncias demonstram prevalência pequena como o Padrão III (4%) e o Padrão Face Longa (5,5%), conforme observado nos resultados desta pesquisa. Isto se torna vantagem para os ortodontistas que terão que lidar menos com problemas ósseos mais graves em seus consultórios.

Dentro da amostra de 1000 pacientes, apenas 257 foram classificados como Padrão II (25,7%), gráfico 1. Destes, 225 apresentaram má oclusão de Classe II, o que demonstra 87,54% do total dos pacientes Padrão II, conforme demonstrados no gráfico 3. Para este tipo de padrão de crescimento facial a má oclusão de Classe II se mostrou presente na maioria dos pacientes, pois as discrepâncias ósseas que se observa como características no Padrão II, favorecem o posicionamento dentário para que ocorra este tipo de má oclusão. Entretanto, 31 pacientes apresentaram má oclusão de Classe I (12,06%). Muitas vezes, o tratamento compensatório no Padrão II se mostra uma escolha acertada, mas, em alguns casos, tem-se grande dificuldade de se conseguir um resultado satisfatório para pacientes que possuem uma grande discrepância óssea, sendo, então, a opção de cirurgia ortognática a mais indicada. Finalmente, apenas 1 paciente apresentou má oclusão de Classe III (0,4%), possivelmente, este paciente sofreu perda dentária precoce, e houve uma migração dos elementos dentários inferiores para mesial, causando uma má oclusão de Classe III dentária em um paciente Padrão II de crescimento.



**Gráfico 3** – Distribuição das más oclusões para o Padrão I.

Em relação ao Padrão III, gráfico 1, observou-se que, dos 1000 pacientes avaliados, apenas 40 foram classificados com este padrão de crescimento. Entretanto, no gráfico 4 pode-se observar que a grande maioria (67,5%) dos pacientes Padrão III apresentaram má oclusão de Classe III, totalizando 27 pacientes. Ao contrário do que ocorre para os pacientes Padrão I Classe III, onde se pode realizar tratamento ortodôntico com compensações dentárias, os pacientes que apresentam esta má oclusão associada ao Padrão III, em sua maioria, tem somente como opção de tratamento a cirurgia ortognática. Segundo alguns trabalhos (SILVA FILHO, 1990; SILVA FILHO, 2002; HUBER; REYNOLDS, 1946; HUMPHREYS, 1950; MASSLER; FRANKEL, 1950; NEWMAN, 1956; THILANDER, 1973; BERGSMA, 1979) de 3% a 5% dos pacientes portadores de má oclusão Classe III seriam da população branca e negra, e, em se tratando da raça amarela, as estatísticas sobem para 14% (ALLWRIGHT; BURNDRED, 1964; IRIE; NAKAMURA, 1975). Neste trabalho, houve a confirmação destes dados, uma vez que, 4% da amostra total foram classificados como Padrão III, porém, não foram avaliados indivíduos da raça amarela.

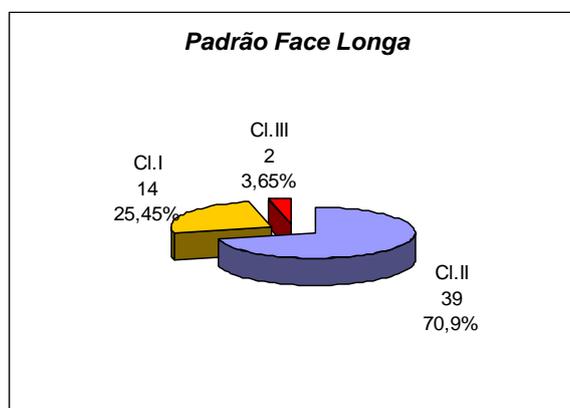


**Gráfico 4** - Resultados das más oclusões para o Padrão III.

Nos trabalhos acima citados, provavelmente, foram avaliadas apenas as más oclusões dos pacientes das amostras utilizadas, sem uma avaliação mais minuciosa de seus padrões de crescimento, contudo reflete bem o que ocorreu para a classificação de Capelozza Filho (2004). O restante da amostra para o Padrão III apontou que 9 pacientes apresentaram má oclusão de Classe I (23%) e 4 apresentaram má oclusão de Classe II (10%), estas más oclusões são provocadas, certamente, por

