

MÁ OCLUSÃO INFANTIL E QUALIDADE DE VIDA

Diagnóstico precoce, prevenção
e intervenção em saúde bucal



CAROLINA GUEDES

MÁ OCLUSÃO INFANTIL E QUALIDADE DE VIDA

Diagnóstico precoce, prevenção e intervenção em saúde bucal
1ª Edição



Autora

CAROLINA GUEDES

DOI: 10.47538/AC-2026.53



Ano 2026

MÁ OCLUSÃO INFANTIL E QUALIDADE DE VIDA

Diagnóstico precoce, prevenção e intervenção em saúde bucal
1ª Edição

**CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ**

G957m

Guedes, Carolina
Má oclusão infantil e qualidade de vida [recurso eletrônico] : diagnóstico precoce,
prevenção e intervenção em saúde bucal / Carolina Guedes. - 1. ed. - Natal [RN] :
Amplamente, 2026.
recurso digital

Formato: ebook
Modo de acesso: world wide web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5321-131-5 (recurso eletrônico)
DOI: 10.47538/AC-2026.53

1. Odontologia pediátrica. 2. Maloclusão em crianças. 3. Oclusão (Odontologia).
4. Crianças - Saúde e higiene. 5. Livros eletrônicos. I. Título.

26-105673.0

CDD: 617.645
CDU: 616.314.26-053.2



Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

Editora Amplamente
Empresarial Amplamente Ltda.
CNPJ: 35.719.570/0001-10
E-mail:
publicacoes@editoraamplamente.com.br
www.editoraamplamente.com
Telefone: (84) 999707-2900
Caixa Postal: 3402
CEP: 59082-971
Natal- Rio Grande do Norte – Brasil
Copyright do Texto © 2026 Os autores
Copyright da Edição © 2026 Editora
Amplamente
Declaração dos autores/ Declaração da
Editora: disponível em:
<https://www.amplamentecursos.com/politicas-editoriais>

Editora-Chefe: Dayana Lúcia Rodrigues de
Freitas
Assistentes Editoriais: Caroline Rodrigues
de F. Fernandes; Margarete Freitas Baptista
Projeto Gráfico, Edição de Arte e
Diagramação: Luciano Luan Gomes Paiva;
Caroline Rodrigues de F. Fernandes
Capa: Canva®/Freepik®

Parecer e Revisão por pares: Revisores
CONSULTORIA TÉCNICA E REVISÃO
CRÍTICA: Rita de Cássia Soares Duque

Creative Commons. Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0
Internacional (CC-BY-NC-ND).



Ano 2026

SUMÁRIO

SOBRE A AUTORA	5
APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I	13
Má oclusão infantil: fundamentos clínicos, desenvolvimento craniofacial e relevância em saúde bucal	
CAPÍTULO II.....	25
Etiologia da má oclusão infantil: fatores hereditários, funcionais, ambientais e comportamentais	
CAPÍTULO III	38
Impactos funcionais da má oclusão: mastigação, fala, respiração, dor e desenvolvimento infantil	
CAPÍTULO IV.....	52
Impactos psicossociais da má oclusão infantil: autoestima, convivência escolar e qualidade de vida	
CAPÍTULO V	64
Diagnóstico precoce, prevenção e intervenção: caminhos clínicos e coletivos para o cuidado da criança	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
GLOSSÁRIO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91



Ano 2025

SOBRE A AUTORA

Carolina da Silva Guedes é cirurgiã-dentista brasileira, formada em Odontologia pela Universidade Salgado de Oliveira, em Niterói, Rio de Janeiro. Sua trajetória profissional reúne formação clínica, aperfeiçoamento técnico e atuação em diferentes áreas da Odontologia, com especializações em Endodontia, Ortodontia e Harmonização Orofacial.

Desde sua formação, a autora construiu uma atuação marcada pela atenção ao diagnóstico, ao planejamento individualizado e à promoção da saúde bucal com responsabilidade ética. Sua experiência clínica envolve prevenção, avaliação radiográfica, tratamento restaurador, orientação de higiene bucal, acompanhamento ortodôntico, procedimentos endodônticos, estética odontológica e cuidado humanizado do paciente.

Na Ortodontia, área diretamente relacionada a esta obra, sua prática inclui avaliação de más oclusões, análise de modelos e fotografias, identificação de alterações como mordida cruzada, mordida aberta, mordida profunda, apinhamento dentário e diastemas, além do planejamento de tratamentos conforme idade, crescimento ósseo e características individuais de cada paciente. Essa vivência confere à cirurgiã-dentista uma perspectiva clínica sensível à infância, ao desenvolvimento craniofacial e à relevância do diagnóstico precoce.

A autora também possui participação científica em eventos odontológicos, com apresentação de painel no Congresso Internacional de Odontologia do Rio de Janeiro, abordando o tratamento restaurador atraumático na perspectiva da mínima intervenção. Essa experiência evidencia seu interesse por práticas conservadoras, preventivas e fundamentadas em evidências, alinhadas às demandas contemporâneas da Odontologia.

Sua formação complementar inclui cursos em cirurgia oral, dentística, periodontia, clareamento dental, resina composta, harmonização facial e atualização em temas ortodônticos. Além disso, foi aprovada no Integrated National Board Dental Examination, exame que integra sua trajetória de qualificação profissional em contexto internacional e demonstra familiaridade com padrões técnicos exigidos em sistemas odontológicos altamente regulados.

Essa dimensão internacional amplia a relevância de sua produção intelectual, especialmente em uma área na qual prevenção, diagnóstico oportuno e educação em saúde bucal infantil representam demandas permanentes para sociedades que buscam reduzir desigualdades, qualificar o cuidado e proteger o desenvolvimento das crianças. Ao tratar da má oclusão infantil como tema clínico, funcional, psicossocial e coletivo, a autora aproxima sua experiência profissional de uma agenda de interesse público, vinculada à infância, à saúde preventiva e à melhoria da qualidade de vida.

Nesta obra, Carolina articula experiência clínica, base científica e compromisso social para discutir a má oclusão infantil como condição que ultrapassa a estética dentária. Seu olhar profissional reconhece que a saúde bucal da criança envolve função, crescimento, autoestima, convivência e acesso ao cuidado. Ao escrever sobre diagnóstico precoce, prevenção e intervenção em saúde bucal, a autora reafirma uma convicção que orienta sua trajetória: a Odontologia alcança maior densidade quando une precisão técnica, ética profissional e sensibilidade diante da vida humana em desenvolvimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de direção, sabedoria e sustento em cada etapa da minha caminhada. A Ele, expresso minha gratidão pela vida, pela força nos momentos de decisão e pela possibilidade de transformar estudo, trabalho e experiência clínica em uma contribuição voltada ao cuidado com a infância e à promoção da saúde bucal.

Aos meus pais, Rose da S. Guedes e Edson Guedes de Araújo, minha gratidão mais profunda. Suas presenças, ensinamentos e valores foram fundamentais para a construção da pessoa e da profissional que me tornei. Cada conquista acadêmica, cada escolha profissional e cada novo projeto carrega marcas da educação, do incentivo e da confiança que recebi ao longo da vida.

Ao meu irmão, Julio César da S. Guedes, agradeço pelo vínculo, pela presença familiar e pelo apoio que acompanha minha trajetória. A família representa uma base silenciosa, mas decisiva, para que sonhos amadureçam, responsabilidades sejam assumidas e novos caminhos sejam percorridos com coragem e propósito.

Ao meu marido, Felipe Pereira Quaresma, registro meu reconhecimento pelo companheirismo, pela paciência e pela confiança constante. Sua presença torna mais leve a caminhada e fortalece minha dedicação aos projetos que envolvem crescimento profissional, formação contínua e compromisso com uma Odontologia exercida com ética, técnica e sensibilidade humana.

À Professora Débora Yassuda, da Universidade Salgado de Oliveira, deixo meu respeito e minha gratidão pela formação recebida durante a graduação em Odontologia, especialmente pelas contribuições na área de Ortodontia. Seus ensinamentos participaram da construção de um olhar clínico mais atento ao desenvolvimento, à função e à responsabilidade do diagnóstico.

Ao Dr. Alexandre Ponce, professor de Ortodontia e fundador da Instituição Orthodontic Internacional (IOI), onde realizei minha especialização em Ortodontia, expresso meu reconhecimento pela contribuição técnica e formativa em uma etapa relevante da minha trajetória profissional. Sua atuação educacional representa parte importante do percurso que consolidou meu interesse pela Ortodontia.

A todos os professores, colegas, pacientes e profissionais que cruzaram minha trajetória, agradeço pelas experiências que ampliaram minha percepção sobre a Odontologia e sobre a responsabilidade de cuidar. Cada encontro clínico, cada orientação recebida e cada etapa de formação contribuíram para que esta obra pudesse nascer com sentido científico, compromisso ético e atenção à vida em desenvolvimento.

Esta obra é dedicada a todos que acreditam em uma Odontologia capaz de unir conhecimento, prevenção e humanidade. Que suas páginas possam contribuir para ampliar o olhar sobre a má oclusão infantil e reafirmar a importância do cuidado precoce, responsável e sensível às necessidades de cada criança.

Carolina da Silva Guedes

APRESENTAÇÃO

Há temas que parecem pequenos quando observados pela superfície, mas revelam grandeza quando examinados pela vida concreta das pessoas. A má oclusão infantil pertence a esse grupo. À primeira vista, pode ser confundida com uma alteração do sorriso, uma irregularidade dentária ou uma demanda ortodôntica futura. Entretanto, quando analisada com rigor clínico e sensibilidade diante da infância, mostra-se vinculada a funções, hábitos, crescimento, relações sociais e experiências emocionais que acompanham a criança em momentos essenciais de seu desenvolvimento.

Esta obra nasce dessa percepção ampliada. O livro propõe compreender a má oclusão infantil como condição de interesse odontológico, preventivo e social, sem reduzi-la ao campo estético. A criança que apresenta alteração oclusal não traz consigo somente uma arcada em formação; traz uma história de crescimento, uma rotina familiar, modos próprios de mastigar, falar, respirar, sorrir, dormir e interagir. Cada sinal observado no consultório pode revelar algo sobre seu desenvolvimento e sobre as oportunidades de cuidado que recebeu ou ainda precisa receber.

A proposta da obra é oferecer uma leitura científica e acessível sobre o impacto da má oclusão infantil na qualidade de vida. Para isso, articula fundamentos da Ortodontia, da Odontopediatria e da Saúde Pública, sustentando uma compreensão integrada entre diagnóstico precoce, prevenção, intervenção responsável e cuidado humanizado. A linguagem foi construída para preservar clareza sem empobrecer o conteúdo técnico, aproximando profissionais, estudantes e leitores interessados em saúde bucal infantil de uma discussão que merece maior atenção.

A trajetória profissional de Carolina Guedes confere coerência a esse projeto. Sua formação em Odontologia, suas especializações e sua experiência clínica permitem tratar o tema com

proximidade prática e base científica. O olhar que conduz a obra não se limita à descrição de alterações dentárias; procura compreender a criança como sujeito em desenvolvimento, cuja saúde bucal participa de dimensões funcionais, emocionais e sociais.

O leitor encontrará, ao longo dos capítulos, uma discussão organizada em torno das bases clínicas da má oclusão, de suas possíveis causas, dos impactos funcionais, das repercussões psicossociais e dos caminhos preventivos e interventivos. Essa organização não pretende esgotar um tema complexo, mas oferecer uma estrutura consistente para reconhecer sua relevância e ampliar a responsabilidade diante do cuidado infantil.

A força deste livro está em deslocar uma pergunta comum. Em vez de indagar somente quando corrigir dentes desalinhados, a obra convida a pensar o que determinada alteração pode significar para uma criança em crescimento. Essa mudança de perspectiva torna o cuidado mais prudente, mais ético e mais sensível à realidade da infância.

A leitura desta obra propõe observar a oclusão infantil como parte de uma história maior, marcada por corpo, função, vínculo, escola, família, prevenção e dignidade. Compreender a má oclusão nessa amplitude é reconhecer que a Odontologia, quando exercida com ciência e humanidade, não se ocupa somente de dentes, mas das condições pelas quais uma criança se alimenta, se comunica, sorri e participa do mundo.

INTRODUÇÃO

A má oclusão infantil constitui uma condição de elevada relevância para a Odontologia contemporânea, especialmente por envolver fatores anatômicos, funcionais, comportamentais e sociais que se manifestam durante fases sensíveis do crescimento. Sua ocorrência não pode ser compreendida de maneira isolada, pois depende da interação entre desenvolvimento craniofacial, erupção dentária, equilíbrio muscular, hábitos orais, respiração, mastigação e acesso ao acompanhamento odontológico. Diante dessa complexidade, torna-se necessário examinar a má oclusão como fenômeno multifatorial, cuja identificação precoce pode interferir diretamente na condução clínica e preventiva.

O problema que orienta esta obra consiste em compreender de que modo a má oclusão infantil repercute na qualidade de vida da criança e quais caminhos clínicos, preventivos e coletivos podem favorecer seu reconhecimento oportuno. Essa questão exige análise que ultrapasse a descrição morfológica das arcadas dentárias, alcançando as relações entre função oral, desenvolvimento infantil, percepção psicossocial e organização do cuidado em saúde bucal.

A justificativa do estudo decorre da necessidade de ampliar a leitura profissional e social sobre as alterações oclusais na infância. Muitos sinais iniciais podem ser naturalizados pela família ou identificados tardiamente nos serviços odontológicos, sobretudo quando não há dor evidente ou queixa funcional direta. Nesses casos, hábitos orais persistentes, perdas dentárias precoces, respiração oral, mastigação unilateral e alterações eruptivas podem permanecer sem acompanhamento adequado, favorecendo repercussões mais complexas ao longo do crescimento.

O objetivo geral desta obra é analisar o impacto da má oclusão infantil na qualidade de vida, considerando fundamentos clínicos, fatores etiológicos, efeitos funcionais, repercussões psicossociais e possibilidades de diagnóstico precoce, prevenção e intervenção.

Como desdobramento, busca-se discutir a importância da avaliação da dentição em desenvolvimento, da orientação familiar, da atuação interdisciplinar e da saúde pública na construção de estratégias de cuidado mais prudentes e efetivas.

A abordagem adotada possui caráter técnico-científico e fundamenta-se em literatura odontológica, diretrizes de odontopediatria, documentos institucionais de saúde bucal e princípios éticos aplicáveis ao cuidado infantil. A discussão articula contribuições da Ortodontia, da Odontopediatria e da Saúde Pública, preservando linguagem clara, objetiva e orientada à prática clínica, sem perder a densidade conceitual necessária ao tema.

A estrutura do livro foi organizada em cinco capítulos. O Capítulo 1 apresenta os fundamentos clínicos da má oclusão infantil e sua relação com o desenvolvimento craniofacial. O Capítulo 2 examina fatores etiológicos, incluindo hereditariedade, hábitos orais, respiração oral, perdas dentárias precoces, alimentação e determinantes sociais. O Capítulo 3 analisa repercussões funcionais sobre mastigação, fala, respiração, sono, dor e conforto oral. O Capítulo 4 discute impactos psicossociais, com atenção à autoestima, à convivência escolar, à percepção familiar e à qualidade de vida relacionada à saúde bucal. O Capítulo 5 reúne caminhos de diagnóstico precoce, prevenção, intervenção responsável, interdisciplinaridade, ética e educação em saúde bucal.

Ao delimitar a má oclusão infantil como tema clínico, preventivo e coletivo, esta obra procura contribuir para uma compreensão mais consistente do cuidado odontológico na infância. A proposta não se limita a identificar alterações oclusais, mas a examinar suas causas, seus efeitos e suas possibilidades de manejo, considerando que cada decisão profissional incide sobre uma criança em crescimento, inserida em relações familiares, escolares e sociais que também participam de sua saúde bucal.

CAPÍTULO I

Má oclusão infantil: fundamentos clínicos, desenvolvimento craniofacial e relevância em saúde bucal

A infância concentra transformações biológicas decisivas para a organização da face, das arcadas dentárias e das funções orais. Durante esse período, dentes, ossos, músculos, articulações e hábitos funcionais participam de um processo dinâmico, no qual pequenas alterações podem repercutir sobre a mastigação, a fala, a respiração, a estética facial e a percepção de bem-estar. Por essa razão, a oclusão dentária não pode ser compreendida como um aspecto isolado da boca, pois integra um sistema mais amplo de crescimento craniofacial e desenvolvimento infantil.

A má oclusão infantil corresponde a alterações na relação entre dentes, arcadas e bases ósseas, podendo manifestar-se por mordida aberta, mordida cruzada, mordida profunda, sobressaliência aumentada, apinhamento dentário, desvios funcionais, perdas de espaço e discrepâncias entre maxila e mandíbula. Embora muitas famílias reconheçam essas alterações pela aparência do sorriso, sua relevância clínica ultrapassa a dimensão estética. A *American Academy of Pediatric Dentistry* (2025) considera o manejo da dentição em desenvolvimento e da oclusão como parte do cuidado integral em saúde bucal de crianças e adolescentes, envolvendo reconhecimento, diagnóstico, documentação clínica e definição do momento adequado para intervenção.

Essa compreensão amplia o papel do cirurgião-dentista na infância. A avaliação oclusal não se limita à observação de dentes desalinhados, pois exige leitura da face, da respiração, dos hábitos orais, da função mastigatória, da erupção dentária, da relação entre as arcadas e do histórico de desenvolvimento da criança. Quando a má oclusão é identificada em fases iniciais, o acompanhamento

clínico pode orientar condutas preventivas, interceptivas ou encaminhamentos especializados, evitando que alterações funcionais se consolidem ao longo do crescimento.

