

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Laísia Dianne de Macedo Dantas

**TRATAMENTO ORTODÔNTICO DE CORREÇÃO DE CLASSE II DIVISÃO 2
UTILIZANDO A PRESCRIÇÃO DE CAPELOZZA – RELATO DE CASO**

NATAL

2016

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Laísia Dianne de Macedo Dantas

TRATAMENTO ORTODÔNTICO DE CORREÇÃO DE CLASSE II DIVISÃO 2
UTILIZANDO A PRESCRIÇÃO DE CAPELOZZA – RELATO DE CASO

Artigo científico apresentado ao Curso de Especialização *Latu Sensu* da Faculdade Sete Lagoas (FACSETE), como requisito parcial para conclusão do curso de Ortodontia

Área de concentração: Ortodontia

Orientador: Prof. Mr. Mauro Antônio Macedo de Oliveira

NATAL

2016

TRATAMENTO ORTODÔNTICO DE CORREÇÃO DE CLASSE II DIVISÃO 2 UTILIZANDO A PRESCRIÇÃO DE CAPELOZZA – RELATO DE CASO

DANTAS, Laísia Dianne de Macedo.¹
OLIVEIRA, Mauro Antônio Macedo de.²

Resumo: A Ortodontia oferece diversas possibilidades de tratamento para os pacientes com maloclusão de classe II, podendo envolver o uso de aparelhos ortopédicos, propulsor mandibular, elásticos intermaxilares, prescrições variáveis de bráquetes, exodontias e, em casos mais severos, cirurgia ortognática. Com a evolução dos estudos, surgiram variações nas prescrições dos bráquetes propostos por Andrews na técnica Straight-wire, incluindo as mudanças propostas por Capellozza, que elaborou opções para o tratamento dos padrões I, II e III, respeitando as compensações dentárias já existentes ou necessárias. O presente artigo tem o objetivo de mostrar, por meio de um caso clínico, o tratamento compensatório de uma maloclusão de classe II divisão 2 com deficiência mandibular, por meio do uso de bráquetes com prescrição de Capellozza padrão II e elásticos intermaxilares, como alternativa ao uso de propulsor mandibular. O resultado do tratamento foi satisfatório, visto que permitiu manter as compensações dentárias já existentes e disfarçar as discrepâncias esqueléticas.

Palavras-chave: Maloclusão. Ortodontia corretiva. Classe II.

1. INTRODUÇÃO

A oclusopatia de classe II é caracterizada por uma posição distal do arco inferior em relação ao superior, causada por um relacionamento ântero-posterior deficiente entre as bases apicais. As alterações estruturais neste tipo de maloclusão incluem retrognatismo mandibular, prognatismo mandibular ou uma relação de ambos (CRUZ; PELEGRINI; SANTOS, 2014). A retrusão mandibular é a causa mais frequente desse tipo de maloclusão, estando presente em 33,10% dos indivíduos na dentadura decídua e 41% na permanente (CAPELOZZA FILHO, 2011).

A ortodontia oferece diversas possibilidades de tratamento para indivíduos padrão II, que podem variar de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento dos mesmos, associação com outro tipo de problema oclusal, cooperação e aceitabilidade do paciente, dentre outros fatores (CAPELOZZA FILHO, 2011; CRUZ; PELEGRINI; SANTOS, 2014).

¹ Aluna do Curso de Pós-graduação em nível de Especialização em Ortodontia da Faculdade Sete Lagoas (FACSETE), no Centro de Pós-graduação em Odontologia (CPO, Natal/RN).

² Professor Mestre no Curso de Pós-graduação em nível de Especialização em Ortodontia da Faculdade Sete Lagoas (FACSETE), no Centro de Pós-graduação em Odontologia (CPO, Natal/RN).