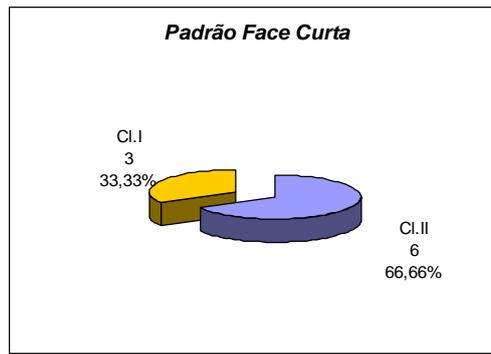
alterações dos posicionamentos dentário, segundo Capelozza Filho (2004).

Muito próximo aos resultados para o Padrão III (4%), encontrou-se o Padrão Face Longa com 5,5%, ou seja, 55 pacientes diante da amostra total de 1000 (gráfico 1). A grande maioria, 39 pacientes, apresentou má oclusão de Classe II (70,9%), 14 apresentaram-se com má oclusão de Classe I (25,45%) e 2 apresentaram-se com má oclusão de Classe III (3,65%) (Gráfico 5). Para se propor um plano de tratamento para um paciente com este padrão de crescimento, primeiramente deve-se avaliar a gravidade do problema estético. Para se optar por um tratamento compensatório de um paciente Padrão Face Longa, uma condição se mostra essencial, sua face deve ser considerada aceitável pelo paciente, porque esta condição não será mudada com o tratamento ortodôntico. No entanto, se o paciente apresentar uma discrepância óssea acentuada grande com ausência de selamento labial, a opção de tratamento ortodôntico-cirúrgico mostra ser a escolha mais adequada.



**Gráfico 5** – Distribuição das más oclusões para o Padrão Face Longa.

Finalizando, encontraram-se apenas 9 pacientes classificados como Padrão Face Curta de crescimento, representando, somente, 9% da amostra total, gráfico 1. No que se refere a este grupo, 6 pacientes apresentaram-se com má oclusão de Classe II (66,67%), 3 apresentaram-se com má oclusão de Classe I (33,33%) e não se encontrou nenhum paciente portador de má oclusão Classe III com este tipo de padrão facial (Gráfico 6).



**Gráfico 6** – Distribuição das más oclusões para o Padrão Face Curta.

Segundo Capellozza Filho (2004), o paciente do Padrão Face Curta oferece mais condições de tratamento, quando comparado com um paciente do Padrão Face Longa, desde que o tratamento seja realizado em fase de crescimento, pois haveria oportunidade de se utilizar tratamento ortopédico associado ao tratamento ortodôntico convencional para compensação do padrão de crescimento apresentado pelo paciente. Não se pode diagnosticar, planejar ou, até mesmo prognosticar com base apenas nas más posições dentárias, trespasse ou sobremordida, e sim, de acordo com o padrão de crescimento que provocaram a má oclusão. Quando não se tem mais o crescimento a favor do paciente, e se necessita de uma melhora em seu padrão esquelético devido às limitações do tratamento ortodôntico, opta-se pelo tratamento descompensatório associado à cirurgia ortognática.

## CONCLUSÃO

A prevalência dos padrões faciais, segundo classificação de Capellozza Filho (2004), dentro da amostra de 1000 pacientes da região Sul de Minas Gerais foi:

1. Padrão I: 639 pacientes = 63,9%;
2. Padrão II: 257 pacientes = 25,7%;
3. Padrão III: 40 pacientes = 4%;
4. Padrão Face Longa: 55 pacientes = 5,5%;
5. Padrão Face Curta: 9 pacientes = 0,9%.