A saúde bucal infantil, nesse sentido, precisa ser interpretada como componente da saúde geral. A Organização Mundial da Saúde reconhece que as doenças e condições bucais compõem um problema global relevante, associado a desigualdades de acesso, necessidades preventivas e desafios para cobertura universal em saúde oral (*World Health Organization*, 2022). Essa perspectiva é coerente com a análise da má oclusão como condição que, embora localizada na cavidade bucal, pode repercutir na alimentação, na comunicação, na autoestima e na convivência social.

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SB Brasil (2024), integra a vigilância em saúde da Política Nacional de Saúde Bucal e inclui dados sobre condição de oclusão dentária, necessidade de próteses e necessidade de tratamentos odontológicos da população brasileira (Brasil, 2024). A presença da oclusão dentária em levantamentos nacionais reforça que o tema não pertence exclusivamente ao consultório privado ou ao campo estético. Trata-se de uma questão vinculada ao planejamento em saúde, ao acesso ao diagnóstico e à organização de estratégias preventivas.

O capítulo desenvolve os fundamentos clínicos necessários para compreender a má oclusão infantil em sua complexidade. A discussão parte do conceito de oclusão, avança para o desenvolvimento craniofacial e alcança a relevância da avaliação precoce na prática odontológica. Essa base é indispensável para que as causas, os impactos funcionais, as repercussões psicossociais e as possibilidades de prevenção sejam examinadas com consistência nos demais capítulos da obra.

1.1 Oclusão dentária e má oclusão infantil: bases conceituais

A oclusão dentária refere-se à relação estabelecida entre os dentes superiores e inferiores quando as arcadas entram em contato, tanto em repouso funcional quanto durante movimentos mandibulares. Essa relação depende da forma dos arcos dentários, da posição dos dentes, da dimensão das bases ósseas, da ação muscular, da articulação temporomandibular e dos padrões funcionais adquiridos durante o crescimento. Em crianças, a oclusão deve ser avaliada como processo em desenvolvimento, pois a dentição decídua e a dentição mista apresentam características próprias e não podem ser interpretadas pelos mesmos critérios aplicados de maneira rígida ao adulto.

A má oclusão surge quando há desarmonia nessa relação. Ela pode envolver alterações dentárias, esqueléticas, musculares ou funcionais, com diferentes graus de severidade. Em alguns casos, manifesta-se por desalinhamento discreto; em outros, compromete a mordida, a mastigação, a fala, a respiração e a estética facial. A *International Association of Paediatric Dentistry* (2022) orienta que o manejo da dentição em desenvolvimento deve contemplar identificação de fatores de risco, diagnóstico adequado e tratamento oportuno das más oclusões em formação (*International Association of Paediatric Dentistry*, 2022).

A análise conceitual da má oclusão infantil exige cuidado para evitar reduções simplificadoras. Nem todo desalinhamento dentário apresenta a mesma gravidade clínica, assim como nem toda alteração estética corresponde a um problema funcional severo. A avaliação precisa considerar idade, estágio de erupção, padrão facial, presença de hábitos orais, perdas dentárias precoces, assimetrias, relações entre maxila e mandíbula e queixas relatadas pela criança ou pela família. A decisão clínica responsável nasce dessa leitura integrada.

A dentição decídua possui papel relevante na manutenção de espaço, no direcionamento da erupção dos dentes permanentes, na função mastigatória, na fala e no desenvolvimento das arcadas. Quando dentes decíduos são perdidos precocemente, quando

hábitos orais persistem por tempo prolongado ou quando há desequilíbrios respiratórios e musculares, o desenvolvimento oclusal pode ser modificado. A má oclusão, portanto, resulta da interação entre predisposição biológica, ambiente, função e acesso ao cuidado odontológico.

Essa interação justifica a centralidade do diagnóstico precoce. Reconhecer alterações em formação não significa iniciar tratamento ortodôntico de modo indiscriminado, mas compreender o momento biológico da criança e definir se há necessidade de acompanhamento, orientação, controle de hábitos, intervenção interceptiva ou encaminhamento especializado. O valor clínico da avaliação precoce reside na possibilidade de agir com prudência, antes que desequilíbrios transitórios se convertam em alterações mais complexas.

1.2 Desenvolvimento craniofacial e dentição em formação

O crescimento craniofacial infantil é marcado por mudanças contínuas na maxila, na mandíbula, nos arcos dentários, nos tecidos moles e nas funções orais. A face da criança não corresponde a uma versão reduzida da face adulta; ela constitui uma estrutura em transformação, sensível a estímulos genéticos, musculares, respiratórios, mastigatórios e ambientais. Essa plasticidade torna a infância um período de grande responsabilidade clínica, pois o profissional precisa distinguir variações esperadas do desenvolvimento de sinais que indicam risco oclusal.

A erupção dos dentes decíduos, sua substituição progressiva pelos permanentes e a organização da dentição mista produzem mudanças na dimensão dos arcos, nos espaços disponíveis, na relação intermaxilar e nos contatos oclusais. Nessa fase, a presença de diastemas fisiológicos, espaços primatas e leves variações posicionais pode integrar o desenvolvimento esperado. Entretanto, mordidas cruzadas, perdas precoces de espaço, assimetrias persistentes, hábitos de sucção prolongados, respiração oral e

desvios mandibulares funcionais requerem atenção clínica cuidadosa.

A *American Academy of Pediatric Dentistry* (2025) destaca que a avaliação da dentição em desenvolvimento deve incluir exame clínico, análise diagnóstica, registros adequados e definição de prioridades de tratamento, considerando o momento apropriado de intervenção. Tal orientação reforça que a ortodontia preventiva e interceptiva depende de diagnóstico qualificado, não de respostas padronizadas para todas as crianças (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2025).

O crescimento da maxila e da mandíbula também se relaciona às funções orais. Mastigar, respirar, deglutir e falar não são atividades periféricas ao desenvolvimento da oclusão; elas participam da organização neuromuscular e da estabilidade das arcadas. Alterações persistentes nesses padrões podem modificar forças aplicadas sobre dentes e ossos, contribuindo para desequilíbrios oclusais. Por isso, a avaliação odontológica infantil deve observar a criança em sua totalidade funcional, não somente a posição dentária visível.

A compreensão do desenvolvimento craniofacial permite superar uma visão tardia da ortodontia. Quando a análise clínica ocorre somente após a instalação de alterações mais evidentes, perdem-se oportunidades de orientação familiar, prevenção de perdas de espaço, controle de hábitos e reconhecimento de desvios funcionais. A infância oferece ao cirurgião-dentista a possibilidade de acompanhar o crescimento com olhar preventivo, respeitando o tempo biológico da criança e a indicação técnica de cada conduta.

Nesse percurso, a má oclusão infantil revela sua natureza multidimensional. Ela envolve anatomia, função, comportamento, ambiente familiar, acesso ao cuidado e tomada de decisão clínica. A base conceitual construída neste capítulo sustenta a compreensão de que a oclusão em desenvolvimento não é um detalhe secundário da

saúde bucal, mas um componente essencial do crescimento infantil e da qualidade de vida.

1.3 Principais formas clínicas de má oclusão infantil

As más oclusões infantis podem assumir diferentes formas clínicas, variando conforme a relação entre as arcadas, a posição dos dentes, o padrão de crescimento facial e a presença de alterações funcionais. Essa diversidade exige avaliação criteriosa, pois duas crianças com aparência dentária semelhante podem apresentar causas, riscos e necessidades clínicas distintas. A interpretação do caso deve considerar idade, estágio de dentição, desenvolvimento ósseo, hábitos orais, padrão respiratório e queixas funcionais relatadas pela criança ou por seus responsáveis.

Entre as alterações mais frequentes, a mordida aberta anterior merece atenção pela associação com hábitos de sucção prolongados, interposição lingual, respiração oral e alterações musculares. Nessa condição, os dentes anteriores superiores e inferiores não estabelecem contato adequado durante a oclusão, o que pode comprometer incisão dos alimentos, articulação de alguns sons e equilíbrio estético do sorriso. Sua gravidade depende da persistência do hábito, da idade da criança, do padrão facial e da resposta muscular ao longo do crescimento.

A mordida cruzada, por sua vez, ocorre quando há inversão da relação transversal entre dentes superiores e inferiores. Pode manifestar-se em região anterior, posterior ou em ambas, com envolvimento dentário, esquelético ou funcional. Quando associada a desvio mandibular durante o fechamento bucal, exige atenção clínica redobrada, pois a repetição do movimento compensatório pode interferir na simetria funcional e no desenvolvimento das bases ósseas. A *American Academy of Pediatric Dentistry* (2025) orienta que o manejo da dentição em desenvolvimento deve considerar a severidade relativa dos problemas, o momento adequado de cada fase terapêutica e os objetivos de estabilidade, função e estética.

A mordida profunda caracteriza-se pela sobreposição vertical acentuada dos incisivos superiores sobre os inferiores. Em determinados casos, pode relacionar-se a padrão facial, inclinação dentária, erupção excessiva dos incisivos ou alterações no desenvolvimento das arcadas. Embora algumas variações sejam observadas durante fases de crescimento, a persistência de sobremordida acentuada pode gerar trauma gengival, desgaste dentário, desconforto funcional e comprometimento da harmonia oclusal.

A sobressaliência aumentada, frequentemente associada a discrepâncias anteroposteriores, corresponde ao aumento da distância horizontal entre incisivos superiores e inferiores. Essa alteração pode ter repercussões funcionais e psicossociais, além de elevar a exposição dos dentes anteriores a traumatismos. Em crianças, a análise desse quadro deve integrar avaliação do perfil facial, da relação entre maxila e mandíbula, dos hábitos orais e da postura labial, pois a posição dentária visível nem sempre expressa toda a complexidade do problema.

O apinhamento dentário ocorre quando há desproporção entre o espaço disponível no arco e o tamanho dos dentes. Na dentição mista, sua interpretação requer cautela, pois determinados desalinhamentos transitórios podem acompanhar a erupção dos permanentes. Entretanto, falta severa de espaço, perdas precoces de dentes decíduos, migração dentária e ausência de acompanhamento clínico podem agravar a desorganização dos arcos. O diagnóstico adequado evita tanto a negligência diante de sinais relevantes quanto intervenções desnecessárias em variações compatíveis com o desenvolvimento.

As discrepâncias de Classe II e Classe III envolvem relações anteroposteriores entre maxila, mandíbula e dentes. A Classe II pode estar associada a retrusão mandibular, protrusão maxilar, inclinação dos incisivos ou combinação desses fatores. A Classe III pode envolver crescimento mandibular acentuado, deficiência maxilar, componente dentário ou influência genética. Em ambos os

casos, a avaliação infantil deve observar crescimento, padrão facial, hereditariedade, função, estética e momento oportuno de encaminhamento ou intervenção.

A classificação das más oclusões possui valor clínico quando orienta diagnóstico, prognóstico e tomada de decisão. Ela perde força quando é usada como rótulo isolado, desconectado da criança real. A Odontologia infantil exige leitura individualizada, porque cada alteração oclusal se manifesta em um organismo em crescimento, com história própria, ambiente familiar específico e condições distintas de acesso ao cuidado.

1.4 Relevância clínica da avaliação precoce

A avaliação precoce da oclusão infantil não deve ser confundida com tratamento antecipado em todos os casos. Seu valor está na possibilidade de reconhecer sinais de risco, acompanhar o crescimento, orientar a família e definir o momento mais adequado para cada conduta. Em muitos quadros, a intervenção imediata não é necessária; em outros, a espera prolongada pode permitir que alterações funcionais se consolidem e tornem o tratamento futuro mais complexo.

O exame clínico da criança precisa ir além da contagem de dentes e da identificação de cáries. A observação da face, do selamento labial, do padrão respiratório, da mastigação, da fala, da postura lingual, da deglutição e dos hábitos orais oferece informações relevantes para compreender o desenvolvimento da oclusão. A documentação clínica, quando indicada, contribui para acompanhar mudanças, comparar fases do crescimento e sustentar decisões profissionais com maior segurança.

A *American Academy of Pediatric Dentistry* afirma que o manejo da dentição em desenvolvimento e da oclusão é parte essencial do cuidado abrangente em saúde bucal, incluindo diagnóstico precoce, registros adequados, resumo diagnóstico e definição de prioridades

terapêuticas. Essa orientação reforça que a avaliação oclusal infantil precisa ser sistemática, individualizada e orientada por objetivos clínicos compatíveis com função, estabilidade e estética (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2025).

O diagnóstico precoce também fortalece a relação entre profissional, criança e família. Quando os responsáveis compreendem as causas possíveis de uma alteração oclusal, tornam-se mais preparados para colaborar com mudanças de hábitos, retornos periódicos, encaminhamentos e medidas preventivas. Essa parceria é particularmente relevante em casos associados à sucção prolongada, respiração oral, perda precoce de dentes decíduos, bruxismo, dificuldade mastigatória ou alterações na fala.

A prevenção, nesse campo, não se limita à orientação genérica sobre higiene bucal. Ela inclui leitura do crescimento, vigilância da erupção dentária, preservação de espaço, identificação de hábitos prejudiciais, estímulo à mastigação funcional, encaminhamento interdisciplinar quando necessário e controle de fatores que interferem na saúde oral. A criança que recebe acompanhamento adequado tem maior possibilidade de preservar funções, reduzir desconfortos e atravessar as fases de desenvolvimento com menor acúmulo de riscos.

A atuação profissional deve manter prudência. Nem toda má oclusão infantil exige intervenção ortodôntica imediata, e nem toda espera representa conduta conservadora adequada. A qualidade da decisão depende da análise do caso, da severidade da alteração, do potencial de crescimento, da cooperação familiar, da condição sistêmica da criança e dos benefícios esperados. Essa postura impede tanto o excesso terapêutico quanto a omissão diante de sinais clínicos relevantes.

1.5 Má oclusão infantil como tema de saúde pública

A má oclusão infantil deve ser reconhecida como tema de interesse coletivo, não somente como demanda individual de consultório. Sua ocorrência se relaciona a fatores biológicos, comportamentais e sociais, mas também ao acesso à informação, à regularidade das consultas odontológicas, à disponibilidade de serviços especializados e à capacidade dos sistemas de saúde de identificar necessidades ainda na infância. Quando o cuidado chega tarde, a alteração oclusal pode permanecer invisível durante anos, até produzir queixas funcionais, estéticas ou emocionais mais difíceis de manejar.

A Organização Mundial da Saúde afirma que a saúde bucal compõe a saúde geral e que as condições orais continuam associadas a desigualdades, desafios de acesso e necessidade de integração aos sistemas universais de saúde. O relatório global de saúde bucal da OMS reúne evidências sobre carga de doenças orais, fatores de risco, desafios dos sistemas de saúde e oportunidades de reforma, com orientação voltada à cobertura universal em saúde oral (World Health Organization, 2022).

No contexto brasileiro, a inclusão da oclusão dentária em levantamentos nacionais confirma sua relevância epidemiológica. O Ministério da Saúde informa que o SB Brasil integra a vigilância em saúde da Política Nacional de Saúde Bucal e reúne dados sobre condições de saúde bucal da população brasileira em âmbito nacional (Brasil, 2024). O levantamento contempla, entre outros aspectos, condição de oclusão dentária, necessidade de próteses e necessidade de tratamentos odontológicos, oferecendo subsídios para planejamento de ações públicas.

A abordagem pública da má oclusão infantil exige atenção às desigualdades. Crianças que vivem em contextos com menor acesso a consultas regulares podem ter diagnóstico tardio, ausência de orientação familiar e menor possibilidade de intervenção oportuna. O problema se amplia quando hábitos orais persistentes, perdas dentárias precoces, respiração oral ou alterações funcionais não são acompanhados por profissionais capacitados. A

consequência é um percurso silencioso, no qual a condição se agrava antes de ser reconhecida como necessidade de cuidado.

A escola, a atenção primária e os serviços odontológicos podem atuar de modo complementar na identificação de sinais de alerta. Orientações sobre hábitos orais, respiração, mastigação, higiene, visitas periódicas e desenvolvimento da dentição favorecem uma cultura preventiva. Essa atuação não substitui o diagnóstico clínico, mas amplia a percepção social sobre a má oclusão infantil e permite que famílias procurem avaliação antes que a alteração se torne mais complexa.

A saúde pública confere ao tema uma dimensão ética. Crianças não escolhem seu acesso ao cuidado, não reconhecem sozinhas a gravidade de uma alteração oclusal e dependem de adultos e instituições para receber avaliação adequada. Por isso, discutir má oclusão infantil significa discutir responsabilidade clínica, orientação familiar, prevenção e equidade. O sorriso infantil, quando observado com rigor técnico e sensibilidade social, revela muito mais do que alinhamento dentário; expressa condições de desenvolvimento, oportunidades de cuidado e direitos relacionados à saúde.

1.6 Síntese

A má oclusão infantil foi examinada como condição vinculada ao crescimento craniofacial, à dentição em formação, às funções orais e à qualidade do acompanhamento odontológico. A análise mostrou que oclusão dentária não representa um elemento isolado da cavidade bucal, mas parte de um sistema biológico e funcional em desenvolvimento, no qual dentes, ossos, músculos, respiração, mastigação e hábitos se influenciam mutuamente.

A discussão conceitual permitiu compreender que as más oclusões assumem diferentes formas clínicas, com expressões e gravidades variadas. Mordida aberta, mordida cruzada, mordida

profunda, sobressaliência aumentada, apinhamento dentário e discrepâncias entre maxila e mandíbula não devem ser interpretadas como classificações fechadas. Cada alteração precisa ser situada na história da criança, em seu estágio de crescimento e em suas condições funcionais.

O diagnóstico precoce revelou-se eixo de grande relevância clínica. Sua finalidade não é antecipar tratamentos sem indicação, mas reconhecer riscos, orientar famílias, acompanhar o crescimento e intervir quando a conduta apresentar fundamento técnico. Essa prudência diferencia a Odontologia preventiva responsável de respostas padronizadas ou tardias.