Com a evolução conceitual que a ortodontia sofreu nos últimos anos, os profissionais passaram a adotar planos de tratamento mais individualizados, utilizando não apenas dados cefalométricos para diagnóstico, como também as características faciais e a morfologia das estruturas craniofaciais. Essa tendência não inclui apenas o diagnóstico, mas outras áreas da especialidade, buscando um bom posicionamento dentário durante e ao final do tratamento, através de prescrições variáveis de bráquetes (ALMEIDA; URSI, 2011).

As prescrições de Capellozza Filho para tratamento compensatório das maloclusões foram estabelecidas a partir das de Andrews, alterando algumas inclinações e angulações dentárias, para estabelecer a prescrição relacionada ao padrão I e, com esta, constituir as prescrições para os padrões II e III. Segundo o autor, os bráquetes para a prescrição para o padrão II foram desenhados para tentar manter as inclinações características da compensação natural. As alterações consistem numa maior angulação vestibular para os incisivos inferiores, além de menor inclinação para os incisivos superiores. Tais mudanças foram necessárias para que fosse possível vestibularizar os dentes anteriores inferiores, manter ou lingualizar os incisivos superiores e reduzir a inclinação e angulação dos caninos superiores (CAPELOZZA FILHO, 2011).

As variações nas inclinações dos dentes são o fator mais importante a considerar na individualização de bráquetes, considerando a manutenção ou introdução das compensações nos casos de classe II, devendo-se fazer esse manejo nas fases iniciais de alinhamento e nivelamento. O movimento de compensação natural dos dentes, que ocorre durante o desenvolvimento da oclusão, é favorecido pelo uso de fios redondos, através da escolha do diagrama adequado e de estratégias mecânicas como o uso de elásticos intermaxilares (CAPELOZZA FILHO et al, 2012).

Diante da lógica observada na filosofia de Capellozza Filho, o presente artigo objetiva explicar sobre esta forma de tratamento individualizado, através do relato de um caso clínico.

2. RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, com 22 anos e 6 meses de idade, procurou tratamento ortodôntico tendo como queixa principal a posição vestibularizada dos

incisivos laterais superiores. Na análise facial frontal, apresentava leve assimetria facial, terço inferior aumentado, selamento labial passivo e sulco nasogeniano suave (fig. 1). Na análise facial lateral, observou-se perfil convexo, retrusão maxilar (ângulo nasolabial aberto e linha de implantação do nariz um pouco verticalizada), mandíbula deficiente (sulco mentolabial marcado), e linha queixo-pescoço boa (fig. 2).

Na avaliação oclusal, a paciente apresentava dentição permanente com presença dos terceiros molares, relação molar e de caninos em classe II, moderado apinhamento anteroinferior, vestibularização dos incisivos laterais superiores, linha média coincidente e bom transpasse horizontal e vertical. Observou-se ainda que os pré-molares encontravam-se em posição de meia classe II e que havia compatibilidade morfológica entre as arcadas superior e inferior (fig. 3-7).

Observando-se a radiografia panorâmica, verificou-se que todos os dentes encontravam-se hígidos, com os terceiros molares completamente irrompidos e boa morfologia óssea (fig. 8). As radiografias periapicais iniciais dos incisivos superiores e inferiores mostraram raízes em forma cônica e íntegras (fig. 9).

A telerradiografia revelou a compensação natural dos incisivos (incisivos centrais superiores verticalizados e inferiores vestibularizados), mandíbula deficiente e em posição mais vertical (tendência de crescimento das bases ósseas no sentido horário) (fig. 10).

Os traçados cefalométricos requisitados (análises USP, McNamara e Jarabak) confirmaram tratar-se de uma paciente dolicofacial, com tendência de crescimento craniofacial vertical, angulação dos incisivos inferiores para vestibular, incisivos superiores lingualizados e retrusão mandibular.