Em relação à correlação da classificação de Capellozza Filho (2004) com a classificação de Angle (1899), encontrou-se para:

1. Padrão I: 639 pacientes.
  - Classe I: 213 pacientes = 33,34%;

- Classe II: 403 pacientes = 63,06%;
  - Classe III: 23 pacientes = 3,6%.
2. Padrão II: 257 pacientes.
- Classe I: 31 pacientes = 12,06%;
  - Classe II: 225 pacientes = 87,54%;
  - Classe III: 1 paciente = 0,4%.
3. Padrão III: 40 pacientes.
- Classe I: 9 pacientes = 22,5%;
  - Classe II: 4 pacientes = 10%;
  - Classe III: 27 pacientes = 67,5%.
4. Padrão Face Longa: 55 pacientes.
- Classe I: 14 pacientes = 25,45%;
  - Classe II: 39 pacientes = 70,9%;
  - Classe III: 2 pacientes = 3,65%.
5. Padrão Face Curta: 9 pacientes.
- Classe I: 3 pacientes = 33,33%;
  - Classe II: 6 pacientes = 66,66%.
  - Não foi encontrado nenhum paciente Padrão Face Curta com má oclusão Classe III.

## REFERÊNCIAS

- ALLWRIGHT, M.D.; BURNDRED, W.H. A survey of handicapping dentofacial anomalies among Chinese in Hong Kong. **Int Dent J**, v.14, p.505-19, 1964.
- ANGLE, E.H. Classification of malocclusion. **Dent Cosmos**, v.41, p.248-64, 1899.
- BERGSMAN, J. Mandibular prognathism. In: \_\_\_\_\_. **Birth defects compendium**, 2. ed. New York. Alan R. Liss, 1979.
- CAPELOZZA FILHO, L. **Diagnóstico em Ortodontia**. Dental Press Editora, Maringá, 2004.
- FREITAS, M.R. et al. Prevalência das Más Oclusões em Pacientes Inscritos para Tratamento Ortodôntico na Faculdade de Odontologia de Bauru, USP. **Rev Fac Odontol Bauru**, v.10, n.3, p.164-9, 2002.
- HUBER, R.E.; REYNOLDS, J.W. A dentofacial study of male students at the University of Michigan in the physical hardening program. **Am J Orthod**, v.32, p.1-21, 1946.
- HUMPHREYS, H.F.; LEIGHTON, B.C. A survey of antero-posterior abnormalities of the jaws in children between the ages of two and five and a half year of age. **Br Dent J**, v.88, p.3-15, 1950.
- IRIE, M.; NAKAMURA, S. Orthopedic approach to severe skeletal Class III malocclusion. **Am J Orthod**, v.67, n.4, p.377-92, 1975.
- JARABAK, R; SIRIWAT, P., Malocclusion and Facial Morphology. Is there a Relationship? **Angle Orthod**, v.55, n.2, p.127-38, 1985.

- MASSLER, M.; FRANKEL, J.M. Prevalence of malocclusion in children aged 14-18 years. **Am J Orthod**, v.88, p.3-15, 1950.
- NEWMAN, G.V. Prevalence of malocclusion in children six to fourteen years of age and treatment in preventable cases. **J Am Dent Assoc**, v.52, n.2, p.566-75, 1956.
- SILVA FILHO, O.G.; FREITAS, S.F.; CAVASSAN, A.O. Prevalência da oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru, S. P. Parte II. Influência da estratificação sócio-econômica. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.4, n.3, p.89-96, 1990.
- SILVA FILHO, O.G. et al. Epidemiologia da má oclusão na dentadura decídua. **Ortodontia**, v.35, n.1, p.22-3, 2002.
- SIMON, P. **Grundzüge einer systematischen Diagnostik der Gebiss-Anomalien**. Berlin: Meusser, 1922.
- THILANDER, B.; MYBERG, N. The prevalence of malocclusion in Swedish school children. **Scand J Dent Res**, v.81, n.1, p.12-21, 1973.

Enviado em: julho de 2007.

Revisado e Aceito: agosto de 2007.