Ao ser situada no campo da saúde pública, a má oclusão infantil ganha densidade social. O acesso ao cuidado, a informação familiar, a vigilância em saúde bucal e a organização dos serviços interferem diretamente na possibilidade de diagnóstico e prevenção. Assim, compreender a má oclusão infantil exige olhar clínico, mas também sensibilidade para as desigualdades que atravessam a saúde bucal.

Os fundamentos reunidos nesta síntese mostram que a avaliação oclusal infantil exige leitura integrada de crescimento, função, hábitos e acesso ao cuidado. Quando essa leitura é realizada com critério, a conduta deixa de se apoiar em classificações isoladas e passa a considerar a criança em sua história clínica, familiar e social.

CAPÍTULO II

Etiologia da má oclusão infantil: fatores hereditários, funcionais, ambientais e comportamentais

A má oclusão infantil raramente nasce de uma causa isolada. Sua formação costuma resultar da interação entre crescimento craniofacial, herança biológica, funções orais, hábitos adquiridos, condições bucais, ambiente familiar e acesso ao acompanhamento odontológico. Essa natureza multifatorial exige uma leitura clínica cuidadosa, pois a mesma manifestação oclusal pode ter origens distintas em crianças diferentes. Uma mordida aberta, uma mordida cruzada ou um apinhamento dentário não devem ser interpretados somente pela aparência final, mas pelo percurso que produziu aquela alteração.

A etiologia, nesse campo, corresponde ao estudo dos fatores que participam da origem e do desenvolvimento da má oclusão. Compreender esses fatores permite reconhecer riscos, orientar famílias e planejar intervenções compatíveis com o estágio de crescimento infantil. Zou et al. (2018) descrevem a má oclusão como uma condição de etiologia multifatorial, relacionada a fatores hereditários, ambientais ou à combinação entre ambos. Essa formulação reforça a necessidade de uma abordagem clínica que una observação anatômica, análise funcional e investigação da história da criança.

A prevenção ganha força quando o profissional identifica precocemente os elementos que interferem no desenvolvimento da oclusão. Hábitos orais persistentes, respiração oral, perdas dentárias precoces, alterações mastigatórias e desequilíbrios musculares podem modificar a relação entre dentes, arcadas e bases ósseas. A *American Academy of Pediatric Dentistry* (2025) reconhece que o manejo da dentição em desenvolvimento envolve diagnóstico, registros

clínicos e definição do momento adequado para cada conduta, com vistas a uma oclusão funcional, estável e estética.

Esse entendimento impede explicações simplistas. A má oclusão infantil não pode ser atribuída automaticamente à genética, aos hábitos ou à falta de acompanhamento odontológico. Em muitos casos, esses fatores atuam de maneira simultânea, produzindo trajetórias clínicas particulares. A criança deve ser examinada como sujeito em crescimento, situada em um contexto familiar, social e funcional, no qual o desenvolvimento da boca dialoga com o desenvolvimento do corpo.

2.1 Fatores hereditários e crescimento craniofacial

A hereditariedade exerce influência relevante sobre o padrão facial, o tamanho das bases ósseas, a relação entre maxila e mandíbula, a dimensão dos arcos dentários e algumas características dentárias. Crianças podem herdar tendências ao crescimento mandibular acentuado, deficiência maxilar, perfil facial convexo ou côncavo, discrepâncias de tamanho dentário e padrões de erupção que favorecem determinados tipos de má oclusão. Esses elementos não determinam sozinhos o destino oclusal, mas compõem uma base biológica que precisa ser reconhecida durante a avaliação clínica.

As discrepâncias esqueléticas de Classe II e Classe III ilustram essa relação entre crescimento e herança familiar. Na Classe II, podem ocorrer retrusão mandibular, protrusão maxilar, inclinações dentárias específicas ou associação entre componentes ósseos e dentários. Na Classe III, a criança pode apresentar tendência ao crescimento mandibular aumentado, deficiência de maxila ou combinação entre fatores dentários e esqueléticos. A leitura precoce desses padrões permite acompanhar o crescimento de modo criterioso, evitando que o diagnóstico se limite à observação tardia da posição dos dentes.

A influência genética, entretanto, não deve ser compreendida como determinante absoluto. Mesmo quando há predisposição familiar, fatores funcionais e ambientais podem acentuar, mascarar ou modificar o modo como a má oclusão se manifesta. Respiração oral persistente, postura lingual inadequada, hábitos de sucção, perdas dentárias precoces e alterações mastigatórias podem interferir na expressão de tendências já presentes. Por isso, o exame da criança deve reunir dados familiares, análise facial, avaliação intraoral e observação das funções orais.

A literatura odontológica reconhece que a etiologia da má oclusão envolve fatores hereditários e ambientais em interação. Zou et al. (2018) indicam que alterações como mordida profunda, desvio de linha média, sobressaliência excessiva, mordida cruzada anterior, desalinhamento, espaços e mordida aberta aparecem com frequência na clínica infantil, podendo decorrer de componentes genéticos, ambientais ou combinados. Essa perspectiva amplia a responsabilidade diagnóstica, pois o profissional precisa distinguir predisposição, fator agravante e manifestação clínica.

O crescimento craniofacial também apresenta ritmos distintos entre crianças. Algumas alterações podem tornar-se mais evidentes em fases de maior desenvolvimento ósseo, enquanto outras se manifestam desde a dentição decídua. Essa variação exige acompanhamento longitudinal, especialmente quando há histórico familiar de discrepâncias esqueléticas, assimetrias faciais ou necessidade prévia de tratamento ortodôntico entre pais e irmãos. A informação familiar, quando interpretada com prudência, contribui para estimar riscos e definir a periodicidade do acompanhamento.

A atuação clínica responsável reconhece a hereditariedade sem reduzir o caso a ela. O componente biológico deve orientar a investigação, mas não substitui a análise funcional e social da criança. Uma má oclusão com base genética pode demandar observação cuidadosa, intervenção interceptiva ou encaminhamento especializado; uma alteração aparentemente hereditária pode estar sendo agravada por hábitos e funções alteradas. O

diagnóstico nasce da articulação entre esses planos, não da escolha isolada de uma causa dominante.

2.2 Hábitos orais deletérios e alterações na dentição em desenvolvimento

Os hábitos orais fazem parte do desenvolvimento infantil, mas podem tornar-se fatores de risco quando persistem por tempo prolongado, apresentam intensidade elevada ou interferem no equilíbrio muscular e dentário. Sucção digital, uso prolongado de chupeta, interposição lingual, deglutição atípica, respiração oral e determinados padrões de mordida podem alterar forças aplicadas sobre dentes e arcadas. A consequência depende da duração, frequência, intensidade do hábito e idade da criança.

A sucção não nutritiva é uma das associações mais conhecidas na prática clínica. Quando o hábito se mantém em fases nas quais a dentição e os arcos estão em formação, pode contribuir para mordida aberta anterior, inclinação dos incisivos, estreitamento maxilar e alterações na relação transversal. A presença do hábito, isoladamente, não define a gravidade do quadro; o impacto depende do modo como ele se insere no crescimento da criança e da resposta dos tecidos orais às forças repetidas.

A literatura recente confirma a associação entre hábitos orais e diferentes padrões de má oclusão. Katib (2024) aponta relação entre sucção digital, interposição lingual, respiração oral e alterações como mordida aberta anterior, protrusão dentária, apinhamento e mordida cruzada posterior. Essa evidência sustenta a necessidade de orientação familiar precoce, sem culpabilizar a criança ou transformar o hábito em problema moral. Trata-se de uma questão clínica, funcional e educativa.

A interposição lingual e a deglutição atípica também merecem atenção. A língua exerce papel relevante no equilíbrio das arcadas, na fala, na deglutição e na estabilidade dentária. Quando sua

postura em repouso ou durante a deglutição se mantém inadequada, pode haver pressão recorrente sobre dentes anteriores, favorecendo mordida aberta, alterações fonéticas e instabilidade da oclusão. A análise odontológica, nesses casos, pode exigir diálogo com fonoaudiologia, otorrinolaringologia e odontopediatria, conforme a necessidade clínica.

O uso prolongado de chupeta e mamadeira deve ser abordado com linguagem técnica e sensível. Muitas famílias recorrem a esses recursos por rotina, conforto ou orientação insuficiente, e a intervenção profissional precisa evitar tom punitivo. A orientação mais efetiva costuma nascer da explicação clara sobre tempo, frequência e possíveis consequências para a dentição em desenvolvimento. O objetivo é substituir culpa por compreensão, criando condições para mudanças graduais e sustentáveis.

A *International Association of Paediatric Dentistry* (2022) recomenda que o manejo de hábitos orais seja compatível com o desenvolvimento da criança, o tipo de má oclusão e sua capacidade de cooperação. Essa orientação é relevante porque impede condutas rígidas, descoladas da idade, da maturidade e do contexto familiar. A interrupção de um hábito não ocorre somente por prescrição; requer escuta, acompanhamento e estratégia clínica adequada.

A persistência de hábitos deletérios demonstra que a má oclusão infantil não é exclusivamente dentária. Ela envolve comportamento, vínculo familiar, rotina, sono, respiração, ansiedade, maturidade neuromuscular e acesso a orientação profissional. Essa complexidade exige do cirurgião-dentista uma postura educativa, capaz de traduzir evidências em condutas compreensíveis para a família e seguras para a criança.

2.3 Respiração oral, função muscular e equilíbrio craniofacial

A respiração nasal favorece o equilíbrio funcional entre lábios, língua, mandíbula e musculatura orofacial. Quando a criança

passa a respirar predominantemente pela boca, esse equilíbrio pode ser alterado. A postura aberta dos lábios, a posição baixa da língua, as mudanças na tonicidade muscular e os ajustes mandibulares podem interferir no desenvolvimento das arcadas, sobretudo quando o padrão respiratório persiste durante fases sensíveis do crescimento.

A respiração oral pode estar associada a obstruções nasais, rinite, hipertrofia de adenoides ou amígdalas, hábitos posturais e alterações funcionais. Sua identificação não deve ser baseada em impressão superficial. O cirurgião-dentista pode reconhecer sinais clínicos compatíveis, como selamento labial deficiente, ressecamento bucal, palato estreito, mordida cruzada posterior, alterações faciais e queixas de sono, mas a confirmação diagnóstica e o manejo etiológico podem exigir avaliação interdisciplinar.

Revisões recentes indicam relação entre respiração oral e alterações craniofaciais e oclusais em crianças. O reconhecimento precoce desse padrão é apontado como relevante para reduzir repercussões de longo prazo sobre crescimento facial e saúde oral, especialmente quando há acesso adequado a acompanhamento especializado. Essa evidência sustenta a necessidade de observar a função respiratória durante a avaliação odontológica infantil, sem transformar o dentista em único responsável por uma condição multifatorial (Katib et al., 2024).

A musculatura orofacial atua como matriz funcional para o desenvolvimento da oclusão. Lábios, bochechas, língua e músculos mastigatórios exercem forças contínuas sobre dentes e arcadas. Quando essas forças se organizam de modo equilibrado, contribuem para estabilidade funcional. Quando se tornam assimétricas, insuficientes ou excessivas, podem favorecer alterações na posição dentária e na forma dos arcos. A má oclusão, nessa perspectiva, expressa um diálogo permanente entre estrutura e função.

A mastigação também participa desse processo. Dietas muito pastosas, mastigação unilateral persistente, dor dentária, perdas precoces ou preferências funcionais podem reduzir estímulos adequados ao desenvolvimento muscular e à organização dos arcos. A função mastigatória precisa ser observada com atenção, pois ela revela como a criança utiliza sua boca na rotina, e não somente como os dentes se apresentam durante o exame estático.

A fala e a deglutição completam essa rede funcional. Alterações na posição da língua, na competência labial e na coordenação muscular podem interferir na articulação de sons e na estabilidade oclusal. Quando o quadro ultrapassa a competência odontológica isolada, a abordagem interdisciplinar preserva a qualidade do cuidado. A criança não deve ser fragmentada entre especialidades; suas funções precisam ser compreendidas como expressões integradas do desenvolvimento.

Ao reconhecer a respiração oral e os desequilíbrios musculares como fatores etiológicos possíveis, a Odontologia amplia sua capacidade preventiva. A avaliação deixa de se concentrar somente nos dentes e passa a observar padrões funcionais que moldam a oclusão ao longo do crescimento. Essa mudança de olhar favorece diagnósticos mais precisos e decisões clínicas menos tardias.

2.4 Perdas dentárias precoces, manutenção de espaço e alterações eruptivas

A perda precoce de dentes decíduos constitui um fator etiológico relevante para o desenvolvimento de más oclusões, sobretudo quando ocorre antes que o dente permanente esteja em estágio adequado de erupção. A dentição decídua não possui função provisória no sentido simplista do termo; ela preserva espaço, orienta a erupção dos sucessores permanentes, participa da mastigação, da fala e da estabilidade dos arcos. Quando um dente decíduo é perdido antes do tempo esperado, os dentes vizinhos

podem migrar, inclinar-se ou reduzir o espaço disponível para a erupção futura.

Esse processo pode favorecer apinhamento, desvio de linha média, impatações, retenções prolongadas, erupções ectópicas e alterações na relação entre as arcadas. A gravidade depende do dente perdido, da idade da criança, do estágio de formação radicular do sucessor permanente, da presença de espaço no arco, do padrão facial e da existência de outras alterações associadas. O diagnóstico não deve se basear somente na ausência clínica do dente, mas na análise do conjunto oclusal e radiográfico.

A *American Academy of Pediatric Dentistry* (2025) orienta que o manejo da dentição em desenvolvimento contemple exame clínico, registros diagnósticos, avaliação de espaço e definição do momento adequado de intervenção, incluindo preservação ou recuperação de espaço quando indicada. A diretriz também reconhece que a intervenção em dentes ectópicos pode envolver extrações de dentes decíduos e manutenção ou recuperação de espaço para favorecer a erupção e reduzir riscos terapêuticos futuros (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2025).

A manutenção de espaço, quando corretamente indicada, não representa um procedimento automático diante de toda perda precoce. Sua necessidade deve ser avaliada conforme o dente envolvido, a cronologia eruptiva, a condição do arco, a colaboração da criança e o prognóstico do sucessor permanente. Em alguns casos, o acompanhamento clínico é suficiente; em outros, a ausência de intervenção pode permitir fechamento progressivo do espaço e dificultar a organização da dentição permanente.

A cárie dentária ainda participa de modo expressivo desse cenário. Lesões extensas, infecções, extrações precoces e restaurações inadequadas podem modificar a integridade da dentição decídua e comprometer a função mantenedora de espaço. A prevenção da má oclusão, portanto, não se separa da prevenção da cárie. Higiene, dieta, flúor, consultas regulares e tratamento

restaurador oportuno também preservam condições estruturais necessárias ao desenvolvimento oclusal.

Alterações eruptivas exigem observação contínua. Atrasos, assimetrias, erupções ectópicas, retenções e perdas de sequência podem revelar interferências locais ou padrões mais amplos de desenvolvimento. A criança em dentição mista precisa ser acompanhada com olhar longitudinal, pois a erupção dentária não ocorre como evento isolado, mas como reorganização progressiva dos arcos. Essa leitura evita respostas precipitadas e reduz o risco de negligenciar sinais clínicos relevantes.

2.5 Alimentação, mastigação e estímulos funcionais

A alimentação infantil influencia a saúde bucal por diferentes caminhos. A composição da dieta interfere no risco de cárie, a consistência dos alimentos participa dos estímulos mastigatórios, e os padrões alimentares familiares podem favorecer ou limitar o desenvolvimento funcional da cavidade oral. No campo da oclusão, a mastigação tem papel especial, pois mobiliza músculos, dentes, articulações e ossos em uma dinâmica que contribui para o amadurecimento do sistema estomatognático.

Dietas predominantemente pastosas, baixa exigência mastigatória ou preferência persistente por alimentos muito macios podem reduzir estímulos funcionais necessários ao desenvolvimento muscular e à amplitude dos movimentos mandibulares. Essa relação não autoriza conclusões simplificadas, pois a má oclusão não decorre somente da textura alimentar. Ainda assim, a mastigação deve ser observada na anamnese e no exame clínico, especialmente quando a criança apresenta preferência unilateral, fadiga, dor, engasgos recorrentes, dificuldade de triturar alimentos ou recusa de determinadas consistências.

A mastigação unilateral persistente pode revelar dor dentária, cárie, perda precoce, interferência oclusal, assimetria

funcional ou hábito estabelecido. Quando mantida, pode favorecer sobrecarga em um lado da arcada e menor estímulo funcional no lado oposto. O cirurgião-dentista precisa investigar a causa antes de orientar mudanças, pois corrigir um padrão mastigatório exige compreender o motivo que levou a criança a adotá-lo.

O aleitamento, os hábitos de sucção e a transição alimentar também integram esse debate. A literatura odontopediatria associa hábitos orais persistentes, respiração oral e padrões funcionais alterados a diferentes manifestações de má oclusão, embora os efeitos variem conforme duração, frequência e intensidade de cada fator (Katib, 2024). Esse conjunto evidencia que a orientação alimentar e funcional precisa ocorrer sem reducionismos, com atenção ao desenvolvimento global da criança e às condições reais da família.

A educação em saúde bucal pode incorporar orientações sobre mastigação de modo simples, sem transformar a alimentação em campo de culpa. Famílias precisam compreender que dentes decíduos têm função ativa, que a criança deve ser acompanhada durante a transição alimentar e que dificuldades mastigatórias persistentes merecem avaliação. O cuidado técnico se torna mais efetivo quando a orientação respeita hábitos familiares, limitações socioeconômicas e características individuais da criança.