Figura 1 - Fotografia facial frontal



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 2 – Fotografia facial de perfil



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 3 – Fotografia intrabucal frontal



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 4 – Fotografia intrabucal lateral direita



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 5 – Fotografia intrabucal lateral esquerda



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 6 – Fotografia intrabucal oclusal superior



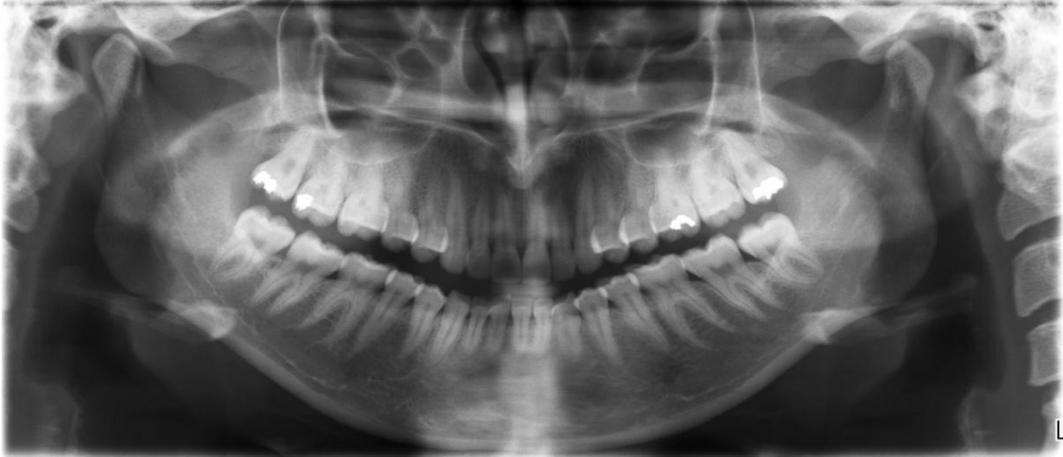
Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 7 – Fotografia intrabucal oclusal inferior



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 8 – Radiografia panorâmica



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 9 – Radiografia periapical



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 10 – Telerradiografia



Fonte: Acervo pessoal do autor

Após a reunião dos exames radiográficos, cefalométricos, análise oclusal e facial, foi possível elaborar o diagnóstico da paciente e traçar um plano de tratamento para a mesma. Trata-se de uma paciente jovem, padrão II, dolicofacial, com face agradável, deficiência mandibular moderada, maloclusão de classe II divisão 2 e incisivos compensados. Considerando as limitações impostas pelo padrão facial, idade e colaboração da paciente, o prognóstico para o tratamento conservador desse caso era favorável.

O plano terapêutico para este caso envolveu um tratamento ortodôntico compensatório com intenção corretiva, com alinhamento e nivelamento pleno das arcadas superior e inferior e correção da classe II, embasada na filosofia de tratamento de Capelozza Filho. Como não existiam queixas quanto à face por parte da paciente e a mesma mostrou-se relutante à ideia de uso de aparelhos ortopédicos para protração mandibular, optou-se pela tentativa de resolução da oclusão apenas por meio do uso de elásticos intermaxilares. Caso não fosse verificado um resultado satisfatório, a utilização desse tipo de aparelho seria novamente cogitada.

O objetivo era corrigir o problema oclusal sem necessidade de extrações, distalizando os dentes superiores com o uso de elásticos intermaxilares em posição diagonal (dos caninos superiores para os primeiros molares inferiores), o que levaria à mesialização dos dentes inferiores e daria uma posição mais anterior para a mandíbula. Os primeiros molares superiores foram bandados com tubos triplos vestibulares e os primeiros e segundos molares inferiores receberam tubo de colagem vestibular simples. Foram colados bráquetes com prescrição Capelozza padrão II em ambas as arcadas, para manter a compensação natural dos incisivos.

