

**FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE**

**JULIANA FERNANDES GONÇALVES SOARES**

**TRATAMENTO COMPENSATÓRIO DA MÁ OCLUSÃO DE  
CLASSE II, COM USO DE ELÁSTICO INTERMAXILARES.  
RELATO DE CASO CLÍNICO.**

**SETE LAGOAS  
2018**

# TRATAMENTO COMPENSATÓRIO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II, COM USO DE ELÁSTICO INTERMAXILARES.RELATO DE CASO CLÍNICO

Juliana Fernandes Gonçalves Soares<sup>1</sup>  
Sidnei Maurilio Prando<sup>2</sup>  
Vera Aparecida Parelli<sup>3</sup>  
Maria Helena Venuto<sup>4</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar os resultados obtidos do tratamento ortodôntico compensatório em uma paciente portadora de Classe II dentária e Classe I esquelética. **Resultados:** Após o estudo do caso, observamos a necessidade da realização de um tratamento que atendesse as queixas da paciente, a qual solicitava que não houvesse qualquer comprometimento do perfil facial. Diante destas observações a opção pelo tratamento compensatório com a utilização de elásticos, foi a escolhida, a qual permitiu um resultado bastante satisfatório. **Palavras chaves:** Má oclusão de classe II. Tratamento compensatório da Classe II. Elásticos ortodônticos.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the results obtained from compensatory orthodontic treatment in a patient with Class II dental and Class I skeletal. **Results:** After the study of the case, we observed the need to perform a treatment that answered the patient's complaints, which requested that there was no impairment of the facial profile. In view of these observations, the option for the compensatory treatment with the use of elastics was chosen, which allowed a very satisfactory result.

**Keywords:** Class II malocclusion. Class II compensatory treatment.

## INTRODUÇÃO

A má oclusão de classe II, segundo Angle, é caracterizada como um posicionamento distal do primeiro molar inferior e de todo o arco inferior, em relação ao primeiro molar superior, sendo uma discrepância dentária anteroposterior associada ou não a alterações esqueléticas.

Os indivíduos que apresentam essa má oclusão, tendem a ter a mandíbula atresica em relação a maxila, que repercute em uma convexidade do perfil mole facial.

---

<sup>1</sup>Especializando em Ortodontia pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); graduada em Odontologia pela PUC Minas.

<sup>2</sup>Especialista em Ortodontia pela APCD São Paulo; graduado em Odontologia pela UNESP-Araraquara/SP. Orientador.

<sup>3</sup>Mestre em Ortodontia pela UNIMAR/SP; graduada em Odontologia pela UNESP-Araraquara/SP. Co-orientadora.

<sup>4</sup>Especialista em Ortodontia pela CIODONTO ; graduada em Odontologia pela faculdade UNIFENAS- Examinadora

As discrepâncias maxilomandibulares podem relacionar-se à presença isolada ou à combinação do retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar, retrusão dos dentes inferiores e protusão dos dentes superiores. Porém, esse desequilíbrio ântero-posterior entre as bases ósseas apresenta uma grande tendência para um retrognatismo mandibular (HENRIQUES, 2014).

A classe II de Angle, possui duas divisões: sendo a 1ª divisão caracterizada pela sobressaliência excessiva e o overbite provavelmente acentuado. Características essas que conseqüentemente refletem nas ações dos músculos mentonianos, que frequentemente estão em hiperatividade, devido a contração para elevar o orbicular dos lábios e manter o selamento labial. A 2ª divisão, é representada pelo overbite acentuado, função labial normal e vestibulo versão dos incisivos laterais superiores (JANNUZZI, 2012).

Podemos encontrar a relação de Classe II dentária, em diferentes padrões de crescimento facial, porém cerca de 70% dos pacientes que apresentam essa má oclusão, também apresentam padrão facial tipo II, que caracteriza-se pela deficiência mandibular (HOLZ *et al.*, 2015).

Com a evolução dos estudos e dos tratamentos, podemos dizer que existem várias opções terapêuticas para os pacientes portadores dessa má oclusão, que apresenta alta incidência na população, sendo uma das mais frequentes. Um estudo realizado com pacientes brasileiros, encontrou uma porcentagem de 48% em crianças e 42% em adultos (FERREIRA *et al.*, 2016).