A função mastigatória também se relaciona ao prazer de comer, à autonomia e à convivência. Crianças com desconforto, mordida instável ou dificuldade de triturar alimentos podem modificar escolhas alimentares, evitar determinados alimentos ou desenvolver estratégias compensatórias. A má oclusão, nesses casos, deixa de ser observada somente no consultório e passa a aparecer na rotina doméstica, na escola e nas experiências sociais ligadas à alimentação.

2.6 Determinantes sociais, acesso ao cuidado e orientação familiar

A etiologia da má oclusão infantil não se encerra nos fatores biológicos e funcionais. Condições sociais influenciam o momento em que a criança chega ao atendimento, a regularidade das consultas, a possibilidade de diagnóstico precoce, a compreensão familiar sobre hábitos orais e o acesso a intervenções preventivas. Crianças em contextos de maior vulnerabilidade podem conviver por mais tempo com alterações não diagnosticadas, perdas dentárias precoces, dor, cárie ativa ou ausência de encaminhamento especializado.

A Organização Mundial da Saúde (2022) reconhece que as condições bucais permanecem relacionadas a desigualdades, barreiras de acesso e fragilidades na integração da saúde oral aos sistemas de saúde. Essa leitura é relevante para a má oclusão infantil porque muitas de suas causas e consequências atravessam a organização dos serviços, a renda familiar, a educação em saúde e a disponibilidade de acompanhamento odontológico oportuno.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Bucal e os levantamentos epidemiológicos nacionais reforçam a necessidade de compreender a saúde bucal como tema coletivo. O relatório SB Brasil 2024 reúne dados sobre condições bucais da população brasileira e compõe a vigilância em saúde, oferecendo subsídios para planejamento de ações públicas. A presença de informações sobre oclusão dentária nesse tipo de levantamento indica que a má oclusão integra o campo da saúde pública, e não somente o campo da demanda estética individual (Brasil, 2024).

A orientação familiar representa uma dimensão decisiva desse processo. Pais e responsáveis nem sempre reconhecem sinais iniciais de má oclusão, especialmente quando a criança não relata dor. Alterações como mordida cruzada, respiração oral, sucção prolongada, perda precoce de dentes decíduos, dificuldade mastigatória e interposição lingual podem ser naturalizadas por falta

de informação. A consulta odontológica, quando conduzida com escuta e clareza, transforma observações cotidianas em dados clínicos relevantes.

A comunicação profissional precisa ser precisa e acolhedora. Explicar que determinado hábito pode interferir no desenvolvimento da oclusão não significa responsabilizar a família, mas oferecer recursos para que mudanças sejam possíveis. A prevenção depende de vínculo, linguagem acessível, acompanhamento e metas compatíveis com a idade da criança. Orientações rígidas, descontextualizadas ou culpabilizadoras tendem a produzir resistência, enquanto explicações fundamentadas favorecem adesão.

A escola e os serviços de atenção primária podem ampliar a identificação de sinais de alerta. Professores percebem dificuldades na fala, no sono, na alimentação ou na interação social; equipes de saúde observam crescimento, respiração, hábitos e histórico familiar; dentistas interpretam esses dados à luz da avaliação clínica. Quando esses olhares se comunicam, a criança deixa de depender do acaso para receber cuidado em tempo oportuno.

A má oclusão infantil, nessa perspectiva, revela uma dimensão ética. O acesso ao diagnóstico e à prevenção não deveria depender somente da capacidade da família de perceber alterações técnicas. Cabe aos profissionais e aos serviços construir caminhos de orientação, vigilância e encaminhamento. A odontologia comprometida com a infância reconhece que prevenir uma alteração oclusal também significa proteger função, autoestima, conforto e oportunidades de desenvolvimento.

2.7 Síntese

A etiologia da má oclusão infantil foi examinada como rede de fatores interdependentes. Hereditariedade, crescimento crânio-facial, hábitos orais, respiração, função muscular, perdas dentárias

precoces, alimentação, mastigação e acesso ao cuidado não atuam de modo uniforme em todas as crianças. Cada caso resulta de combinações próprias, marcadas por história biológica, ambiente familiar, condições sociais e acompanhamento odontológico.

A herança genética participa da organização do padrão facial e das relações entre maxila, mandíbula e dentição, mas não esgota a explicação clínica. Hábitos persistentes, respiração oral, desequilíbrios musculares e alterações mastigatórias podem modificar ou acentuar tendências previamente existentes. Essa interação impede diagnósticos apressados e exige observação integrada da criança.

As perdas dentárias precoces e as alterações eruptivas mostraram que a dentição decídua possui função ativa no desenvolvimento oclusal. Preservar dentes, espaço e sequência eruptiva não significa proteger estruturas temporárias, mas sustentar condições necessárias para a dentição permanente. A prevenção da cárie, o acompanhamento radiográfico quando indicado e a decisão criteriosa sobre manutenção de espaço participam diretamente desse cuidado.

Os determinantes sociais ampliam a compreensão etiológica. A má oclusão infantil não depende somente da biologia da criança, pois o diagnóstico precoce, a orientação familiar e o acesso aos serviços interferem no modo como sinais iniciais são reconhecidos ou negligenciados. Onde falta informação ou acompanhamento, fatores modificáveis podem permanecer ativos por tempo suficiente para agravar alterações que poderiam ter sido controladas.

Compreender a etiologia da má oclusão infantil permite organizar o cuidado sem atribuir culpa à criança ou à família. A identificação dos fatores envolvidos orienta decisões mais proporcionais ao caso, preservando o crescimento, a função oral e a possibilidade de acompanhamento em tempo adequado.

CAPÍTULO III

Impactos funcionais da má oclusão: mastigação, fala, respiração, dor e desenvolvimento infantil

A má oclusão infantil produz efeitos que ultrapassam a aparência dos dentes. Quando a relação entre arcadas, músculos, ossos e funções orais se organiza de modo inadequado, a criança pode apresentar dificuldades na mastigação, alterações na fala, respiração predominantemente oral, desconfortos musculares, instabilidade oclusal e adaptações funcionais que se incorporam à rotina. Essas manifestações nem sempre surgem com intensidade evidente, mas podem acompanhar o crescimento de maneira silenciosa, até que se tornem mais perceptíveis para a família, para a escola ou para o profissional de saúde.

O funcionamento da boca depende de equilíbrio entre dentes, língua, lábios, bochechas, mandíbula, articulações e musculatura mastigatória. A oclusão participa desse sistema como referência de contato e estabilidade, orientando movimentos de corte, trituração, deglutição, fala e repouso mandibular. Quando há mordida aberta, mordida cruzada, sobressaliência aumentada, apinhamento severo ou discrepâncias entre maxila e mandíbula, esse equilíbrio pode ser alterado, exigindo compensações que variam conforme a idade, o padrão facial e a intensidade da alteração.

A *American Academy of Pediatric Dentistry* (2025) reconhece que o manejo da dentição em desenvolvimento e da oclusão compõe o cuidado integral em saúde bucal, com objetivo de favorecer uma oclusão estável, funcional e estética. Essa formulação é relevante porque posiciona a função como dimensão central do cuidado odontológico infantil, ao lado da estabilidade e da estética, sem reduzir a intervenção ao alinhamento dentário visível.

A análise funcional exige sensibilidade clínica. Algumas crianças não verbalizam desconfortos com precisão, outras

naturalizam dificuldades mastigatórias ou respiratórias, e muitas famílias só procuram atendimento quando a alteração estética se torna evidente. O papel do cirurgião-dentista, nesse contexto, consiste em reconhecer sinais que nem sempre aparecem como queixa direta: mastigação lenta, preferência por alimentos macios, mordida unilateral, fala imprecisa, lábios entreabertos, sono agitado, cansaço ao mastigar ou retraimento ao sorrir.

A literatura sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal confirma que a má oclusão pode repercutir em dimensões funcionais, emocionais e sociais da infância. Kragt et al. (2016) identificaram associação entre más oclusões e pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças, demonstrando que alterações oclusais não devem ser interpretadas como ocorrência clínica neutra.

3.1 Mastigação e eficiência funcional

A mastigação é uma das funções mais diretamente afetadas pelas alterações oclusais. Para que os alimentos sejam cortados, triturados e preparados adequadamente para a deglutição, dentes superiores e inferiores precisam estabelecer contatos funcionais, coordenados por movimentos mandibulares e pela ação dos músculos mastigatórios. Quando essa relação se encontra comprometida, a criança pode desenvolver estratégias compensatórias, como mastigar de um lado só, evitar alimentos mais firmes ou prolongar o tempo das refeições.

A mordida aberta anterior pode dificultar a incisão dos alimentos, pois os dentes anteriores não se encontram de modo adequado durante o fechamento bucal. A criança tende a utilizar movimentos compensatórios com lábios, língua ou dentes posteriores, modificando a dinâmica alimentar. Em determinados casos, essa adaptação passa despercebida pela família, sobretudo quando não há dor. O problema, entretanto, permanece funcional,

pois altera a forma como a criança utiliza a boca em uma atividade cotidiana.

Na mordida cruzada posterior, a alteração transversal pode favorecer mastigação unilateral e desvio mandibular funcional. Quando a mandíbula se desloca repetidamente para alcançar uma posição de contato mais confortável, o sistema neuromuscular se adapta a esse padrão. A persistência dessa dinâmica durante o crescimento pode influenciar simetria funcional, desgaste dentário, conforto muscular e estabilidade da oclusão. A gravidade depende da idade, do tipo de cruzamento, da presença de desvio e do tempo de manutenção do padrão compensatório.

O apinhamento severo também pode interferir na eficiência mastigatória, especialmente quando associado a retenção de placa, dificuldade de higienização, inflamação gengival, cárie ou desconforto localizado. Nesses casos, função e saúde periodontal se conectam. A criança pode não identificar a origem do incômodo, mas modifica a mastigação para evitar áreas sensíveis. Essa mudança, quando persistente, reforça padrões inadequados e dificulta a estabilidade funcional.

A mastigação não deve ser observada somente como movimento mecânico. Ela envolve prazer alimentar, autonomia, convívio familiar e participação em momentos sociais. Crianças com dificuldade para mastigar determinados alimentos podem restringir escolhas, apresentar lentidão nas refeições ou demonstrar irritação diante de consistências específicas. O impacto funcional, portanto, atravessa dimensões práticas da vida infantil e pode atingir a relação da criança com a própria alimentação.

Ghodastra e Brizuela (2023) descrevem que a má oclusão pode causar dificuldade para comer, problemas de fala, alterações na estrutura facial e mordedura de língua ou bochechas. Embora cada caso exija avaliação individualizada, essa síntese reforça que a repercussão funcional das alterações oclusais deve ser investigada de modo sistemático durante o atendimento odontológico infantil.

A avaliação da mastigação deve reunir anamnese, exame clínico e escuta da família. Perguntas sobre alimentos recusados, tempo de refeição, lado preferencial de mastigação, dor, engasgos, cansaço e histórico de cárie ou perda dentária oferecem dados que complementam a observação intraoral. A conduta clínica se torna mais precisa quando o profissional compreende não somente como os dentes se encaixam, mas como a criança usa sua boca nas situações ordinárias da vida.

3.2 Fala, articulação dos sons e interação comunicativa

A fala depende de coordenação entre respiração, língua, lábios, dentes, palato, mandíbula e controle neuromuscular. A posição dentária e a relação entre as arcadas participam da produção de sons, especialmente aqueles que exigem contato ou aproximação entre língua, dentes e região anterior da boca. Alterações oclusais podem modificar pontos articulatórios, favorecer interposição lingual e interferir na clareza de determinados fonemas.

Na mordida aberta anterior, a ausência de contato entre incisivos pode favorecer projeção da língua durante a fala e a deglutição. Essa condição pode repercutir na produção de sons sibilantes e linguodentais, com variações conforme idade, padrão funcional e presença de alterações miofuncionais associadas. A avaliação odontológica, nesse caso, não substitui a análise fonoaudiológica, mas pode reconhecer sinais que justificam investigação interdisciplinar.

A sobressaliência aumentada e determinadas discrepâncias esqueléticas também podem interferir na postura dos lábios e na precisão articulatória. Quando há dificuldade de selamento labial, protrusão dentária acentuada ou relação inadequada entre bases ósseas, a criança pode adaptar movimentos para falar com maior conforto. Nem toda alteração dentária produzirá dificuldade fonética, mas a possibilidade deve ser considerada, sobretudo quando há queixa familiar, escolar ou fonoaudiológica.

A comunicação infantil possui dimensão social. Uma fala pouco compreendida pode gerar pedidos frequentes de repetição, constrangimento, retraimento ou menor participação em atividades coletivas. A má oclusão, quando interfere na articulação, não compromete somente a mecânica de produção dos sons; pode afetar a segurança da criança para se expressar. Essa repercussão aproxima função oral e vida social, reforçando a necessidade de avaliação integrada.

Estudos que investigam qualidade de vida relacionada à saúde bucal mostram que as repercussões da má oclusão podem alcançar dimensões emocionais e sociais, especialmente quando a criança percebe diferença estética ou funcional em relação aos pares. Simões et al. (2017) observaram maior impacto negativo na qualidade de vida de crianças com má oclusão muito severa, em comparação àquelas com má oclusão leve ou ausente.

A atuação clínica deve evitar conclusões automáticas. O fato de uma criança apresentar má oclusão não significa que haverá alteração de fala; do mesmo modo, a presença de dificuldade articulatória não decorre necessariamente de problema oclusal. A conduta responsável exige análise do conjunto: dentição, língua, palato, respiração, audição, desenvolvimento linguístico, histórico de hábitos e avaliação fonoaudiológica quando indicada.

Essa leitura interdisciplinar fortalece o cuidado infantil. Ortodontia, odontopediatria, fonoaudiologia e otorrinolaringologia podem atuar de forma complementar quando a alteração oclusal se conecta a respiração oral, interposição lingual, deglutição atípica ou dificuldade articulatória. O objetivo não é multiplicar encaminhamentos sem critério, mas reconhecer quando a complexidade funcional da criança demanda olhares especializados.

3.3 Respiração, sono e desenvolvimento orofacial

A respiração exerce influência contínua sobre o equilíbrio orofacial. Em condições fisiológicas, a respiração nasal favorece vedamento labial, postura adequada da língua, umidade da cavidade oral e organização muscular mais estável. Quando a respiração oral se torna persistente, a criança pode apresentar lábios entreabertos, língua baixa, alteração postural da mandíbula, ressecamento bucal, palato estreito e maior tendência a alterações transversais da maxila.

A relação entre respiração oral e má oclusão deve ser interpretada com prudência. A respiração pela boca pode decorrer de obstruções nasais, rinite, hipertrofia de adenoides, alterações anatômicas, hábitos funcionais ou combinação de fatores. A Odontologia reconhece sinais compatíveis e avalia repercussões orofaciais, mas a causa respiratória pode exigir investigação médica. Essa integração impede que o tratamento oclusal seja conduzido sem compreensão da origem funcional do problema.

A persistência do padrão respiratório oral pode modificar a posição da língua e reduzir estímulos adequados ao desenvolvimento transversal da maxila. Quando a língua repousa em posição baixa, deixa de exercer pressão fisiológica no palato, enquanto a musculatura perioral pode contribuir para estreitamento do arco superior. Esse desequilíbrio pode estar associado à mordida cruzada posterior, palato ogival e alterações no selamento labial, embora a expressão clínica varie de acordo com a criança.

O sono também merece consideração. Crianças respiradoras orais podem apresentar ronco, sono agitado, boca seca ao despertar, irritabilidade ou cansaço diurno, sinais que exigem investigação adequada. A má oclusão não deve ser tratada como causa única desses quadros, mas pode integrar um conjunto de alterações anatômicas e funcionais que interferem no descanso. O profissional de saúde bucal, ao reconhecer esses sinais, contribui para encaminhamento oportuno e cuidado interdisciplinar.

A literatura recente tem relacionado respiração oral, crescimento craniofacial e alterações oclusais, indicando que a identificação desse padrão durante a infância possui relevância preventiva. A análise não autoriza determinismos, mas sustenta a necessidade de observar respiração, postura de lábios e língua durante o exame odontológico, pois tais elementos podem interferir na estabilidade do desenvolvimento oclusal (Katib et al., 2024).

A respiração oral também pode favorecer maior risco de ressecamento bucal, desconforto gengival e alterações na higiene, especialmente quando associada a incompetência labial e acúmulo de biofilme em região anterior. Esses aspectos conectam função respiratória, saúde periodontal e risco de cárie, ampliando a compreensão da má oclusão como condição que interage com outras dimensões da saúde bucal.

A avaliação clínica deve incluir perguntas sobre ronco, sono, boca aberta, cansaço, rinite, obstrução nasal, postura habitual dos lábios e histórico de acompanhamento médico. Tais informações não transformam o cirurgião-dentista em especialista respiratório, mas qualificam sua leitura do desenvolvimento infantil. O cuidado ganha consistência quando a boca é observada como parte de um organismo em crescimento, e não como estrutura isolada.

3.4 Dor, desconforto e adaptações musculares

A dor nem sempre acompanha a má oclusão infantil, mas o desconforto funcional pode surgir em situações de sobrecarga, trauma oclusal, mordedura recorrente de bochechas ou língua, dificuldade mastigatória, desgaste dentário, apertamento ou alterações musculares. Em crianças, esses sintomas podem aparecer de forma pouco específica: irritação durante refeições, preferência por um lado da boca, queixa vaga de cansaço, recusa alimentar ou dificuldade para explicar a localização do incômodo.

A mordida profunda acentuada pode produzir contato traumático com tecidos gengivais ou palatinos, dependendo da severidade e da posição dentária. A sobressaliência aumentada pode elevar a exposição dos incisivos superiores a traumas, sobretudo em crianças ativas, com selamento labial deficiente ou protrusão dentária evidente. A mordida cruzada com desvio funcional pode favorecer assimetria de movimento e desconforto muscular. Cada manifestação precisa ser avaliada individualmente, com atenção à idade e ao estágio de desenvolvimento.