O tratamento iniciou-se na arcada inferior, com o alinhamento e nivelamento com fios de níquel-titânio. Quando começou o uso de fios rígidos (aço), instalou-se o aparelho na arcada superior, mas os incisivos não foram envolvidos na mecânica, para que os incisivos centrais não vestibularizassem. Então, de início, o fio passou por dobras (bypass) que livravam os incisivos, enquanto os demais eram alinhados e nivelados (fig. 11). Desgastes (slice) com broca diamantada cônica 2200FF foram feitos nas faces distais dos caninos superiores e os elásticos intermaxilares (5/16" leve) começaram a ser utilizados desde o momento da instalação do aparelho superior, para que a distalização dos dentes fosse iniciada e permitisse o surgimento de espaço para o posterior alinhamento dos incisivos. Isso permitiu que, na consulta

seguinte à instalação superior, o fio pudesse passar pelos slots de todos os dentes, utilizando mecânica sobre fio para incluir e alinhar os incisivos superiores.

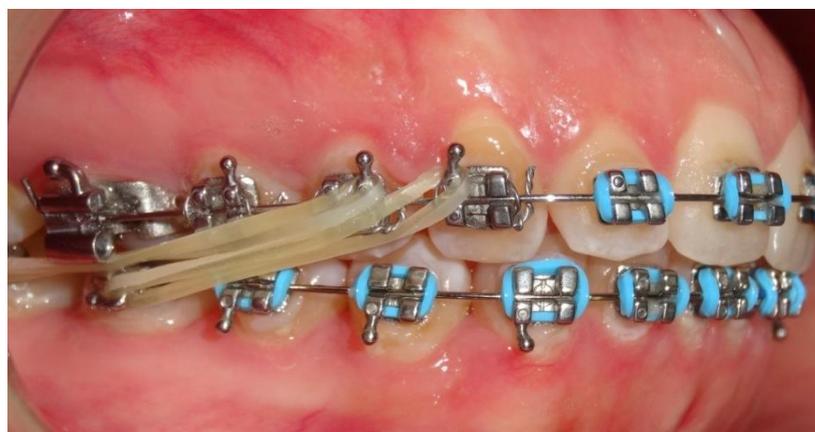
Decorridos onze meses de tratamento, com o nivelamento superior e inferior já tendo atingido o fio de aço .017"x.025" e os elásticos intermaxilares para classe II passados de 5/16" leve para 3/16" médio, optou-se por usar dois elásticos 3/16" pesado de cada lado, sendo o primeiro elástico colocado de canino superior a primeiro molar inferior e o segundo elástico de primeiro pré-molar superior a segundo molar inferior (fig. 12 e 13). Após oito meses, um gancho foi colocado no fio superior, à mesial dos caninos, para que o primeiro elástico agisse diretamente no fio, para potencializar o efeito de distalização (fig. 14 e 15). Vale ressaltar que questões pessoais da paciente fizeram com que a mesma diminuísse a colaboração com o uso dos elásticos em algumas fases do tratamento, retardando o resultado.

Figura 11 – Bypass livrando os incisivos superiores



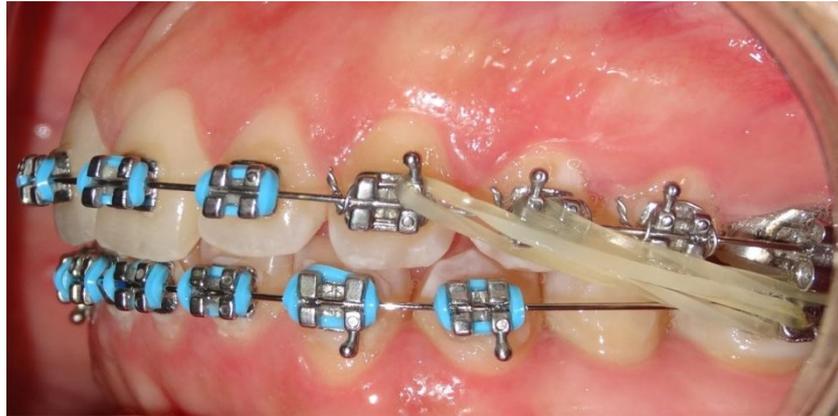
Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 12 – Elástico duplo para classe II, lado direito



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 13 – Elástico duplo para classe II, lado esquerdo



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 14 – Ganchos para elástico de classe II, lado direito



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 15 - Ganchos para elástico de classe II, lado esquerdo



Fonte: Acervo pessoal do autor

Após essa fase, foram solicitadas radiografias finais e feitas dobras de finalização para refinamento do resultado, para que o aparelho fixo pudesse ser removido, após 23 meses de tratamento ortodôntico. Contenções ortodônticas foram instaladas, do tipo placa de Hawley superior e contenção fixa 3x3 higiênica inferior.