O mecanismo de correção das más oclusões envolve alterações predominantemente dentoalveolares (JASON *et al.*, 2009).

A avaliação dos fatores envolvidos em uma má oclusão vai definir seu prognóstico e sua terapêutica. Os objetivos do tratamento e suas possibilidades, são planejadas de acordo com a localização do erro, etiologia ambiental e/ou genética, gravidade da má oclusão e principalmente da idade do paciente. As possibilidades desse tipo de tratamento podem variar de ortocirúrgico um tratamento compensatório, realizado com extrações dentárias, uso de aparelhos funcionais fixos, distalizadores intrabucais e com uso de elásticos intermaxilares associados ao aparelho fixo (TOTTOLI SEGUNDO, 2017).

Resultante de fatores ósseos, dentários, ou pela combinação de ambos, a identificação da origem dessa má oclusão é necessária para desenvolver um

plano de tratamento adequado, com dispositivos que favoreçam a meta terapêutica(PREISLER, 2016).

Estudos sobre a má oclusão de classe II, indicam que os planos de tratamento que envolvem exodontia dentária, os pacientes devem necessariamente, apresentarem verdadeira biprotusão ou necessidade de correção da relação ântero-posterior dos arcos dentários (JASON, 2005).

Os pacientes que não estão mais na fase de crescimento e que apresentam um perfil retruso ou reto, não apresentam indicação de extrações, pois essas podem refletir em um aumento do ângulo nasolabial, resultante de uma retrusão labial, sendo indicado o tratamento compensatório com uso de elásticos intermaxilares, com base na retração dos incisivos superiores (FERREIRA *et al.*, 2016).

## DESENVOLVIMENTO

### Relato de caso clínico

A paciente, com 27 anos de idade, gênero feminino, realizou consulta buscando tratamento ortodôntico, devido a vestibuloversão do incisivo lateral superior direito. Apresentava simetria facial, selamento passivo dos lábios, respiração e dicção normais. Bom estado geral de saúde e sem histórico de doença sistêmica. Não relatou habito postural, e apresentava perfil convexo.



**Figura 1:**Fotos de frente com divisão dos terços da face proporcionais, e foto de perfil.

Na análise intrabucal, observou se má oclusão Classe II, divisão 2, subdivisão direita, com severidade moderada, com overbite acentuado,

vestibuloversão dos incisivos laterais superiores, linha média inferior desviada para a direita, dente 35 girovertido, ausência do dente 45, curva de Spee acentuada, plano oclusal inclinado, diastemas anteroinferiores. Sobressaliência presente de 2mm e sobremordida de 4mm.

Na manipulação da mandíbula, não apresentava desvios funcionais da posição de relação cêntrica para a de máxima intercuspidação habitual.



**Figura 2:**Fotos iniciais intrabucal lado direito, frente, e lado esquerdo.

Nas radiografias panorâmica e telerradiografia de perfil iniciais, foram observadas, ausências dos dentes 28, 18, 38 e 45, restaurações nos dentes 16 e 17, 26 e 27, 26 e 37, 46 e 47, maxila protruída em relação à base do crânio ( $SNA=86^\circ$ ) e mandíbula protruída em relação à base do crânio ( $SNB=84^\circ$ ), padrão esquelético Classe I, com o  $ANB = 2^\circ$  entre as bases, e crescimento mandibular, no sentido vertical, normal ( $SN-GoGn= 21^\circ$  Braquifacial,  $FMA= 16^\circ$  Braquifacial).