O desconforto também pode surgir de lesões associadas à mordedura de bochechas e língua. Quando dentes se posicionam de modo inadequado ou quando a criança desenvolve padrões mastigatórios compensatórios, tecidos moles podem ser atingidos repetidamente. Ghodasra e Brizuela (2023) incluem mordedura de língua e bochechas entre possíveis repercussões da má oclusão, ao lado de dificuldades alimentares e problemas de fala.

A musculatura mastigatória responde aos padrões oclusais e aos hábitos funcionais. Quando a criança mastiga predominantemente de um lado, mantém postura mandibular adaptada ou apresenta interferências durante o fechamento bucal, músculos podem trabalhar de forma desigual. Essa adaptação não significa necessariamente doença, mas constitui sinal clínico que merece acompanhamento, sobretudo quando se associa a dor, fadiga ou limitação funcional.

Bruxismo, apertamento e dor orofacial exigem análise cautelosa, pois não devem ser atribuídos automaticamente à má oclusão. Esses fenômenos podem envolver sono, estresse, fatores neuromusculares, condições respiratórias e aspectos comportamentais. A avaliação odontológica deve investigar sinais de desgaste, sensibilidade, tensão muscular e relatos familiares, evitando explicações únicas para manifestações complexas.

A criança com desconforto funcional pode modificar sua rotina sem conseguir nomear o problema. Comer mais devagar,

evitar carnes, frutas firmes ou alimentos crocantes, mastigar de modo assimétrico e demonstrar impaciência durante refeições são pistas relevantes. O profissional atento transforma esses relatos em dados clínicos, conectando observações familiares à avaliação oclusal.

A dimensão ética do cuidado aparece nesse ponto com nitidez. A ausência de dor intensa não elimina a necessidade de avaliação, assim como a presença de desconforto não autoriza intervenção apressada. O diagnóstico deve separar sinais transitórios, adaptações esperadas e alterações que exigem conduta. A prudência clínica protege a criança tanto do excesso terapêutico quanto da negligência diante de manifestações funcionais persistentes.

3.5 Desenvolvimento infantil e qualidade de vida funcional

O desenvolvimento infantil envolve corpo, linguagem, alimentação, sono, interação social e autonomia. A boca participa desse processo de modo mais amplo do que costuma parecer à observação imediata. Por meio dela, a criança se alimenta, fala, respira, expressa emoções, sorri, brinca, comunica desconfortos e estabelece vínculos. Quando a má oclusão interfere nessas funções, seus efeitos podem atravessar a rotina familiar, escolar e social.

A qualidade de vida funcional não se mede somente pela presença ou ausência de dor. Uma criança pode não apresentar queixa dolorosa e, ainda assim, conviver com mastigação limitada, fala imprecisa, dificuldade de selamento labial, respiração oral persistente ou desconforto ao sorrir. Em muitos casos, a adaptação cotidiana mascara o problema. A criança aprende a comer de determinado modo, fala com compensações, dorme com a boca aberta ou evita situações que exponham seu sorriso, sem compreender que esses comportamentos podem estar relacionados à condição oclusal.

A literatura sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal contribui para ampliar essa leitura. Esse campo investiga como alterações orais interferem no bem-estar físico, emocional e social, considerando experiências como dor, limitação funcional, desconforto psicológico, dificuldade de interação e percepção estética. No caso da má oclusão infantil, a análise funcional precisa dialogar com essa perspectiva, pois a alteração oclusal pode repercutir tanto na mecânica oral quanto na forma como a criança participa da vida cotidiana.

A infância apresenta uma particularidade ética: a criança nem sempre nomeia o que sente, nem sempre reconhece o que está alterado e raramente procura cuidado por iniciativa própria. Cabe aos adultos perceber sinais, interpretar mudanças e buscar avaliação. Esse aspecto torna o diagnóstico precoce uma responsabilidade compartilhada entre família, profissionais da saúde, escola e serviços públicos. Quando a alteração funcional é invisibilizada, a criança permanece exposta a desconfortos que poderiam ser identificados com acompanhamento adequado.

A má oclusão infantil, portanto, não deve ser analisada como uma irregularidade estática. Ela se manifesta em movimento: na mordida que não corta o alimento, na mastigação desviada, na fala que exige compensação, no sono interrompido, no cansaço muscular, na boca que permanece aberta, na postura da língua, no receio de sorrir. Essa presença cotidiana demonstra que a oclusão participa da experiência concreta da criança, e não somente da documentação clínica registrada no consultório.

O cuidado odontológico precisa reconhecer essa amplitude sem perder precisão técnica. Nem toda alteração oclusal produzirá prejuízo funcional severo, mas toda suspeita de repercussão funcional merece investigação. A avaliação responsável combina exame clínico, escuta da família, observação do comportamento oral e, quando necessário, diálogo com outros profissionais. Esse processo evita generalizações e permite diferenciar variações do

desenvolvimento, adaptações transitórias e sinais que exigem intervenção.

3.6 Avaliação clínica dos impactos funcionais

A avaliação funcional da má oclusão infantil exige método, escuta e observação. O exame da criança não deve se restringir à classificação da mordida, pois a classificação descreve a forma, mas nem sempre revela a experiência funcional. Para compreender o impacto de uma alteração oclusal, o cirurgião-dentista precisa investigar como a criança mastiga, respira, fala, dorme, higieniza a boca e reage diante de desconfortos.

A anamnese ocupa papel decisivo. Perguntas sobre hábitos alimentares, tempo de refeição, preferência por alimentos macios, mastigação unilateral, ronco, boca aberta durante o sono, dificuldade de fala, mordedura de tecidos moles, dor facial, queixas escolares e histórico de hábitos orais oferecem informações que o exame visual isolado não alcança. A família, quando orientada com clareza, torna-se fonte relevante de dados clínicos.

O exame intraoral deve observar relação entre arcadas, presença de mordida aberta, mordida cruzada, mordida profunda, sobressaliência aumentada, apinhamento, perdas dentárias, lesões de tecidos moles, condição periodontal, higiene e sinais de desgaste. Esses dados precisam ser interpretados em conjunto com idade, estágio de dentição, padrão facial e histórico de desenvolvimento. A criança não deve ser enquadrada em uma categoria rígida, mas compreendida em seu percurso de crescimento.

A observação extraoral complementa a análise. Selamento labial, postura habitual da mandíbula, simetria facial, padrão respiratório aparente, tonicidade muscular, perfil facial e movimentos mandibulares podem oferecer pistas sobre desequilíbrios funcionais. Quando surgem sinais compatíveis com respiração oral, alteração fonoarticulatória ou distúrbios do sono, o

encaminhamento interdisciplinar deve ser considerado de modo criterioso.

Instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal podem contribuir para compreender a percepção da criança e da família. Questionários validados não substituem o julgamento clínico, mas ampliam a leitura sobre dor, limitação funcional, desconforto emocional e impacto social. Em pesquisas científicas, esses instrumentos são relevantes para demonstrar que a má oclusão pode afetar a vida da criança além do alinhamento dentário.

A documentação clínica, quando indicada, sustenta decisões mais seguras. Fotografias, modelos digitais ou físicos, radiografias, registros de mordida e acompanhamento longitudinal permitem comparar fases do crescimento e avaliar progressão, estabilidade ou agravamento da alteração. O valor desses registros não está no acúmulo de exames, mas na capacidade de orientar condutas proporcionais ao caso.

A avaliação funcional deve terminar com uma pergunta central: de que modo essa alteração interfere na vida da criança? A resposta pode indicar acompanhamento, orientação familiar, controle de hábitos, intervenção preventiva, tratamento interceptivo ou encaminhamento especializado. Essa decisão precisa ser técnica, prudente e individualizada, evitando tanto a banalização da má oclusão quanto a transformação de qualquer irregularidade em urgência terapêutica.

3.7 Síntese

Os impactos funcionais da má oclusão infantil demonstram que a oclusão participa de atividades essenciais ao desenvolvimento. Mastigar, falar, respirar, dormir e movimentar a mandíbula são funções que dependem de equilíbrio entre dentes, ossos, músculos, língua, lábios e articulações. Quando esse equilíbrio se altera, a

criança pode desenvolver compensações que atravessam sua alimentação, comunicação, descanso e conforto cotidiano.

A mastigação revelou-se uma função sensível às alterações oclusais. Mordida aberta, mordida cruzada, apinhamento severo, perdas dentárias e discrepâncias entre arcadas podem modificar a forma como a criança corta, tritura e aceita alimentos. Essas mudanças nem sempre aparecem como queixa formal, mas podem ser percebidas na lentidão das refeições, na escolha por consistências específicas ou na mastigação preferencial de um lado.

A fala e a respiração ampliaram a compreensão funcional do tema. A posição da língua, o selamento labial, a relação entre arcadas e o padrão respiratório influenciam a articulação dos sons, o repouso oral, o sono e o desenvolvimento orofacial. Quando esses elementos se encontram alterados, a Odontologia precisa dialogar com outras áreas da saúde, sem perder sua responsabilidade na identificação de sinais oclusais e funcionais.

Dor e desconforto mostraram que a má oclusão infantil pode se manifestar de modo sutil. Mordedura de tecidos moles, fadiga muscular, trauma gengival, sensibilidade, adaptação mastigatória e incômodos vagos exigem escuta atenta, pois a criança nem sempre consegue descrever o problema com precisão. O silêncio da queixa não deve ser confundido com ausência de repercussão.

A análise funcional conduz a uma compreensão mais densa da qualidade de vida infantil. A má oclusão pode interferir na rotina da criança antes mesmo de ser reconhecida como problema clínico pela família. Por isso, avaliar função significa observar a boca em uso, na alimentação, na fala, no sono, na respiração e nas interações diárias.

A leitura funcional da má oclusão infantil evidencia que a boca deve ser observada em uso, nas refeições, na comunicação, no repouso e nos sinais de desconforto que nem sempre aparecem como queixa. Esse olhar amplia a responsabilidade clínica e permite

reconhecer impactos que a avaliação morfológica isolada poderia deixar passar.

CAPÍTULO IV

Impactos psicossociais da má oclusão infantil: autoestima, convivência escolar e qualidade de vida

A criança não percebe a própria boca somente como estrutura anatômica. O sorriso, a fala, a mastigação e a aparência facial participam da forma como ela se apresenta, interage, brinca, responde aos colegas e constrói segurança nas relações cotidianas. Quando a má oclusão se torna visível ou interfere em funções comunicativas, seu efeito pode alcançar dimensões emocionais e sociais que nem sempre aparecem durante o exame clínico, mas se manifestam na vida diária.

A infância é um período sensível para a formação da autoimagem. Comentários sobre dentes projetados, sorriso desalinhado, mordida aberta, dificuldade de fala ou aparência facial podem produzir constrangimento, retraimento e insegurança. A intensidade desse efeito varia conforme idade, ambiente familiar, contexto escolar, temperamento da criança e grau da alteração oclusal. Ainda assim, a possibilidade de sofrimento psicossocial exige atenção do cirurgião-dentista, pois o cuidado em saúde bucal não se limita à correção da forma.

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal permite compreender essa relação com maior precisão. Esse conceito reúne dimensões físicas, funcionais, emocionais e sociais, mostrando como condições bucais interferem no bem-estar cotidiano. Kragt et al. (2016) identificaram, em revisão sistemática e metanálise, associação entre más oclusões e pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças e adolescentes, embora a intensidade dos efeitos varie entre tipos e severidades de alteração oclusal.

A má oclusão, portanto, deve ser analisada como experiência vivida, não somente como diagnóstico técnico. Uma sobressaliência aumentada pode chamar atenção no sorriso; uma mordida aberta

pode modificar a fala; um apinhamento severo pode comprometer a autoconfiança ao sorrir; uma discrepância facial pode se tornar motivo de comentários no ambiente escolar. Esses efeitos não autorizam dramatização, mas impõem sensibilidade clínica diante do modo como a criança sente e interpreta sua condição bucal.

O capítulo examina as repercussões psicossociais da má oclusão infantil, com ênfase na autoestima, na convivência escolar, na percepção familiar e nos instrumentos de avaliação da qualidade de vida. A intenção é demonstrar que o diagnóstico odontológico ganha maior consistência quando reconhece a criança como sujeito em desenvolvimento, inserido em vínculos afetivos, ambientes sociais e experiências emocionais próprias.

4.1 Autoimagem, sorriso e construção da autoestima

A autoestima infantil se constitui em meio a experiências corporais, familiares, escolares e sociais. O sorriso ocupa lugar particular nesse processo, pois é uma forma de comunicação, aproximação e expressão emocional. Quando a criança sente vergonha de sorrir, evita fotografias, cobre a boca ao falar ou reage com desconforto a comentários sobre os dentes, a má oclusão deixa de ser um achado clínico e passa a interferir na forma como ela participa da vida social.

Alterações como sobressaliência acentuada, apinhamento severo, mordida aberta anterior e discrepâncias dentofaciais podem modificar a percepção estética da criança sobre si mesma. Essa percepção não depende somente da gravidade clínica medida pelo profissional; depende também da sensibilidade da criança, das reações dos colegas, da postura da família e das experiências vividas em ambientes de exposição social. Um caso considerado moderado em termos técnicos pode ter repercussão emocional intensa se a criança se sente alvo de comentários ou comparações.

A literatura aponta que a estética dentária pode influenciar bem-estar psicossocial. Simões et al. (2017) observaram que crianças com má oclusão muito severa apresentaram maior impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal quando comparadas àquelas com má oclusão leve ou sem má oclusão. Esse achado reforça que a severidade clínica pode se relacionar à percepção subjetiva de desconforto, embora cada criança responda de modo singular.

A autoimagem infantil também é atravessada pela linguagem dos adultos. Expressões inadequadas, comentários depreciativos ou comparações entre irmãos e colegas podem ampliar a insegurança da criança. O profissional de saúde bucal precisa orientar a família com cuidado, evitando termos que transformem a alteração oclusal em marca de inferioridade. O diagnóstico deve nomear a condição, não estigmatizar o sujeito.

A consulta odontológica pode ser uma experiência de proteção emocional quando conduzida com sensibilidade. Explicar à criança, em linguagem compatível com sua idade, que a boca está em desenvolvimento e que determinadas alterações podem ser acompanhadas ou tratadas reduz medo e vergonha. O acolhimento não substitui a técnica; ele cria condições para que a técnica seja recebida sem humilhação.

O sorriso infantil, nessa perspectiva, não deve ser tratado como objeto estético isolado. Ele participa da comunicação, da identidade e da confiança. Cuidar da má oclusão significa, em muitos casos, preservar a possibilidade de a criança se expressar sem constrangimento, reconhecendo que saúde bucal e subjetividade se encontram na experiência concreta do corpo.

4.2 Convivência escolar, comentários entre pares e risco de bullying

A escola é um dos principais espaços de socialização da infância. Nela, a criança aprende, brinca, fala em público, participa de grupos, enfrenta comparações e desenvolve vínculos fora do núcleo familiar. Alterações visíveis no sorriso ou na face podem se tornar motivo de comentários, apelidos ou exclusão, especialmente em contextos nos quais diferenças corporais são usadas como forma de ridicularização entre pares.

A má oclusão não causa bullying por si mesma. O bullying é uma prática relacional, marcada por repetição, intenção de constranger e desequilíbrio de poder. Entretanto, determinadas características dentofaciais podem ser utilizadas como alvo de agressões verbais ou brincadeiras ofensivas. Dentes projetados, espaços visíveis, apinhamento severo, mordida aberta ou alterações na fala podem chamar atenção em grupos escolares pouco orientados para respeito às diferenças.

Seehra et al. (2011) identificaram relações entre bullying, determinadas características oclusais, autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em pacientes ortodônticos. Essa associação não transforma a má oclusão em causa única do sofrimento escolar, mas indica que alterações dentofaciais podem participar de experiências sociais negativas quando inseridas em ambientes de exposição e julgamento.

Estudo brasileiro conduzido por Gatto et al. (2019) analisou a relação entre qualidade de vida relacionada à saúde bucal, necessidade de tratamento ortodôntico e bullying entre adolescentes. A pesquisa observou que estudantes que relataram consequências negativas associadas ao bullying apresentaram maior probabilidade de pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal, embora a necessidade de tratamento ortodôntico não tenha se associado diretamente a esse desfecho. Esse resultado exige leitura

cuidadosa: o sofrimento social não depende somente da condição dentária, mas da experiência relacional vivida pelo estudante.

A atuação odontológica diante desse tema deve ser prudente. O cirurgião-dentista não deve prometer que o tratamento ortodôntico eliminará experiências de rejeição ou violência escolar. Sua responsabilidade consiste em reconhecer sinais de sofrimento, escutar relatos da família e da criança, orientar encaminhamentos quando necessário e tratar a condição bucal com respeito à saúde e ao desenvolvimento. A má oclusão pode ser parte do problema vivido, mas nunca deve ser usada para responsabilizar a criança pela violência que sofre.

A família e a escola têm papel relevante na proteção emocional. Quando a criança relata apelidos, evita sorrir, recusa apresentações, demonstra queda de participação ou expressa vergonha dos dentes, esses sinais merecem atenção. O cuidado não deve transformar a boca em única explicação para o sofrimento, mas pode reconhecer que a aparência dentofacial participa da experiência social da infância.

A discussão sobre bullying exige ética. O objetivo não é reforçar padrões estéticos rígidos, e sim reconhecer que crianças podem sofrer em razão de diferenças visíveis. Uma odontologia humanizada protege a saúde bucal sem alimentar idealizações de perfeição. A intervenção responsável busca função, conforto, estabilidade e bem-estar, preservando a criança de julgamentos que reduzam sua identidade ao sorriso.