O uso da meta terapêutica descrita permitiu a finalização do caso em classe I de molar e canino direito, ficando o canino esquerdo com menos de $\frac{1}{4}$ de classe II, visto que a paciente relatou não poder mais dar continuidade ao tratamento. A telerradiografia e as fotos faciais finais mostraram que houve um avanço mandibular considerável, melhorando o perfil da paciente (fig.16-23).

Figura 16 – Fotografia facial frontal final



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 17 – Fotografia facial lateral final



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 18 – Fotografia intrabucal frontal final



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 19 – Fotografia intrabucal lateral direita final



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 20 – Fotografia intrabucal lateral esquerda final



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 21 – Fotografia intrabucal oclusal superior final



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 22 – Fotografia intrabucal oclusal inferior final



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 23 – Telerradiografia final



Fonte: Acervo pessoal do autor

3 DISCUSSÃO

Em 1899, Angle desenvolveu o primeiro relato científico abordando diagnóstico e características morfológicas das maloclusões, baseado essencialmente as relações dentárias. Considerava que, como a maxila e os primeiros molares superiores estavam fixos à base do crânio, deveriam ser considerados como referência para sua classificação. Então, relacionou com os molares inferiores e definiu a maloclusão de classe II como um posicionamento distal do primeiro molar inferior em relação ao primeiro molar superior (BARBOSA, 2013; VALARELLI, 2006).

A partir das delimitações da maloclusão classe II, determinou-se duas subdivisões. Na divisão 1, os incisivos superiores encontram-se alongados e vestibularizados e a arcada superior apresenta-se estreita. Na divisão 2, os incisivos centrais superiores estão em posição praticamente normal ou ligeiramente verticalizados, enquanto os incisivos laterais superiores apresentam-se inclinados para vestibular e para mesial, geralmente com um pequeno grau de apinhamento, e a arcada superior com menor estado de estreitamento em relação aos casos de classe II divisão 1 (BARBOSA, 2013).

Apesar da praticidade da classificação proposta por Angle, considerando apenas a relação ântero-posterior, diversos autores viram a necessidade de pesquisar as diversas alterações morfológicas envolvidas na maloclusão de classe II, analisando as alterações sagitais relacionadas a este problema. Observou-se que os casos de classe II podem envolver a presença isolada de prognatismo maxilar, retrognatismo mandibular, retrusão de dentes inferiores e protrusão dos superiores ou a combinação desses fatores, sendo mais frequente o retrognatismo mandibular, que representa 41% dos casos de classe II em dentadura permanente (BARBOSA, 2013; CAPELOZZA FILHO et al, 2012; VALARELLI, 2006).

O tratamento de maloclusões de classe II divisão 2 pode envolver vários métodos, dependendo das alterações encontradas, da base óssea em que se encontra a discrepância ântero-posterior e da fase de crescimento do indivíduo. Pode-se optar pelo uso de protradores mandibulares, distalizadores, exodontias de quatro pré-molares ou de dois pré-molares superiores, aparelhos ortopédicos, mecânicas com elásticos intermaxilares e até cirurgia ortognática, em casos severos (PRADEBON, 2013; URQUIZA, 2012).

Nos casos que envolvem deficiência mandibular, o avanço de mandíbula é o procedimento básico para o plano de tratamento, proporcionando uma considerável compensação dentoalveolar, que se torna mais expressiva à medida que o paciente passa da fase de surto de crescimento (BICALHO, 2007; CAPELOZZA, 2011). No entanto, no caso em questão, a paciente mostrou-se resistente à ideia do uso desse tipo de aparelho, o que tornou necessária a mudança da meta terapêutica, dando preferência ao uso de elásticos intermaxilares para correção da classe II.