Observou-se verticalização dos incisivos ( $1/.NA= 13^\circ$  incisivos superiores palatinizados e  $1/.NB= 26^\circ$  incisivos inferiores levemente vestibularizados),



**Figura 3:** Foto da radiografia panorâmica inicial ao tratamento (09/06/2016).



**Figura 4:** Foto da telerradiografia de perfil inicial ao tratamento (09/06/2016).

ANÁLISE		LATERAL
PADRÃO USP		
FATOR	NORM	INICIAL

	A CLÍNICA	A
F.NP	88° ± 1	89°
NAP	0° ± 2	9°
SNA	82°	86°
SNB	80°	84°
ANB	2°	2°
SND	76°	82°
NS.GN	67°	61°
NS.PLo	14°	13°
NS.GoGn	32°	21°
GoGn.PLo	18°	8°
1 / . / 1	131°	139°
1/ . NS	103°	98°
1/ . NA	22°	13°
1/ - NA	4 mm	0 mm
/1 . NB	25°	26°
/1 - NB	4 mm	1 mm
/1 - NP	0 mm	2 mm
1/ - órbita	5 mm	- 4 mm
/1 - linha I	0 mm	- 1 mm
H.NB	9-12°	20°
H-nariz	9-11mm	5 mm
P-NB	0 mm	4 mm
Eminência Mentoniana	8 mm	3 mm
FMA	25°	16°
FMIA	68°	62°
IMPA	87°	103°

**Figura 5:** Tabela análise cefalométrica padrão USP.

Na avaliação facial, apresentava perfil padrão I, com selamento labial passivo, ausência de assimetrias significativas e terços faciais proporcionais,

Considerando ser um tratamento em paciente adulto, com perfil facial harmonioso, os objetivos do tratamento incluíram compensar a discrepância dentária anteroposterior com o uso de elástico de Classe II, além de manter o posicionamento vertical, transverso e anteroposterior das bases ósseas. Foram planejados também, o estabelecimento da relação de chave de oclusão nos molares e nos caninos, para obtenção do alinhamento dental e contatos justapostos para correção do desvio da linha média inferior, redução da sobressaliência e sobremordida, e nivelamento do plano oclusal, além de proporcionar espaço protético para implante do elemento 45, e assim promover melhora significativa na estética do sorriso.

Foi acordado desde o início do planejamento que o tratamento seria compensatório, devido a deficiência na região do mento, bem como o efeito indesejável que possíveis extrações causariam ao perfil, comprometendo assim a estética facial ao final do tratamento.

Nesse tipo de má oclusão, o tratamento compensatório dos dentes poderia ser realizado com o uso de elásticos intermaxilares ou com o uso de aparelhos propulsores mandibulares, como por exemplo o APM, ou PMW ou mesmo o Forsus entre outros.

Os profissionais juntamente com a paciente, optaram pelo uso dos elásticos com a total cooperação por parte da paciente.

Após o diagnóstico e plano de tratamento, foi realizada a montagem do aparelho ortodôntico fixo (estético safira, *slot 0,022*), utilizando-se a sequência de arcos termo, NiTi e aço inoxidável, bem como o uso de elástico intermaxilar.

A utilização de mola de NiTi aberta foi solicitada para a recuperação do espaço protético onde futuramente seria instalado implante do elemento 45.

Após término do tratamento ativo, planejou-se a utilização da placa Hawley superior e inferior. Na placa de Hawley inferior foi solicitado também a inclusão de uma porção acrílica para a estabilização do espaço protético obtido. Após a finalização total do caso, já com o implante finalizado será instalado também a contenção inferior barra Inter caninos (3x3).

A paciente foi informada sobre os cuidados com o uso do aparelho bem como quanto a higiene.



Inicialmente foi feita a montagem do aparelho ortodôntico fixo *slot 0,022*, no arco superior com tubos acessórios nos primeiros molares e fio termo ativado 0.14”;

Realizou a montagem do arco inferior com tubos acessórios até os segundos molares e fio NiTi termo ativado 0.14”; foram feitos batentes de resina nos molares inferiores esquerdos, com objetivo de ajustar da inclinação do plano oclusal e correção da sobremordida profunda. E colagem de botões posicionados mais mesialmente, na face lingual dos dentes 36 e no dente 35, tiveram a finalidade de promover um binário auxiliar de forças para rotação do dente 35 (Fig. 6).