4.3 Percepção familiar e impacto no cotidiano

A família costuma ser o primeiro espaço em que sinais de má oclusão são percebidos ou naturalizados. Pais e responsáveis observam a criança comer, falar, sorrir, dormir e se relacionar, mas nem sempre reconhecem a relevância clínica de determinadas alterações. Dentes tortos podem ser interpretados como fase

passageira; boca aberta durante o sono pode ser vista como hábito; dificuldade de mastigação pode ser atribuída a preferência alimentar; vergonha de sorrir pode ser confundida com timidez.

Essa distância entre observação cotidiana e interpretação clínica torna a orientação profissional indispensável. Quando a família compreende que a má oclusão pode envolver função, estética, respiração, fala, autoestima e convivência, passa a reconhecer sinais com maior responsabilidade. A consulta odontológica se torna espaço de tradução técnica da experiência doméstica, permitindo que relatos simples sejam convertidos em dados úteis para o diagnóstico.

A percepção dos responsáveis também influencia a busca por tratamento. Algumas famílias procuram atendimento por preocupação estética; outras chegam ao consultório devido à fala, à mastigação, ao ronco, à dor, à cárie ou à orientação escolar. Nenhuma dessas portas de entrada deve ser desconsiderada. O profissional precisa acolher a demanda apresentada e ampliar sua leitura, examinando a criança em suas dimensões funcionais, emocionais e sociais.

O impacto familiar pode envolver ansiedade, dúvidas sobre o momento ideal de tratamento, preocupação financeira, insegurança diante de encaminhamentos e medo de que a criança sofra discriminação. A comunicação clínica precisa organizar essas preocupações sem produzir pânico. Explicar riscos, possibilidades de acompanhamento e critérios de intervenção reduz decisões precipitadas e fortalece a participação responsável dos cuidadores.

Estudos sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal utilizam instrumentos que incluem percepção parental, justamente porque crianças, especialmente as mais novas, nem sempre conseguem relatar todos os efeitos de uma condição bucal. Essa escuta familiar, quando associada ao exame clínico, contribui para identificar impactos que a criança talvez não verbalize com clareza. A literatura recente tem reforçado o papel da percepção de pais e

cuidadores na avaliação da qualidade de vida oral de crianças e adolescentes.

O cuidado com a família também envolve linguagem. Termos como deformidade, defeito ou problema estético grave podem ferir a criança e intensificar a ansiedade dos responsáveis. A nomeação técnica deve ser precisa, mas não agressiva. Dizer que há uma mordida cruzada, uma sobressaliência aumentada ou um apinhamento relevante é diferente de atribuir à criança uma marca negativa.

Quando bem orientada, a família participa ativamente da prevenção e do acompanhamento. Ela observa hábitos, respeita retornos, comunica mudanças, apoia a criança em possíveis tratamentos e contribui para reduzir o peso emocional da alteração oclusal. O vínculo familiar, nesse contexto, transforma-se em recurso clínico e afetivo para a proteção do desenvolvimento infantil.

4.4 Qualidade de vida relacionada à saúde bucal

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal amplia a forma de compreender a má oclusão infantil. Em vez de observar somente dentes, arcadas e relações oclusais, esse conceito permite examinar como uma condição bucal interfere na experiência cotidiana da criança. Dor, limitação funcional, vergonha, dificuldade de interação, desconforto ao falar, insegurança ao sorrir e preocupação familiar passam a compor a análise clínica.

Essa perspectiva é relevante porque nem sempre a severidade técnica corresponde exatamente ao sofrimento percebido. Algumas crianças convivem com alterações clinicamente evidentes sem grande repercussão subjetiva; outras apresentam desconforto intenso diante de mudanças consideradas moderadas pelo profissional. A avaliação da qualidade de vida permite reconhecer essa diferença entre medida clínica e experiência vivida.

Instrumentos como questionários de qualidade de vida oral contribuem para captar dimensões que o exame clínico não revela por completo. Eles investigam sintomas, limitações funcionais, bem-estar emocional e relações sociais, oferecendo uma leitura mais ampla sobre o impacto da condição bucal. Em crianças, essa avaliação pode envolver respostas da própria criança, dos pais ou dos cuidadores, conforme a idade e a capacidade de compreensão.

O uso desses instrumentos em pesquisas odontológicas fortaleceu a compreensão de que a má oclusão pode afetar a vida infantil de forma heterogênea. A alteração oclusal não se expressa somente pela forma da arcada, mas pelo modo como repercute na alimentação, na comunicação, no sorriso, na autoconfiança e nas relações sociais. Essa leitura torna o cuidado mais atento à criança concreta, e não somente ao diagnóstico registrado no prontuário.

Na prática clínica, a qualidade de vida não precisa ser compreendida como conceito abstrato. Ela aparece quando a criança evita sorrir em fotografias, demonstra vergonha ao falar, relata comentários de colegas, mastiga com desconforto, dorme mal, sente dor ou se mostra insegura diante da própria aparência. Esses sinais não substituem o exame odontológico, mas orientam a escuta e qualificam a decisão profissional.

A avaliação da qualidade de vida também protege contra dois riscos. O primeiro é minimizar alterações que afetam a criança de modo real, embora não pareçam severas à observação técnica. O segundo é transformar toda diferença dentária em problema grave, produzindo ansiedade desnecessária. Entre a negligência e o exagero existe um campo de prudência clínica, sustentado por evidência, escuta e individualização.

4.5 Dimensão ética do cuidado odontológico infantil

Cuidar da má oclusão infantil envolve responsabilidade técnica e ética. A criança está em processo de crescimento, depende

de adultos para acessar serviços de saúde e nem sempre possui recursos emocionais ou linguísticos para expressar desconforto. Por isso, a atuação odontológica precisa proteger sua saúde, sua dignidade e sua percepção de si mesma.

A comunicação clínica ocupa posição central nessa responsabilidade. O profissional deve explicar a condição de modo compreensível, sem transformar a alteração oclusal em estigma. Termos técnicos são necessários para o diagnóstico, mas precisam ser utilizados com precisão e sensibilidade. A criança não deve sair da consulta sentindo que seu sorriso é defeituoso, inadequado ou motivo de vergonha.

A ética também exige cuidado diante da expectativa estética. A má oclusão pode afetar a aparência dentofacial, mas o tratamento não deve reforçar padrões rígidos de beleza. O objetivo clínico deve estar orientado por função, saúde, estabilidade, conforto, prevenção e bem-estar. A estética tem lugar no cuidado, desde que não substitua a análise funcional e o respeito à singularidade da criança.

O Código de Ética Odontológica estabelece princípios relacionados à dignidade do paciente, ao exercício responsável da profissão, à informação adequada e à vedação de práticas que possam induzir expectativas indevidas. Na atenção infantil, esses princípios ganham densidade particular, pois a decisão clínica envolve família, criança, profissional e, em muitos casos, outros serviços de saúde. A conduta ética depende de informação clara, indicação fundamentada e respeito ao desenvolvimento infantil.

A indicação de tratamento deve ser proporcional ao caso. Nem toda alteração oclusal exige intervenção imediata; nem toda espera representa cuidado adequado. A decisão precisa considerar idade, severidade, função, risco de agravamento, cooperação, condições familiares e benefícios esperados. Essa ponderação evita tratamentos precipitados, promessas excessivas e omissões que possam comprometer o desenvolvimento da criança.

A escuta da criança deve ser preservada sempre que possível. Mesmo quando os responsáveis conduzem a decisão, a experiência infantil não pode ser ignorada. Medo, vergonha, dor, incômodo com aparelhos, dificuldade de adaptação e dúvidas sobre o tratamento precisam ser acolhidos. Uma odontologia sensível à infância reconhece que adesão não nasce somente da prescrição, mas da confiança construída durante o cuidado.

4.6 Interdisciplinaridade e proteção psicossocial

As repercussões psicossociais da má oclusão infantil nem sempre podem ser compreendidas somente pela Odontologia. Quando há fala alterada, respiração oral, sofrimento escolar, retraimento social, ansiedade ou baixa autoestima, a criança pode demandar acompanhamento integrado. Fonoaudiologia, psicologia, pediatria, otorrinolaringologia, odontopediatria e ortodontia podem participar do cuidado, conforme as necessidades identificadas.

A interdisciplinaridade não deve ser confundida com excesso de encaminhamentos. Seu valor está na articulação de saberes quando a condição da criança ultrapassa a competência isolada de uma área. Uma alteração oclusal associada à interposição lingual pode exigir diálogo com fonoaudiologia. Respiração oral persistente pode demandar avaliação médica. Sofrimento emocional relacionado a bullying ou vergonha intensa pode justificar apoio psicológico e intervenção escolar.

A escola possui papel relevante na proteção psicossocial. Comentários ofensivos, apelidos e exclusão social não são problemas odontológicos, mas podem envolver características dentofaciais como alvo. Quando a família relata situações desse tipo, o profissional pode orientar os responsáveis a buscar diálogo com a escola, sem reduzir o sofrimento da criança à aparência dos dentes. A violência entre pares precisa ser enfrentada no campo educativo e relacional, não naturalizada como consequência de uma diferença corporal.

O cuidado interdisciplinar protege a criança de abordagens fragmentadas. Uma mordida aberta não é somente uma abertura anterior entre dentes, quando interfere na fala, na autoestima e na interação escolar. Uma sobressaliência aumentada não é somente medida horizontal, quando expõe a criança a traumatismos, comentários e insegurança ao sorrir. A clínica ganha humanidade quando reconhece essas conexões sem perder critério técnico.

A família continua sendo parte indispensável dessa rede. A adesão a orientações, consultas, encaminhamentos e possíveis tratamentos depende de compreensão, disponibilidade e confiança. Quando os responsáveis entendem que a má oclusão pode repercutir no desenvolvimento emocional e social, tendem a observar a criança com maior atenção. Essa observação precisa ser cuidadosa, sem vigiar o sorriso de modo ansioso ou transformar qualquer diferença em motivo de preocupação excessiva.

A proteção psicossocial, portanto, não busca padronizar sorrisos. Busca garantir que a criança possa crescer com saúde, função, conforto e segurança emocional. O tratamento odontológico, quando indicado, deve compor esse processo com discrição, técnica e respeito à infância.

4.7 Síntese

As repercussões psicossociais da má oclusão infantil demonstram que a saúde bucal participa da forma como a criança se percebe e se relaciona. O sorriso, a fala e a aparência dentofacial integram experiências de comunicação, pertencimento e autoconfiança. Quando alterações oclusais se tornam motivo de vergonha, comentários ou retraimento, o cuidado odontológico precisa reconhecer que o diagnóstico alcança dimensões subjetivas e sociais.

A autoestima foi analisada como construção sensível às experiências corporais e relacionais da infância. A criança pode

sentir desconforto diante de dentes projetados, sorriso desalinhado, mordida aberta ou alterações faciais, especialmente quando essas características são percebidas por colegas e adultos de forma inadequada. A linguagem profissional e familiar, nesse contexto, pode proteger ou intensificar inseguranças.

A convivência escolar revelou outro plano de atenção. A má oclusão não deve ser apontada como causa direta de bullying, mas certas alterações dentofaciais podem ser utilizadas como alvo de comentários ofensivos. Essa distinção é essencial para evitar que a criança seja responsabilizada pela violência sofrida. O enfrentamento do bullying pertence ao campo educativo, ético e social, ainda que o cuidado odontológico possa participar da proteção integral.

A percepção familiar mostrou que muitos sinais psicossociais aparecem na rotina antes de serem relatados no consultório. Vergonha de sorrir, recusa de fotografias, retraimento, queixas sobre comentários e insegurança ao falar são manifestações que merecem escuta. Quando a família é orientada com clareza, torna-se parceira no acompanhamento e na identificação de necessidades.

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal ofereceu base para compreender a má oclusão como experiência vivida. A análise clínica se torna mais completa quando incorpora dor, função, emoção, convivência e percepção subjetiva. Essa abordagem evita reduções estéticas e permite decisões mais coerentes com o desenvolvimento da criança.

Essa leitura psicossocial reforça que o cuidado odontológico infantil precisa preservar dignidade, escuta e prudência. A alteração oclusal deve ser avaliada sem estigmatizar a criança, considerando sua experiência familiar, escolar e emocional, bem como a indicação técnica de cada conduta.

CAPÍTULO V

Diagnóstico precoce, prevenção e intervenção: caminhos clínicos e coletivos para o cuidado da criança

A má oclusão infantil exige uma abordagem que una observação clínica, conhecimento científico, escuta familiar e responsabilidade preventiva. Depois de compreender seus fundamentos, causas, impactos funcionais e repercussões psicossociais, torna-se necessário examinar como o cuidado pode ser organizado para proteger o desenvolvimento da criança. O diagnóstico precoce não representa pressa terapêutica, mas capacidade profissional de reconhecer sinais, acompanhar o crescimento e decidir com prudência.

A infância oferece uma oportunidade singular para observar a dentição em desenvolvimento. Nessa fase, dentes decíduos, dentes permanentes em erupção, arcadas, músculos, respiração, hábitos orais e crescimento craniofacial interagem de maneira contínua. Pequenas alterações podem desaparecer com o amadurecimento; outras tendem a persistir ou se agravar quando não recebem acompanhamento. A diferença entre uma variação transitória e uma condição que exige intervenção depende de avaliação técnica, documentação adequada e compreensão do contexto da criança.

A *American Academy of Pediatric Dentistry* (2025) considera o manejo da dentição em desenvolvimento e da oclusão parte do cuidado integral em saúde bucal infantil, incluindo diagnóstico, registros clínicos, definição de prioridades e escolha do momento apropriado para intervenção. Essa orientação reforça que o cuidado odontológico preventivo deve ser sistemático, individualizado e sustentado por critérios clínicos.

O diagnóstico precoce possui valor preventivo porque permite agir antes que determinados desequilíbrios se consolidem.

Orientar a família sobre hábitos orais, acompanhar perdas dentárias precoces, observar respiração oral, identificar mordida cruzada com desvio funcional, avaliar sobressaliência aumentada e reconhecer dificuldades mastigatórias são medidas que podem reduzir riscos e direcionar condutas oportunas. O objetivo não é transformar toda criança em paciente ortodôntico, mas impedir que sinais relevantes sejam ignorados.

A prevenção, nesse campo, precisa ser compreendida como prática clínica e coletiva. Ela envolve consultas regulares, educação em saúde bucal, acesso a serviços odontológicos, vigilância epidemiológica, atuação da atenção primária, comunicação com famílias e encaminhamento especializado quando necessário. A má oclusão infantil não se resolve somente no consultório; ela também depende da forma como a sociedade organiza informação, cuidado e equidade em saúde bucal.

5.1 Diagnóstico precoce e avaliação da dentição em desenvolvimento

O diagnóstico precoce da má oclusão infantil começa com uma escuta atenta. A família pode relatar boca aberta durante o sono, ronco, dificuldade de mastigação, hábito de chupar dedo, uso prolongado de chupeta, perda dentária antes do tempo esperado, fala alterada, vergonha de sorrir ou comentários recebidos na escola. Esses relatos, quando interpretados tecnicamente, revelam sinais que nem sempre aparecem de forma evidente no exame inicial.

A avaliação clínica deve observar a criança em sua totalidade orofacial. Relação entre arcadas, presença de mordida aberta, mordida cruzada, mordida profunda, sobressaliência, apinhamento, perdas de espaço, assimetrias, postura labial, respiração, língua, mastigação e condição dos dentes decíduos precisam ser examinadas em conjunto. A classificação da má oclusão é útil, mas não basta. O diagnóstico depende da relação entre forma, função, idade e tendência de crescimento.

A dentição decídua merece atenção especial. Embora seja substituída ao longo do desenvolvimento, ela preserva espaço, orienta a erupção dos permanentes, participa da fala, da mastigação e da estabilidade dos arcos. Cáries extensas, perdas precoces e ausência de manutenção de espaço quando indicada podem interferir na organização futura da dentição permanente. Assim, prevenir má oclusão também significa cuidar adequadamente dos dentes decíduos.

A dentição mista exige leitura ainda mais refinada. Nela, coexistem dentes decíduos e permanentes, erupções em andamento, espaços fisiológicos, trocas dentárias e possíveis desalinhamentos transitórios. O profissional precisa diferenciar alterações esperadas de sinais que indicam risco. Essa distinção evita tanto condutas desnecessárias quanto atrasos que possam comprometer função, estética e estabilidade.

A documentação clínica auxilia esse processo. Fotografias, modelos, radiografias e registros de mordida, quando indicados, permitem comparar fases, observar progressão e justificar decisões. Esses recursos não devem ser utilizados como rotina excessiva, mas como instrumentos de precisão diagnóstica. A criança deve ser exposta somente aos exames necessários, respeitando critérios técnicos e segurança.

O diagnóstico precoce também depende de acompanhamento. Uma única consulta pode identificar sinais relevantes, mas o crescimento infantil exige observação longitudinal. Retornos periódicos permitem verificar se determinado hábito foi interrompido, se a mordida cruzada persiste, se o espaço foi preservado, se a erupção segue curso adequado ou se há necessidade de encaminhamento. A prevenção se constrói no tempo, com decisões revisadas conforme a criança cresce.

5.2 Prevenção e orientação familiar

A prevenção da má oclusão infantil começa antes da instalação de alterações complexas. Ela se realiza por meio de orientações simples, acompanhamento regular e identificação de fatores que podem modificar o desenvolvimento da oclusão. A família ocupa posição central nesse processo, pois observa a criança durante alimentação, sono, fala, brincadeiras e higiene. Quando recebe orientação adequada, consegue reconhecer sinais de alerta sem transformar cada diferença dentária em motivo de ansiedade.

Os hábitos orais devem ser abordados com clareza e sensibilidade. Sucção digital, uso prolongado de chupeta, interposição lingual e deglutição atípica podem interferir na posição dentária e no equilíbrio muscular, especialmente quando persistem por tempo prolongado. A orientação profissional deve considerar idade, intensidade do hábito, maturidade da criança e rotina familiar. A interrupção de um hábito não se sustenta por ameaça ou culpa, mas por compreensão, acompanhamento e estratégias compatíveis com o desenvolvimento infantil.