O protocolo de tratamento usando elásticos de classe II dispensa a realização de exodontias e promove uma compensação dentária para disfarçar a discrepância entre as bases ósseas, através de movimentações dentárias (FREIRE, 2011). O elástico intermaxilar para correção de classe II deve ser colocado em posição oblíqua, geralmente envolvendo primeiros molares inferiores e caninos superiores. O efeito do uso desses elásticos é variável, visto que sofre influência do tempo de uso e da intensidade da força empregada. Na arcada superior, causam lingualização e extrusão dos incisivos e distalização de todos os dentes, e, na arcada inferior, levam à vestibularização dos incisivos e à mesialização de todos os dentes, além de favorecer uma pequena extrusão dos primeiros molares inferiores e permitir um movimento da mandíbula para mesial (PREUSS, 2013; JONES *et al*, 2008). O uso dessa mecânica de elásticos neste caso clínico produziu os efeitos esperados, o que pôde ser observado nas fotografias finais da paciente, onde nota-se uma posição mais anterior da mandíbula em relação às fotos iniciais.

O uso de elásticos intermaxilares está associado a efeitos colaterais, sendo mais comuns o giro mesial dos molares inferiores e a reabsorção radicular. O giro mesial dos molares acontece porque a força dispensada pelos elásticos atua distante do centro de resistência destes dentes, fazendo com que surjam momentos de força, o que gera uma tendência de inclinação para lingual e de rotação para mesial (PREUSS, 2013). Consolaro (2012) afirmou que a movimentação dentária induzida é a causa mais frequente de reabsorções radiculares e que o uso dos elásticos intermaxilares seria um dos fatores principais para a ocorrência deste tipo de efeito colateral, devendo ser evitado. No entanto, Preuss (2013) reforça que os efeitos desejáveis dos elásticos não devem ser ignorados e ressalta a importância da associação de outros recursos que possam se contrapor aos efeitos indesejados, como o uso de fios retangulares rígidos, stops nas mesiais dos tubos dos molares, arcos linguais ou palatinos, entre outros.

A técnica Straight-wire foi proposta inicialmente por Andrews, na segunda metade do século XX, e sofreu diversas alterações nos valores de prescrição por muitos autores. Ela trouxe incontestáveis avanços para os tratamentos em ortodontia, visto que minimizou a necessidade de dobras nos fios ortodônticos, através do uso de bráquetes programados, ou construídos individualmente para cada dente, objetivando o posicionamento ideal dos dentes no final do tratamento (CAPELOZZA FILHO *et al*, 1999; FERES; MAZZIEIRO; LANDRE JÚNIOR, 2009).

Para tratamento compensatório de pacientes com alteração de bases ósseas aceitável, Capellozza sugeriu valores específicos de prescrição, visando corrigir a oclusão respeitando as compensações já existentes ou necessárias, mesmo na presença de discrepâncias esqueléticas. O autor sugeriu três tipos de prescrições, uma voltada para os casos com relação maxilo-mandibular normal ou padrão I, e outras duas para os casos em que há alterações esqueléticas, padrão II e III (FATTORI; MALTAGLIATI; CAPELOZZA FILHO, 2010).

Na maloclusão de classe II, pode-se permitir à arcada inferior expressar a tendência de expansão característica da técnica Straight-wire, de forma que os incisivos inferiores consigam buscar contato com os incisivos superiores. No entanto, na arcada superior, deve haver total controle sobre movimentações que possam favorecer a vestibularização e protrusão dos dentes anteriores, para que não haja a piora da maloclusão. A prescrição para o padrão II, que foi a escolhida para o tratamento relatado neste artigo, favorece a manutenção de inclinação vestibular dos dentes anteriores inferiores, enquanto busca manter a inclinação para lingual dos incisivos superiores, com menor angulação para os caninos superiores (ALMEIDA; URSI, 2011; CAPELOZZA FILHO; CAPELOZZA, 2004). Assim, as compensações dentárias próprias da paciente puderam ser mantidas.