Foram atendidas a sequência de fios para o alinhamento e nivelamento sendo os fios 0,016x 0,022” NiTi termo ativado e o0,019x0,025”NiTi. Nessa fase do tratamento, foi incorporado o uso de elásticos de Classe II, 3/16”Médio, com força de 50 gramas no período diurno e noturno, retirado somente para alimentação e higiene (Fig. 7). Os resultados foram obtidos em 4 meses onde observamos o posicionamento ideal dos caninos e molares em Classe I de Angle. Nesse período foi utilizado também, mola aberta de NiTi, entre os dentes 46 e 44, para abertura de espaço para o implante do dente 45 e ajuste da linha média desviada para a direita (Fig. 8).

Na finalização foram utilizados fios 0,019x0,025” aço inoxidável nos arcos superior e inferior para refinamento do caso.

Ao final, foram confeccionadas contenção superior e inferior removíveis do tipo placa Hawley.



**Figura 6:** Botões posicionados mais mesialmente, na face lingual dos dentes 36 e no dente 35, tiveram a finalidade de promover um binário auxiliar de forças para rotação do dente 35.



**Figura 7:**Uso do elástico 3/16 médio classe II.



**Figura 8:**Uso da mola de NiTi aberta para obtenção de espaço para o implante do dente 45 e ajuste da linha média desviada para a direita.





**Figura 9:** Foto após o tratamento ortodôntico.

Avaliando-se os registros finais, podemos observar que foram alcançados os objetivos propostos pelo plano de tratamento, obtendo uma intercuspidação dentária estável e um bom resultado estético. No exame funcional, não houve sinais e sintomas de disfunção articular. O perfil apresentou suave melhora. Obteve-se a oclusão em chave de oclusão em caninos e molares, contatos justapostos, ausência de rotações, dentes bem posicionados na tabua óssea, trespasse vertical e horizontal corretos.



**Figura 10:** Fotos após finalização do tratamento ortodôntico.

Devido a correção da inclinação dos incisivos superiores, houve na maxila uma pequena alteração anteroposterior representada pela movimentação do ponto A.

ANÁLISE LATERAL PADRÃO USP			
FATOR	NORMA CLÍNICA	INICIAL	FINAL
F.NP	88 ° ± 1	89°	85°
NAP	0° ±2	9°	5°
SNA	82°	86°	80°
SNB	80°	84°	75°
ANB	2°	2°	3°
SND	76°	82°	75°
NS.GN	67°	61°	69°
NS.PLo	14°	13°	17°
NS.GoGn	32°	21°	28°
GoGn.PLo	18°	8°	11°
1 / . / 1	131°	139°	124°
1/ . NS	103°	98°	100°
1/ . NA	22°	13°	26°
1/ - NA	4 mm	0 mm	2 mm
/1 . NB	25°	26°	33°
/1 - NB	4 mm	1 mm	2 mm
/1 - NP	0 mm	2 mm	1 mm
1/ - órbita	5 mm	- 4 mm	6 mm
/1 – linha I	0 mm	- 1 mm	-1 mm
H.NB	9-12°	20°	15°
H-nariz	9-11mm	5 mm	10 mm
P-NB	0 mm	4 mm	2 mm
Eminência Mentoniana	8 mm	3 mm	7 mm
FMA	25°	16°	20°
FMIA	68°	62°	52°
IMPA	87°	103°	107°

Figura 11: Tabela análisecefalométrica padrão USP.

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA DE RICKETTS					
	Normal 9 anos	Variavel/ Idade	Normal Idade	INICIAL	FINAL
Eixo Facial	90° ± 3	Não	X	100°	88°
Prof. Facial	87° ± 3	+1° / 3 anos	89°	69°	86°
Plano Mand.	26° ± 4	-1 / 3 anos	24°	16°	21°
Alt. Fac.Inf.	47° ± 4	Não	47°	41°	45°
Arco Mand.	26° ± 4	+0,5 / Ano	29°	49°	41°

Conv. ponto A	2mm ± 2	Não	0mm	2mm
Prof. Maxilar	90° ± 3	Não	91°	87°

Pos. Inc. Inf. 1 - Apo	1mm ± 2	Não	-2mm	0mm
Incl. Inc. Inf. 1.Apo	22° ± 4	Não	29°	33°
Pos. <u>6</u> - Ptv	Idade + 3	18mm	21mm	18mm
1.1	130° ± 6	Não	138°	124°
Plano Oclusal	1mm ± 2	Não	1mm	1mm
Pos.Inc.Sup. 1- Apo	4mm ± 2	Não	1mm	4mm
Incl. Inc.Sup. 1.Apo	28° ± 4	Não	12°	24°

**Figura 12:** Tabela análise cefalométrica padrão Ricketts.

## DISCUSSÃO

A descrição do presente caso clínico, relata o uso de elástico na correção da má oclusão de classe II, como alternativa ao tratamento de extração dentárias.