A respiração oral também exige atenção preventiva. Crianças que dormem de boca aberta, roncam, apresentam lábios ressecados, olheiras, cansaço diurno ou dificuldade de selamento labial devem ser avaliadas com cuidado. O cirurgião-dentista pode identificar sinais orofaciais e encaminhar para avaliação médica quando necessário. Intervir na oclusão sem compreender a respiração pode gerar cuidado incompleto.

A alimentação e a mastigação compõem outra dimensão preventiva. Estimular função mastigatória adequada, observar dificuldades com determinadas consistências, investigar mastigação unilateral e tratar dores ou lesões que limitam a alimentação são medidas que protegem o desenvolvimento oral. A orientação alimentar deve respeitar as condições familiares e evitar prescrições rígidas que não se sustentem na rotina da criança.

A prevenção da cárie participa diretamente da prevenção oclusal. Dentes decíduos destruídos por lesões extensas ou perdidos precocemente podem comprometer espaço e função. Higiene bucal, uso adequado de flúor, controle de açúcar, restaurações oportunas e retornos periódicos preservam a integridade dos arcos. Não há prevenção ortodôntica consistente quando a saúde bucal básica é negligenciada.

A comunicação com a família deve ser objetiva. Explicar o que está sendo observado, quais sinais merecem acompanhamento, quais condutas são necessárias e quais mudanças podem ser feitas em casa reduz incertezas. Quando os responsáveis compreendem o motivo de cada orientação, a adesão tende a ser maior. O cuidado se torna parceria, não imposição.

5.3 Ortodontia preventiva e interceptiva

A ortodontia preventiva atua na preservação das condições favoráveis ao desenvolvimento da oclusão. Seu campo inclui manutenção de espaço, controle de hábitos, acompanhamento da erupção dentária, prevenção de perdas precoces, orientação funcional e vigilância do crescimento craniofacial. Ela não busca corrigir grandes alterações já instaladas, mas reduzir riscos antes que se tornem mais complexos.

A ortodontia interceptiva intervém em alterações em desenvolvimento, com objetivo de impedir progressão, minimizar desequilíbrios ou favorecer crescimento mais adequado. Mordida cruzada posterior com desvio funcional, mordida aberta associada a hábito persistente, perda de espaço, sobressaliência acentuada com risco de trauma e determinadas discrepâncias esqueléticas podem demandar avaliação interceptiva. A indicação depende de diagnóstico individualizado, não de protocolo uniforme.

A *International Association of Paediatric Dentistry* (2022) orienta que o manejo da dentição em desenvolvimento deve considerar

diagnóstico, fatores de risco, crescimento e momento oportuno de tratamento. Essa perspectiva sustenta uma atuação cuidadosa, na qual a intervenção precoce não significa tratamento antecipado para todos, mas ação técnica quando há benefício provável para a criança.

A decisão terapêutica deve respeitar idade, colaboração, severidade, risco de agravamento e impacto funcional ou psicossocial. Uma criança pequena pode não estar pronta para determinado aparelho, mesmo quando há alteração oclusal visível. Em outros casos, esperar demais pode reduzir a efetividade de uma conduta simples. A prudência clínica consiste em reconhecer o tempo adequado de agir.

A ortodontia preventiva e interceptiva também exige diálogo com outras áreas. Quando a má oclusão se associa à respiração oral, alterações fonoarticulatórias, postura lingual inadequada ou sofrimento emocional, a intervenção exclusivamente dentária pode ser insuficiente. O plano de cuidado deve considerar as causas e repercussões envolvidas, evitando tratar a consequência enquanto o fator etiológico permanece ativo.

A intervenção bem indicada não se mede somente pelo alinhamento final dos dentes. Ela busca melhorar função, estabilidade, conforto, estética possível, proteção contra traumas e desenvolvimento mais equilibrado. Na infância, esse olhar é indispensável, pois o tratamento deve respeitar o crescimento, a subjetividade e o cotidiano da criança.

5.4 Intervenção interdisciplinar e cuidado integral

A má oclusão infantil pode exigir mais do que uma conduta odontológica isolada. Quando se relaciona à respiração oral, alterações de fala, postura lingual inadequada, dificuldade mastigatória, distúrbios do sono ou sofrimento emocional, o cuidado precisa articular diferentes áreas. Essa articulação não retira a responsabilidade do cirurgião-dentista; ao contrário, amplia sua

capacidade de reconhecer limites, encaminhar com critério e acompanhar a criança de forma mais segura.

A atuação interdisciplinar deve nascer de sinais concretos. Respiração oral persistente pode demandar avaliação com otorrinolaringologista ou pediatra. Alterações de fala e deglutição podem requerer acompanhamento fonoaudiológico. Sofrimento associado a bullying, vergonha intensa ou retraimento pode justificar diálogo com psicologia e escola. O encaminhamento responsável não fragmenta a criança, mas reconhece que suas funções orais, emocionais e sociais se desenvolvem de modo integrado.

O plano de cuidado precisa preservar coerência entre diagnóstico, causa provável e conduta proposta. Tratar uma mordida aberta sem considerar hábito de sucção persistente ou interposição lingual pode comprometer estabilidade. Corrigir uma mordida cruzada em criança respiradora oral sem investigar o padrão respiratório pode limitar os resultados. Intervir em uma alteração estética sem avaliar sofrimento, função e maturidade infantil pode transformar tratamento em resposta incompleta.

A comunicação entre profissionais deve ser objetiva. Relatórios claros, descrição dos achados clínicos, hipótese diagnóstica, motivo do encaminhamento e retorno das avaliações favorecem continuidade do cuidado. A família não deve carregar sozinha a responsabilidade de traduzir informações técnicas entre áreas distintas. Quando os profissionais se comunicam, a criança recebe atenção mais consistente e menos sujeita a orientações contraditórias.

O cuidado integral também depende da participação da criança. Mesmo pequena, ela pode expressar medo, desconforto, cansaço, vergonha ou resistência ao tratamento. Essas manifestações precisam ser ouvidas. A adesão infantil não se constrói por imposição, mas por vínculo, explicação compatível com a idade e experiências clínicas que reduzam ansiedade. Um

tratamento tecnicamente correto pode fracassar se desconsiderar a subjetividade da criança.

A interdisciplinaridade, nesse contexto, não é ornamento teórico. Ela representa uma exigência prática diante de condições que atravessam boca, face, respiração, fala, sono, autoestima e convivência. A má oclusão infantil exige precisão técnica, mas também sensibilidade para reconhecer que o desenvolvimento da criança não se organiza em compartimentos separados.

5.5 Saúde pública, acesso ao cuidado e educação em saúde bucal

A prevenção da má oclusão infantil depende de acesso regular ao cuidado odontológico. Crianças que chegam tardiamente ao consultório podem apresentar cáries extensas, perdas dentárias precoces, hábitos persistentes, alterações funcionais não avaliadas e más oclusões já consolidadas. Essa realidade mostra que o tema não pertence somente à clínica privada ou ao tratamento especializado, pois envolve organização dos serviços, informação familiar e políticas de saúde bucal.

A saúde pública tem papel relevante na identificação de necessidades e na criação de estratégias preventivas. Levantamentos epidemiológicos, ações educativas, atenção primária, programas escolares e encaminhamentos regulados podem favorecer diagnóstico oportuno. O SB Brasil 2024 integra a vigilância em saúde bucal e oferece dados para planejamento das ações no país, incluindo informações relacionadas à oclusão dentária e às necessidades odontológicas da população (Brasil, 2024).

A educação em saúde bucal deve ir além da escovação. Embora higiene, flúor e controle de açúcar sejam essenciais, famílias também precisam receber orientações sobre desenvolvimento da dentição, hábitos orais, respiração, mastigação, perdas dentárias precoces e sinais de alerta. Esse conhecimento não substitui o exame

clínico, mas permite que responsáveis busquem avaliação antes que alterações se agravem.

A escola pode participar desse processo de maneira educativa, sem assumir funções diagnósticas que pertencem ao campo odontológico. Professores observam fala, alimentação, sono diurno, retraimento, comentários entre colegas e dificuldades de interação. Quando orientados sobre sinais gerais de saúde bucal, podem comunicar famílias e estimular busca por atendimento. Essa participação exige cuidado para não expor a criança ou reforçar constrangimentos.

O acesso ao tratamento ortodôntico ainda constitui desafio em muitos contextos. A prevenção, por isso, torna-se ainda mais relevante. Quanto mais cedo hábitos, perdas de espaço e alterações funcionais forem identificados, maiores as possibilidades de reduzir agravamentos e organizar encaminhamentos adequados. A ausência de acesso não pode ser naturalizada como destino; deve ser compreendida como questão de equidade em saúde.

A abordagem coletiva da má oclusão infantil exige políticas, formação profissional e comunicação pública qualificada. Mensagens simplistas, centradas somente na estética do sorriso, são insuficientes. A população precisa compreender que a oclusão participa da mastigação, da fala, da respiração, do conforto e da qualidade de vida. Quando esse entendimento se dissemina, a prevenção deixa de ser ato isolado e passa a compor cultura de cuidado.

5.6 Critérios para uma intervenção responsável

A intervenção na má oclusão infantil deve ser guiada por critérios clínicos, funcionais, psicossociais e éticos. A presença de uma alteração oclusal não determina, por si só, a necessidade de tratamento imediato. Do mesmo modo, a ausência de dor não significa que o quadro possa ser ignorado. A decisão profissional

precisa equilibrar evidências, crescimento, severidade, risco de agravamento, colaboração da criança e impacto na qualidade de vida.

A idade cronológica não deve ser o único parâmetro. Crianças da mesma idade podem apresentar estágios diferentes de dentição, maturidade, crescimento facial e capacidade de adaptação. A avaliação deve considerar dentição decídua, dentição mista, erupção dos permanentes, padrão facial, presença de hábitos, respiração, mastigação, fala e condição emocional. Essa leitura evita condutas padronizadas.

A severidade clínica também precisa ser interpretada com cautela. Algumas alterações discretas podem demandar acompanhamento sem intervenção ativa. Outras, embora aparentemente simples, podem gerar efeitos funcionais relevantes, como desvio mandibular, risco de trauma ou perda progressiva de espaço. O julgamento técnico exige análise do presente e previsão razoável do percurso provável da alteração.

A intervenção responsável deve ser explicada à família. Indicação, objetivos, limites, tempo previsto, necessidade de colaboração, riscos, desconfortos e alternativas precisam ser comunicados com clareza. A família não deve aceitar tratamento por medo, nem o recusar por falta de compreensão. O consentimento ganha valor quando é sustentado por informação adequada.

A criança também precisa ser preparada. Aparelhos, consultas, fotografias, moldagens, exames e orientações podem gerar ansiedade. Explicar cada etapa com linguagem compatível com a idade favorece confiança. Quando a criança compreende o sentido do cuidado, sua participação tende a ser mais tranquila. A técnica se fortalece quando encontra uma criança respeitada em sua condição emocional.

O critério ético impede promessas absolutas. Tratamentos odontológicos dependem de diagnóstico, crescimento, biologia, colaboração, resposta individual e acompanhamento. A comu-

nicação deve evitar garantias exageradas e resultados padronizados. A honestidade profissional protege a criança, a família e a própria credibilidade do cuidado odontológico.

5.7 Ética, consentimento e responsabilidade profissional no cuidado infantil

O cuidado odontológico infantil exige informação clara, indicação técnica fundamentada e respeito à dignidade da criança. Como o paciente em desenvolvimento depende de responsáveis legais para autorizar procedimentos, a comunicação profissional deve explicar diagnóstico, alternativas, limites, riscos e objetivos de cada conduta. A família precisa compreender o motivo da intervenção, enquanto a criança deve ser incluída no processo de modo compatível com sua idade e maturidade.

O Código de Ética Odontológica orienta o exercício profissional responsável, a informação adequada ao paciente e a preservação da dignidade humana no atendimento odontológico (Conselho Federal de Odontologia, 2012). Na infância, esses princípios exigem cuidado redobrado, pois a decisão clínica não pode ser guiada por pressão estética, promessas de resultado ou tratamentos sem indicação proporcional ao caso.

A responsabilidade profissional também envolve reconhecer limites. Quando a má oclusão se associa a respiração oral, alteração de fala, sofrimento emocional ou outras condições que ultrapassam a atuação odontológica isolada, o encaminhamento interdisciplinar torna-se parte do cuidado ético. Proteger a criança significa oferecer a conduta necessária, no momento adequado, com linguagem compreensível e sem transformar o tratamento em fonte adicional de medo ou constrangimento.

5.8 Síntese

O diagnóstico precoce, a prevenção e a intervenção responsável formam o eixo prático do cuidado diante da má oclusão infantil. A avaliação da dentição em desenvolvimento permite reconhecer alterações em fases nas quais orientação, acompanhamento ou condutas interceptivas podem reduzir riscos. Esse processo exige técnica, prudência e compreensão do crescimento infantil.

A prevenção mostrou-se mais ampla do que a simples antecipação de tratamentos. Ela envolve preservação dos dentes decíduos, controle de hábitos orais, observação da respiração, orientação sobre mastigação, prevenção da cárie, manutenção de espaço quando indicada, educação familiar e acesso regular aos serviços odontológicos. Prevenir significa atuar antes que a alteração se torne mais complexa, sem transformar toda diferença dentária em problema imediato.

A ortodontia preventiva e interceptiva ocupa lugar relevante nesse percurso. Seu valor não está em iniciar tratamentos precocemente de forma indiscriminada, mas em reconhecer situações nas quais a intervenção pode favorecer função, estabilidade, conforto e crescimento mais equilibrado. A decisão deve respeitar idade, severidade, maturidade, colaboração e impacto real na vida da criança.

A interdisciplinaridade reforçou a necessidade de olhar ampliado. Má oclusão associada à respiração oral, fala alterada, sofrimento psicossocial ou distúrbios funcionais demanda articulação entre áreas. O cuidado integral não fragmenta a criança; reconhece que boca, face, corpo, emoções e relações sociais participam do mesmo desenvolvimento.

A saúde pública conferiu ao tema dimensão coletiva. O acesso ao diagnóstico e à prevenção não pode depender somente da percepção individual da família. Serviços de saúde, escola, políticas públicas e educação em saúde bucal precisam participar da

construção de uma cultura preventiva, capaz de reconhecer sinais precoces e encaminhar crianças em tempo oportuno.

A obra chega, assim, a uma compreensão central: a má oclusão infantil não deve ser reduzida a desalinhamento dentário ou demanda estética. Ela envolve crescimento, função, autoestima, convivência, acesso ao cuidado e responsabilidade profissional. A intervenção mais qualificada é aquela que reconhece a criança antes de reconhecer a mordida, pois toda decisão clínica incide sobre uma história em desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A má oclusão infantil, ao longo desta obra, foi analisada como uma condição que ultrapassa a aparência dentária e alcança dimensões clínicas, funcionais, psicossociais e coletivas. A pergunta que orientou a construção do livro pode ser respondida com clareza: a má oclusão na infância não deve ser compreendida como preocupação estética isolada. Ela participa do crescimento craniofacial, da mastigação, da fala, da respiração, do conforto oral, da autoestima, da convivência escolar e da qualidade de vida da criança.

Essa compreensão exige mudança de olhar. Quando a alteração oclusal é percebida somente como desalinhamento dos dentes, perdem-se sinais importantes sobre o desenvolvimento infantil. Uma mordida aberta pode interferir na incisão dos alimentos e na articulação de sons; uma mordida cruzada pode se associar a desvios funcionais; uma sobressaliência aumentada pode ampliar riscos de trauma e constrangimento; um apinhamento severo pode dificultar higiene, afetar o sorriso e repercutir na autoconfiança. A boca infantil, portanto, não pode ser observada como estrutura separada do corpo, da subjetividade e da vida social.

A análise das causas demonstrou que a má oclusão infantil possui origem multifatorial. Hereditariedade, crescimento craniofacial, hábitos orais, respiração oral, perdas dentárias precoces, mastigação, alimentação, condições familiares e acesso ao cuidado odontológico formam uma rede de influências. Essa constatação impede explicações simplistas e reforça a importância de uma avaliação clínica individualizada. Cada criança apresenta uma história própria de desenvolvimento, e essa história precisa orientar a decisão profissional.

Os impactos funcionais examinados na obra evidenciaram que mastigar, falar, respirar, dormir e movimentar a mandíbula são ações diretamente relacionadas à oclusão. A criança pode adaptar-

se às dificuldades sem verbalizar desconforto, o que torna a observação familiar e profissional ainda mais necessária. A ausência de queixa intensa não significa ausência de repercussão. Muitas manifestações aparecem de modo sutil: mastigação unilateral, preferência por alimentos macios, boca aberta durante o sono, fala imprecisa, cansaço muscular ou mordedura recorrente de tecidos moles.

As repercussões psicossociais trouxeram outra resposta essencial. A má oclusão pode interferir na forma como a criança se percebe, sorri, fala, participa da escola e responde aos comentários dos colegas. Isso não significa submeter a infância a padrões rígidos de aparência, mas reconhecer que o sorriso participa da comunicação, da autoestima e das relações sociais. O cuidado odontológico humanizado não busca padronizar rostos; busca preservar função, conforto, saúde e segurança emocional.

O diagnóstico precoce mostrou-se decisivo porque permite diferenciar variações esperadas do crescimento de alterações que exigem acompanhamento ou intervenção. Diagnosticar cedo não significa tratar todos os casos de imediato. Significa observar com método, registrar quando necessário, orientar a família, acompanhar o desenvolvimento e agir quando a conduta apresenta indicação técnica. Essa prudência protege a criança de dois riscos igualmente problemáticos: a negligência diante de sinais relevantes e o excesso terapêutico diante de alterações sem indicação imediata.