Ao idealizar a prescrição padrão II, Capellozza considerou essencial a mecânica com elásticos intermaxilares para esse tipo de tratamento, pois é um ótimo meio de controlar a inclinação e protrusão dos incisivos superiores durante as fases iniciais do tratamento. Apesar de não haver obrigatoriedade de associação desse tipo de bráquete com os elásticos de classe II, é importante sua combinação com algum recurso ortodôntico que se ajuste a esse pensamento terapêutico, principalmente nos casos de compensação significativa (ALMEIDA; URSI, 2011).

O tratamento com o uso de bráquetes com prescrição Capellozza para padrão II e elásticos intermaxilares levou à resolução da relação sagital de classe II

do lado direito, enquanto no lado esquerdo ficou faltando um pouco de correção, diante da impossibilidade da continuidade do tratamento por parte da paciente. No entanto, diante dos resultados observados neste caso e em outros casos da literatura, pode-se confiar nestes métodos para compensar casos de pacientes em classe II com perfil aceitável, sem necessidade de exodontias.

A inclinação vestibular aumentada dos incisivos inferiores ao final do tratamento ortodôntico pode ser considerada como um objetivo do tipo de prescrição utilizada e está dentro do conceito de normal aceitável para pacientes padrão II com deficiência mandibular (CAPELOZZA FILHO, 2011).

4 CONCLUSÃO

Através da apresentação deste caso clínico, pode-se concluir que os bráquetes com prescrição de Capelozza para o padrão II são eficazes para o tratamento compensatório de maloclusões de classe II por deficiência mandibular sem grandes discrepâncias, visto que permitem a manutenção das compensações dentárias naturais dos pacientes e ajudam a disfarçar as alterações esqueléticas.

ORTHODONTIC TREATMENT FOR CORRECTION OF CLASS II DIVISION 2 USING THE CAPELOZZA PRESCRIPTION - CASE REPORT

Abstract: Orthodontics offers several treatment options for patients with class II malocclusion and may involve the use of orthopedic devices, mandibular propellant, intermaxillary elastics, variable prescriptions of brackets, tooth extractions and, in more severe cases, orthognathic surgery. With the evolution of the studies, emerged variations on the prescriptions of brackets proposed by Andrews in the Straight-wire technique, including changes proposed by Capelozza, which elaborated options for the treatment of patterns I, II and III, respecting the dental compensations existing or necessary . This article aims to show, through a case report, the compensatory treatment of Class II division 2 malocclusion with mandibular deficiency, through the use of brackets with prescription pattern II Capelozza and intermaxillary elastics as an alternative to use of mandibular propellant. The outcome was satisfactory, since it allowed keep the existing dental compensations and disguise the skeletal discrepancies.

Key words: Malocclusion. Corrective orthodontics. Class II.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Guilherme de Araújo; URSI, Weber. Considerações mecânicas para tratamentos ortodônticos compensatórios de más oclusões de classes II e III. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 10, n. 5, p. 22-37, 2011. Disponível em:

http://drguilhermealmeida.com.br/media/conteudo/files/Artigo_Compensacao.pdf. Acesso em: 22 jan. 2016.

BARBOSA, Jurandir. **Ortodontia com excelência na busca da perfeição clínica**. 1ª edição. Nova Odessa: Napoleão, 2013.