Os pacientes que não estão mais na fase de crescimento e que apresentam um perfil retruso ou reto, não apresentam indicação de extrações, pois essas podem refletir em um aumento do ângulo nasolabial, resultante de uma retrusão labial, sendo indicado o tratamento compensatório com uso de elásticos intermaxilares, com base na retração dos incisivos superiores (FERREIRA *et al.*, 2016).

Esse protocolo de tratamento compensatório em adultos, é caracterizado por ser de uma fase, onde realiza-se o tratamento ortodôntico com aparelhagem fixa e seus acessórios auxiliares, como exemplo os elásticos para Classe II (CANÇADO *et al.*, 2009).

Os elásticos Classe II, são utilizados apoiados na região do canino superior, até o primeiro ou segundo molar inferior. Estes podem ser fixados em ganchos presos ao fio de aço, ou diretamente no gancho do braquete e tubo do dente (LORIATO *et al.*, 2006).

Para selecionar um elástico de classe II, deve se levar em consideração, primeiramente, a distância dos ganchos no arco inferior ao arco superior e utilizar o dinamômetro de precisão (HENRIQUES *et al.*, 2003).

A aplicação de forças elásticas como resultante diretamente nos arcos, promove predominantemente, efeitos dentoalveolares, exercendo uma força distal nos dentes superiores e inclinação lingual dos incisivos, e no arco inferior uma força mesial com extrusão e rotação horária no plano oclusal inclinação vestibular dos incisivos inferiores (LORIATO *et al.*, 2006).

Estudos comparativos mostraram que as mudanças produzidas pelo uso o elástico de classe II, são semelhantes aos produzidos por aparelhos funcionais, quando usados a longo prazo. No curto prazo, os aparelhos funcionais ortopédicos fixo, alcançaram maiores alterações esqueléticas do que os elásticos de Classe II. Essa diferença é mais provável porque o aparelho fixo atua continuamente por 24 horas por dia, enquanto os elásticos atuam somente quando colocado em posição. Embora o uso dos elásticos possa ser recomendado para ser usado até 24 horas por dia, é provável que os pacientes usem apenas cerca de metade do tempo recomendado. Estes estudos mostraram não só que aos elásticos de classe II são eficazes na correção de más oclusões, mas também que as mudanças produzidas por esses

dispositivos são semelhantes aos dos aparelhos funcionais (JASON, *et al.*, 2013).

As alterações dentárias promovidas por esse protocolo de tratamento manifesta-se de forma mais efetiva no arco inferior, na tendência de compensar a deficiência mandibular, melhorando o perfil facial devido a mesialização e protusão dos dentes inferiores (TOTTOLI SEGUNDO, 2017).

A proporção do sucesso do tratamento compensatório da má oclusão é significativamente influenciado pela idade do paciente e seu grau de colaboração com o tratamento, já que o uso e troca diária dos elásticos, dependem exclusivamente dele (JASON *et al.*, 2009).

Quanto a idade, o tratamento ortodôntico em adultos, deve visar interferências mínimas com efetividade dos resultados dentro de um prazo relativamente curto, devido ao entrave pela decisão por parte do paciente, de tratar ou não devido ao tempo de uso do aparelho (AN LI, 2013).

Além da alternativa de tratamento com uso de elástico, poderiam se ter utilizados os aparelhos propulsores mandibular, como o Herbst, PMW, Forsus ou PMA, no entanto, devido a eficiência dos elásticos e a predisposição da paciente em colaborar com o tratamento, esse foi escolhido e aprovado.