A prevenção ocupou lugar central na discussão. Preservar dentes decíduos, prevenir cáries, controlar perdas de espaço, orientar hábitos orais, observar respiração, estimular mastigação adequada e garantir consultas regulares são medidas que sustentam o desenvolvimento oclusal. A prevenção da má oclusão não nasce de uma ação isolada, mas de um conjunto de cuidados contínuos, articulados entre família, cirurgião-dentista, escola e serviços de saúde.

A intervenção, quando necessária, deve ser proporcional, ética e individualizada. A ortodontia preventiva e interceptiva tem valor quando aplicada com critério, respeitando idade, maturidade, severidade, função, risco de agravamento e condições familiares. O tratamento não deve ser conduzido por pressão estética ou promessa de resultado, mas por indicação fundamentada. Na infância, cada decisão clínica incide sobre um organismo em crescimento e sobre uma subjetividade em formação.

A saúde pública conferiu à obra uma dimensão coletiva. Crianças não dependem somente de predisposição biológica ou escolhas familiares; dependem também de acesso a informação, serviços odontológicos, diagnóstico e encaminhamento oportuno. Aonde o cuidado chega tarde, fatores modificáveis podem permanecer ativos por tempo prolongado. Por isso, discutir má oclusão infantil também significa discutir equidade, vigilância em saúde bucal, educação preventiva e responsabilidade social.

A pergunta inicial da obra, portanto, encontra uma resposta integrada: a má oclusão infantil importa porque interfere em modos concretos de viver a infância. Ela pode afetar o alimento que a criança consegue mastigar, a forma como pronuncia palavras, o modo como respira, a segurança com que sorri, o conforto com que dorme e a confiança com que participa das relações sociais. Nenhuma dessas dimensões deve ser analisada de maneira isolada.

O cuidado mais qualificado é aquele que reconhece a criança antes de reconhecer a mordida. A técnica odontológica mantém sua relevância, mas ganha sentido quando aplicada com escuta, prudência e responsabilidade. Diagnosticar, prevenir e intervir não são atos meramente operatórios; são formas de proteger o desenvolvimento infantil em sua complexidade biológica, emocional e social.

Ao encerrar esta obra, permanece uma afirmação central: a má oclusão infantil precisa ser vista com seriedade clínica e sensibilidade humana. Cada alteração oclusal carrega uma

possibilidade de cuidado. Cada consulta pode revelar um risco ainda silencioso. Cada orientação familiar pode evitar agravamentos. Cada intervenção bem indicada pode preservar função, conforto e autoestima. Cuidar da oclusão em desenvolvimento é, em última instância, cuidar das condições pelas quais a criança cresce, se expressa, convive e ocupa seu lugar no mundo.

GLOSSÁRIO

Acompanhamento longitudinal

Observação clínica realizada ao longo do tempo, permitindo comparar fases do crescimento, evolução da dentição, persistência de hábitos e possíveis mudanças na oclusão.

Apinhamento dentário

Condição em que não há espaço suficiente na arcada para o alinhamento adequado dos dentes. Pode ocorrer na dentição decídua, mista ou permanente, exigindo avaliação conforme idade, estágio eruptivo e severidade.

Arcada dentária

Conjunto de dentes organizados em formato de arco na maxila e na mandíbula. A relação entre as arcadas influencia mastigação, fala, estética facial e estabilidade oclusal.

Atenção primária em saúde bucal

Nível de cuidado voltado à prevenção, orientação, diagnóstico inicial, acompanhamento e encaminhamento de condições bucais. Na infância, pode contribuir para identificar precocemente sinais de má oclusão.

Articulação temporomandibular

Estrutura articular que conecta a mandíbula ao osso temporal do crânio, permitindo movimentos mandibulares necessários à mastigação, fala, deglutição e abertura bucal. Sua função relaciona-se ao equilíbrio do sistema estomatognático e pode ser influenciada por alterações oclusais, musculares ou funcionais.

Bases ósseas

Estruturas ósseas que sustentam os dentes, especialmente maxila e mandíbula. Alterações no crescimento dessas bases podem contribuir para discrepâncias esqueléticas e más oclusões.

Biofilme dentário

Comunidade de microrganismos aderida à superfície dos dentes. Quando não controlado pela higiene bucal, pode favorecer cárie, gengivite e outras alterações que interferem na saúde bucal infantil.

Cárie dentária

Doença biofilme-açúcar dependente que provoca perda mineral dos tecidos dentários. Em crianças, pode levar à destruição de dentes decíduos, dor, infecção e perdas precoces, com possíveis repercussões oclusais.

Classe II

Relação anteroposterior em que há desarmonia entre maxila e mandíbula, frequentemente associada à retrusão mandibular, protrusão maxilar ou combinação entre fatores dentários e esqueléticos.

Classe III

Relação anteroposterior caracterizada por tendência de crescimento mandibular acentuado, deficiência maxilar ou associação entre componentes ósseos e dentários.

Crescimento mandibular

Processo de desenvolvimento da mandíbula durante a infância e adolescência. Alterações em seu ritmo ou direção podem influenciar a relação entre as arcadas.

Crescimento maxilar

Processo de desenvolvimento da maxila, estrutura óssea superior da face. Sua forma e dimensão participam da organização dos arcos dentários, da respiração e da relação oclusal.

Deglutição atípica

Padrão alterado de deglutição, geralmente associado à postura inadequada da língua durante o ato de engolir. Pode interferir na estabilidade dos dentes e contribuir para alterações oclusais.

Dentição decídua

Conjunto de dentes temporários da infância. Esses dentes participam da mastigação, da fala, da preservação de espaço e da orientação da erupção dos dentes permanentes.

Dentição mista

Fase em que dentes decíduos e permanentes coexistem na boca. É um período relevante para diagnóstico precoce, acompanhamento da erupção e identificação de alterações oclusais.

Desenvolvimento craniofacial

Processo de crescimento e organização das estruturas da face, do crânio, da maxila, da mandíbula, dos músculos e das funções orais durante a infância.

Desvio mandibular funcional

Movimento compensatório da mandíbula durante o fechamento bucal, geralmente associado a interferências oclusais, como mordida cruzada posterior. Pode alterar a simetria funcional da mastigação.

Determinantes sociais da saúde

Condições sociais, econômicas, educacionais e territoriais que influenciam o acesso ao cuidado, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das condições de saúde, incluindo a saúde bucal.

Diagnóstico precoce

Reconhecimento antecipado de sinais clínicos que podem indicar risco ou presença de má oclusão. Não significa tratamento imediato em todos os casos, mas avaliação técnica e acompanhamento adequado.

Diastema fisiológico

Espaço entre dentes considerado compatível com determinadas fases do desenvolvimento infantil, especialmente na dentição decídua e mista. Sua presença pode favorecer a acomodação futura dos dentes permanentes, desde que esteja dentro dos padrões esperados para a idade e para o estágio eruptivo da criança.

Discrepância esquelética

Desarmonia entre as bases ósseas da face, especialmente entre maxila e mandíbula. Pode influenciar a relação entre as arcadas e exigir acompanhamento especializado.

Equidade em saúde

Princípio que reconhece desigualdades entre pessoas e grupos, orientando ações capazes de oferecer mais cuidado a quem apresenta maior necessidade ou menor acesso aos serviços.

Erupção dentária

Processo pelo qual os dentes surgem na cavidade bucal. Alterações na sequência, no tempo ou na direção de erupção podem interferir no desenvolvimento da oclusão.

Espaços primatas

Espaços naturais presentes na dentição decídua, geralmente localizados entre incisivo lateral e canino superiores, e entre canino e primeiro molar decíduo inferiores. Esses espaços participam da organização da dentição em desenvolvimento e podem contribuir para a acomodação dos dentes permanentes durante a transição eruptiva.

Funções orais

Conjunto de atividades realizadas pela boca e pelas estruturas associadas, como mastigação, fala, respiração, deglutição, sucção e expressão facial.

Hábitos de sucção não nutritiva

Hábitos de sucção sem finalidade alimentar, como chupeta e sucção digital. Quando prolongados, podem interferir no desenvolvimento da oclusão e das funções musculares.

Hábitos orais deletérios

Hábitos que, quando persistentes ou intensos, podem interferir no equilíbrio dentário e muscular. Incluem sucção digital, uso prolongado de chupeta, interposição lingual e respiração oral.

Incompetência labial

Dificuldade de manter os lábios fechados em repouso sem esforço. Pode estar associada a respiração oral, alterações musculares, protrusão dentária ou padrões faciais específicos.

Interposição lingual

Posicionamento inadequado da língua entre os dentes, especialmente durante fala, repouso ou deglutição. Pode estar associada à mordida aberta e a alterações funcionais.

Má oclusão severa

Alteração oclusal com maior grau de comprometimento dentário, esquelético, funcional ou estético. Sua avaliação deve considerar impacto na mastigação, fala, respiração, conforto e qualidade de vida.

Má oclusão

Alteração na relação entre dentes, arcadas e bases ósseas. Pode envolver mordida aberta, mordida cruzada, mordida profunda, apinhamento, sobressaliência aumentada e discrepâncias entre maxila e mandíbula.

Manutenção de espaço

Conduta destinada a preservar o espaço deixado por um dente decíduo perdido precocemente, quando houver indicação clínica. Pode prevenir migração dentária e falta de espaço para o dente permanente.

Mastigação unilateral

Padrão em que a criança mastiga predominantemente de um lado. Pode estar relacionado a dor, interferência oclusal, perda dentária, mordida cruzada ou hábito funcional.

Mordida aberta anterior

Alteração em que os dentes anteriores superiores e inferiores não se tocam durante o fechamento bucal. Pode interferir na incisão dos alimentos, na fala e na estética do sorriso.

Mordida cruzada

Alteração na relação transversal entre dentes superiores e inferiores. Pode ocorrer na região anterior ou posterior e, em alguns casos, estar associada a desvio mandibular funcional.

Mordida profunda

Condição em que os incisivos superiores recobrem excessivamente os incisivos inferiores. Pode estar associada a trauma gengival, desgaste dentário ou desconforto funcional.

Oclusão dentária

Relação entre os dentes superiores e inferiores quando as arcadas entram em contato. Envolve dentes, músculos, articulações, bases ósseas e funções orais.

Odontologia preventiva

Área voltada à preservação da saúde bucal por meio de ações educativas, controle de fatores de risco, acompanhamento regular, prevenção da cárie e identificação precoce de alterações.

Odontopediatria

Especialidade odontológica dedicada ao cuidado da saúde bucal de bebês, crianças e adolescentes, considerando crescimento, desenvolvimento, prevenção, comportamento infantil e orientação familiar.

Ortodontia interceptiva

Atuação realizada durante o desenvolvimento da dentição para impedir progressão de alterações oclusais, reduzir desequilíbrios e favorecer condições mais adequadas de crescimento.

Ortodontia preventiva

Conjunto de medidas destinadas a preservar condições favoráveis ao desenvolvimento da oclusão, como controle de hábitos, preservação de dentes decíduos, manutenção de espaço e acompanhamento da erupção.

Padrão facial

Conjunto de características relacionadas ao crescimento e à forma da face. Pode influenciar a relação entre maxila, mandíbula, dentes, perfil e estética facial.

Palato ogival

Alteração caracterizada por palato alto e estreito. Pode estar associada a respiração oral, mordida cruzada posterior e alterações no desenvolvimento transversal da maxila.

Perda precoce de dentes decíduos

Perda de dentes de leite antes do período esperado de substituição natural. Pode ocorrer por cárie, trauma ou extração, favorecendo perda de espaço e alterações eruptivas.

Plano de tratamento individualizado

Organização das condutas clínicas conforme as características da criança, idade, estágio de dentição, severidade da alteração, fatores etiológicos, condições familiares e objetivos terapêuticos.

Postura lingual

Posição habitual da língua em repouso, fala e deglutição. Quando inadequada, pode interferir no equilíbrio muscular e na estabilidade da oclusão.

Prevenção em saúde bucal

Conjunto de medidas destinadas a evitar doenças, reduzir riscos e preservar funções bucais. Inclui higiene, flúor, orientação alimentar, acompanhamento odontológico e controle de fatores associados à má oclusão.

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal

Conceito que analisa como condições bucais interferem no bem-estar físico, emocional e social. Inclui dor, função, estética, autoestima, convivência e percepção subjetiva da criança ou da família.

Respiração oral

Padrão respiratório em que a criança respira predominantemente pela boca. Pode estar associado a alterações musculares, postura lingual inadequada, ressecamento bucal e mudanças no desenvolvimento orofacial.

Risco de trauma dentário

Possibilidade aumentada de lesões nos dentes, especialmente em casos de sobressaliência acentuada, protrusão dos incisivos superiores ou selamento labial insuficiente.

Selamento labial

Capacidade de manter os lábios fechados em repouso, sem esforço excessivo. Sua ausência pode indicar alteração muscular, respiratória ou postural.

Sistema estomatognático

Conjunto de estruturas relacionadas à mastigação, fala, respiração, deglutição e expressão facial. Inclui dentes, ossos, músculos, articulações, língua, lábios e tecidos de suporte.

Sobressaliência aumentada

Distância horizontal acentuada entre incisivos superiores e inferiores. Pode estar relacionada a discrepâncias entre maxila e mandíbula, hábitos orais ou inclinação dentária.

Sucção digital

Hábito de chupar dedo. Quando persiste por tempo prolongado, pode interferir na posição dos dentes, no desenvolvimento dos arcos e na relação entre as arcadas.

Tratamento interceptivo

Intervenção realizada durante o desenvolvimento da dentição para modificar uma alteração em curso, impedir agravamentos e favorecer melhor equilíbrio funcional e oclusal.

Variação fisiológica do desenvolvimento

Alteração transitória compatível com determinada fase de crescimento ou erupção dentária. Deve ser diferenciada de sinais clínicos que indicam risco ou necessidade de intervenção.

Vigilância em saúde bucal

Acompanhamento das condições de saúde bucal da população para orientar ações preventivas, políticas públicas, diagnóstico e organização dos serviços odontológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry.** In: AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry.** Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry, 2025. p. 497-515. Disponível em: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_developdentition.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. SB Brasil 2023: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal:** relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb_brasil_2023_relatorio_final_1edrev.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica:** aprovado pela Resolução CFO n. 118/2012. Brasília, DF: Conselho Federal de Odontologia, 2012. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/código_etica.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

GATTO, Renata Colturato Joaquim et al. **The relationship between oral health-related quality of life, the need for orthodontic treatment and bullying among Brazilian teenagers.** Dental Press Journal of Orthodontics, Maringá, v. 24, n. 2, p. 73-80, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-6709.24.2.073-080.oar>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpjo/a/gjHh9HWfHDwxSwsXNsdQrVK/?lang=en>. Acesso em: 29 maio 2026.

GHODASRA, Rea; BRIZUELA, Melina. **Orthodontics, Malocclusion**. In: STATPEARLS. StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK592395/>. Acesso em: 29 maio 2026.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PAEDIATRIC DENTISTRY. **Management of the developing dentition: foundational articles and recommendations**. [S. l.]: International Association of Paediatric Dentistry, 2022. Disponível em: https://iapdworld.org/wp-content/uploads/2022/08/2022_17_management-of-the-developing-dentition.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

KATIB, Hattan S. et al. **Influence of oral habits on pediatric malocclusion: etiology and preventive approaches**. Cureus, Palo Alto, v. 16, n. 11, e72995, 2024. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.72995>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11617490/>. Acesso em: 29 maio 2026.

KRAGT, Lea et al. **The impact of malocclusions on oral health-related quality of life in children: a systematic review and meta-analysis**. Clinical Oral Investigations, Berlin, v. 20, n. 8, p. 1881-1894, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00784-015-1681-3>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26635095/>. Acesso em: 29 maio 2026.

SEEHRA, Jadbinder et al. **Bullying in orthodontic patients and its relationship to malocclusion, self-esteem and oral health-related quality of life**. Journal of Orthodontics, London, v. 38, n. 4, p. 247-256, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1179/14653121141641>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22156180/>. Acesso em: 29 maio 2026.

SIMÕES, Roberto Cuchiara et al. **Impact of malocclusion on oral health-related quality of life of 8-12 years old schoolchildren in Southern Brazil.** Brazilian Dental Journal, Ribeirão Preto, v. 28, n. 1, p. 105-112, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6440201701278>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bdj/a/TdDBJtBHbmMJs6RZvXk79tq/>. Acesso em: 29 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030.** Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>. Acesso em: 29 maio 2026.

ZOU, Jing et al. **Common dental diseases in children and malocclusion.** International Journal of Oral Science, London, v. 10, artigo 7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41368-018-0012-3>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41368-018-0012-3>. Acesso em: 29 maio 2026.



A má oclusão infantil vai muito além do alinhamento dos dentes. Trata-se de uma condição que pode influenciar funções essenciais do desenvolvimento, como mastigação, respiração, fala e deglutição, além de impactar a autoestima, a convivência social e a qualidade de vida das crianças.

Com uma abordagem científica, acessível e humanizada, esta obra convida o leitor a compreender a importância do diagnóstico precoce e das estratégias preventivas para a promoção da saúde bucal infantil.

Ao longo dos capítulos, Carolina Guedes apresenta uma análise integrada das causas, consequências e possibilidades de intervenção relacionadas à má oclusão, articulando conhecimentos da Ortodontia, da Odontopediatria e da Saúde Pública.

Destinado a profissionais, estudantes e interessados na área da saúde, o livro evidencia que cuidar da oclusão infantil significa também cuidar do desenvolvimento, do bem-estar e das oportunidades de uma infância mais saudável, reforçando o papel da Odontologia como instrumento de prevenção, inclusão e qualidade de vida.