BICALHO, Jaime Sampaio; BICALHO, Rafael de Faria. Utilização do APM no tratamento da má oclusão de classe II, 2ª divisão, em paciente adulto. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 99-106, 2007. Disponível em: < <http://www.dentalpress.com.br/cms/wp-content/uploads/2009/01/v06n0107a041.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

CAPELOZZA FILHO, Leopoldino. Individualização de bráquetes na técnica de Straight-Wire: revisão de conceitos e sugestão de indicações para uso. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 4, n. 4, p. 87-106, 1999. Disponível em: < <http://www.dentalpress.com.br/cms/wp-content/uploads/2008/02/topico-5.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

_____. **Metas terapêuticas individualizadas**. 1ª edição. Maringá: Dental Press, 2011. V. 1.

CAPELOZZA FILHO, Leopoldino; GONÇALVES, Ana Lurdes Conte Acunha; LEAL, Leanne Matias Portela; *et al.* Aparelho de protração mandibular Forsus no tratamento das más oclusões do padrão II. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 79-91, 2012.

CONSOLARO, Alberto. **Reabsorções dentárias nas especialidades clínicas**. 3ª edição. Maringá: Dental Press, 2012.

CRUZ, Ana Cláudia de Oliveira; PELEGRINI, Luciana Paula; SANTOS, Priscila Rossi. **A importância da ortodontia preventiva e interceptativa**. 2014. 31p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) – Curso de Odontologia, Faculdade de Pindamonhangaba, Pindamonhangaba, 2014. Disponível em:

<http://177.107.89.34:8080/jspui/bitstream/123456789/230/1/CruzPelegriSantos.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2016.

FATTORI, Liana; MALTAGLIATTI, Liliana Ávila; CAPELOZZA FILHO, Leopoldino. Avaliação da inclinação dentária no tratamento compensatório do padrão II com tomografia computadorizada. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 15, n. 5, p. 118-129, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v15n5/14.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

FERES, Murilo Fernando Neuppmann; MAZZIEIRO, Ênio Tonani; LANDRE JÚNIOR, Janes. Estudo comparativo de diferentes prescrições de bráquetes pré-ajustados em

modelos virtuais pelo Método de Elementos Finitos. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 53-65, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/dpress/v14n4/a06v14n4.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

FREIRE, Eduardo Brasileiro. **Tratamento da maloclusão classe II divisão 2 com elásticos intermaxilares**. 2011. 49f. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização (Especialista em Ortodontia) – Programa de Pós-Graduação em Ortodontia, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Contagem, 2011. Disponível em: < http://www.cursospos.com.br/arquivos_biblioteca/39da09a68a43fc0e7242eb9c09b0d1431b3906ec.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2016.

JONES, G; BUSCHANG, PH; KIM, KB; *et al.* Class II non-extraction patients treated with the Forsus Fatigue Resistant Device versus intermaxillary elastics. **Revista Angle Orthodontist**, Nova York, v. 78, n. 2, 332-338, 2008.

PRADEBON, Marcos. **Tratamento da má oclusão de classe II: revisão de literatura**. 2013. 49f. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização (Especialista em Ortodontia) – Programa de Pós-Graduação em Ortodontia, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Santa Cruz do Sul, 2013. Disponível em: <http://www.institutoalonso.com.br/monografia/665f84ea57c3bdb06981cb489bbd2477.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2016.

PREUSS, Renata Araújo. **Elásticos intermaxilares no tratamento da má oclusão de classe II sem extração**. 2013. 26f. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização (Especialista em Ortodontia) – Programa de Pós-Graduação em Ortodontia, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Cuiabá, 2013. Disponível em: < http://www.cursospos.com.br/arquivos_biblioteca/01315c46d1f31b3307e9b958bc318f2e7ac2068d.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2016.

URQUIZA, Valdir Moron. **Tratamento de má oclusão classe II**. 2012. 75f. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização (Especialista em Ortodontia) – Programa de Pós-Graduação em Ortodontia, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.cursospos.com.br/arquivos_biblioteca/779317b5b9de6d716bc105d03af9fa30f8f4410d.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2016.

VALARELLI, Fabrício Pinelli. **Relação entre o grau de severidade e o sucesso do tratamento sem extração da má oclusão de classe II**. 2006. 203 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25134/tde-15042009-092546/pt-br.php>>. Acesso em: 22 jan. 2016.