Comparando os efeitos do uso dos elásticos aos efeitos do uso dos aparelhos propulsores, está a proclinação dos incisivos inferiores, e para avaliar as alterações ocorridas com o tratamento, foram obtidos os valores da análise cefalométrica padrão USP, inicial e final ao tratamento proposto, início em Agosto de 2016 e término em Abril de 2018.

Devido ao tratamento compensatório, os efeitos dentários foram muito maiores que os efeitos esqueléticos.

A visualização da inclinação dentária fica evidenciada pela medida 1/-NA que alterou com o tratamento 13 graus, passando do valor inicial de 13° e finalizando em 26°, sendo norma clínica, 22°.

Essa alteração ocorreu devido ao uso dos fios retangulares, durante a fase de uso dos elásticos classe II, para minimizar os efeitos indesejáveis e alcançarmos o objetivo compensatório.

A medida 1/-NA mostra que os incisivos superiores protruíram 2,0 mm em relação a linha NA, também como efeito dos fios retangulares no arco superior.

No arco inferior, já era esperado o efeito de vestibularização dos incisivos, e foi confirmado pelo aumento da medida /1. NB em 6 graus, passando do valor inicial de 26° para 33° ao final. Confirmando essa informação a medida do ângulo IMPA, que alterou em 4°, inicial em 103° e final 107°.

A distância entre o longo eixo e a linha NB diminuiu 9°.

No caso relatado, o uso de elástico produziu inclinação do plano oclusal, alterando o ângulo de 13° para 17°, aumento da altura facial anteroposterior, extrusão os incisivos superiores e melhora na inclinação que passou de -4mm para 6mm, mesialização dos molares inferiores melhorando a relação molar.

Quanto ao componente tegumentar, houve melhora no perfil mole indicada pelas medidas H-Nariz que passou de 5mm para 10mm ficando dentro da normalidade da análise e a medida H. NB passou de 20° para 15°. Houve melhora da eminência Mentoniana alterando a medida em mais 4 graus.

A característica relevante nesse caso, foi a eficiência do uso de elástico bem empregado, que resultou em uma ótima melhora nas relações oclusais, molar e canina, refletindo em melhora da estética dentária e do perfil mole da paciente. A avaliação clínica mostrou periodonto saudável, sem ausência de patologias oclusais, e uma oclusão com contatos simultâneos bilaterais em máxima intercuspidação habitual(MIH), obtenção das guias adequadas e relação cêntrica coincidente com MIH.

Para conseguirmos classificar o resultado de um tratamento ortodôntico como bem ou mal sucedido, um fator importante a considerar é a estabilidade do caso, dessa forma, o diagnóstico criterioso é importante para se desenvolver um plano de tratamento que propicia resultados estáveis, além da harmonização entre estética e função ideal (ARAKI,2007).

## **CONCLUSÃO**

Um bom planejamento do caso e a colaboração do paciente, mostra se útil o tratamento compensatório em paciente adulto, quando proposto o uso de elástico para correção da má oclusão de classe II, obtendo uma boa finalização e alcançando os objetivos esperados pelo profissional.



## REFERÊNCIAS

AN LI, T.; CARDOSO.M.A.; MALTAGLIATI.L.Á.; CAPELOZZA FILHO.L.Tratamento compensatório limitado de adulto com assimetria e má oclusão do Padrão III. Ver. Clin. Ortod. Dental Press 2013 abr-maio;12(2);24-40.

ARAKI, Janine Della Valle. Comparação cefalométrica da estabilidade do tratamento da má oclusão de Classe II realizado sem e com a extração de dois pré-molares superiores. 2007. Dissertação (Mestrado em Ortodontia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2007.

CANÇADO, R.H. et al. Eficiência dos protocolos de tratamento em uma e duas fases da má oclusão de classe II, divisão 1. Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial. Maringá,v14,n.1,p.61-79,jan./fev.2009.

FERREIRA, T.J.N.R. et al. Tratamento compensatório da má oclusão de Classe II com uso de elásticos intermaxilares. Press Publishing / Rev. Clin. Ortod. Dental Press. 2016. Out-No;15(5):74-84.

HENRIQUES, J.F.C.; HAYASABI.S.M.; HENRIQUES.R.P.;Elásticos ortodônticos: como selecioná-los e utilizá-los de maneira eficaz. J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial 2003;8(48): 471-5.

HENRIQUES. JFC. Estudo comparativo das alterações do tratamento da má oclusão de Classe II 1ª divisão de Angle, apresentando retrusão da mandíbula, com aparelhos ortopédico fixos, Revista da ACBO. 2014; 3(2).

HOLZ, I.S.; GUEDES.F.P.; OLIVEIRA.T.S.; CAPELOZZA FILHO.L.; CARDOSO.M.A.; Tratamento ortodôntico compensatório das más oclusões do padrão II com intenção corretiva: relato de caso. Dental Press Publishing / Rev. Clin. Ortod. Dental Press. 2015 out-nov;14(5):31-43.

IANNUZZI, C. C. P. (2012). Revisão dos protocolos de tratamento para a malocclusão de Classe II de Angle.

JASON, G. et al.Variáveis relevantes no tratamento da má oclusão de Classe II. Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial. Maringá,v14,n.4,p.149-157,jul./ago..2009.

JANSON, Marcos dos Reis Pereira. Influência das características cefalométricas na proporção de sucesso do tratamento da Classe II com extrações de dois e de quatro pré-molares. 2004. Dissertação (Mestrado em Ortodontia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2005.

JASON, G. et al. Correction of Class II malocclusion with Class II elastics: a systematic review.OrthodDentofacialOrthop. 2013 Mar;143(3):383-92.

LORIATO, L.B.; MACHADO.A.W.; PACHECO.W.; Considerações clínicas e biomecânicas de elásticos em ortodontia. Rev.Clin. Ortodon Dental Press , Maringá,v.5,n.1 - fev./mar. 2006.

PREISLER,A. 2016.Tratamento da má oclusão de classe II com Forsus: Relato de caso clínico.

RIBEIRO, P. R. C. Má oclusão Classe II, 2ª divisão de Angle, com sobremordida acentuada. Dental Press J. Orthod. V.15,no. 1,p. 132-143, Jan./Feb. 2010

TÓTTOLI SEGUNDO, H. (2017). Comparação dos efeitos tegumentares do tratamento da classe II com elásticos intermaxilares sem extração e com extração de dois pré-molares superiores. Universidade do Sagrado Coração.

## **AGRADECIMENTOS**

### *Deus*

Agradeço por me guiar, me abençoar, me proteger, por ser a razão da minha fé e com sua infinita bondade nunca desistir de mim

### *Aos meus amados*

Agradeço pelo amor, pelos ensinamentos, pelo árduo trabalho, por serem tão presentes e responsáveis pela minha trajetória estudantil e profissional, e sempre acreditarem no meu melhor. Amo vocês Mãezinha e Pai.

Aos meus irmãos, e ao André, agradeço ao incentivo e carinho.

Aos meus amigos de curso, obrigada pelo companheirismo e pela amizade que guardarei para sempre comigo.

Agradeço imensamente aos meus grandes professores Vera, Sidnei, Maria Helena, Manoel e Erika, a paciência e dedicação em transferir o conhecimento

da Ortodontia e do cuidado com o paciente, da melhor maneira, sendo amigos dos alunos e buscando nos tornar cada vez melhores.

Em especial, quem eu tanto admiro, meu orientador Professor Sidnei, agradeço a dedicação e o tempo disposto ao meu trabalho.

Agradeço a equipe da FACSETE pelo cuidado e pela disponibilidade.

## FACULDADE SETE LAGOAS

Monografia intitulada "***Tratamento compensatório da má oclusão de classe ii, com uso de elástico intermaxilares: Relato de caso clínico***" de autoria da aluna Juliana Fernandes Gonçalves Soares, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Sidnei Maurílio Prando- FACSETE – Orientador

---

Vera Aparecida Parelli– FACSETE - Coordenadora

---

Maria Helena Martins Álvares Venuto- FACSETE - Examinadora

Sete Lagoas, \_\_\_\_\_ de Outubro de 2018.