FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE
ESPECIALIZAÇÃO EM ORTODONTIA

ADRIANA APARECIDA DA SILVA FRANCISCO

MANEJO ORTODÔNTICO CONSERVADOR DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III EM PACIENTE ADOLECENTE:

Relato de caso clínico

Sete Lagoas
2025

ADRIANA APARECIDA DA SILVA FRANCISCO

MANEJO ORTODÔNTICO CONSERVADOR DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III EM PACIENTE ADOLECENTE:

Relato de caso clínico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de especialização em ortodontia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos de Lacerda França.

Área de concentração: Ortodontia

Sete Lagoas
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

Francisco, Adriana Aparecida da Silva.

F819m

Manejo ortodôntico conservador da má oclusão de classe III em paciente adolecente [manuscrito] : relato de caso clínico / Adriana Aparecida da Silva Francisco. – Sete Lagoas, 2025.

30 f. ; il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ortodontia) – Faculdade Sete Lagoas, Sete Lagoas-MG, 2025.
Orientador : Prof. Dr. Antônio Carlos França Lacerda

1. Ortodontia corretiva. 2. Má oclusão de classe III. 3. cirurgia ortognática. I. Título.
CDD – 617.643

Elaborado por Aurilene Araújo da Costa CRB 3/1272

ADRIANA APARECIDA DA SILVA FRANCISCO

MANEJO ORTODÔNTICO CONSERVADOR DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III EM PACIENTE ADOLECENTE:

Relato de caso clínico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de especialização em ortodontia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos de Lacerda França.

Área de concentração: Ortodontia

Aprovada em 19 de sestembro de 2025 pela banca constituída dos seguintes professores:

_____

Prof. Dr. Antônio Carlos de Lacerda França.
Orientador

_____

Profa. Ma. Valba Luz Augusto Oliveira
Examinadora

_____

Prof. Me. Paulo Roberto Pagano
Examinador

MANEJO ORTODÔNTICO CONSERVADOR DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III EM PACIENTE ADOLECENTE:
Relato de caso clínico

CONSERVATIVE ORTHODONTIC MANAGEMENT OF CLASS III MALOCCLUSION IN AN ADOLECENT PATIENT:
Case report

Adriana Aparecida da Silva Francisco

Antônio Carlos de Lacerda França.

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de tratamento ortodôntico compensatório da classe III, em um paciente adolescente na fase puberal. O paciente apresentava um padrão de crescimento desfavorável que colaborava para sua introspecção na escola. Os resultados dos dados cefalométricos apontaram um padrão de crescimento horizontal moderado e aumento do terço inferior da face. A arcada dentária apresentava desvio da linha média superior um milímetro para direita e a inferior desviada 1 milímetro para esquerda, mordida aberta posterior direita, classe III canina e molar do lado direito. Ao exame extraoral o paciente exibia perfil facial concavo sem desvio funcional da mandíbula. Para a correção da maloclusão foi contemplada duas etapas de tratamento, sendo a primeira para expansão da maxila utilizando um aparelho expansor tipo Hyrax, e a segunda foi realizada a colagem de aparelho fixo com braquetes Morelli Standard Edgewise slot .022", com a utilização de sequência fios ortodônticos diagramados e elásticos intermaxilares. O tratamento resultou na melhora significativa da relação maxilomandibular do paciente com chave de oclusão canina em classe I, correção da linha média superior e inferior e harmonia do perfil facial. Constatou-se que o tratamento ortodôntico compensatório conseguiu mascarar a discrepância esquelética por meio de movimentações dentárias, embora não tenha corrigido a causa óssea do problema esquelético da classe III.

Palavras-chave: Má oclusão de classe III; ortodontia corretiva; técnica de expansão palatina; prognatismo; cirurgia ortognática.

1 INTRODUÇÃO

A má oclusão de Classe III, é uma alteração de crescimento do sistema estomatognático, caracterizada pela discrepância anteroposterior entre a maxila e mandíbula. De modo geral, o paciente com essa má oclusão exibe uma característica facial alterada, com mordida cruzada anterior e proeminência da mandíbula gerando um formato côncavo a face. Essa condição se torna a principal razão para a busca de tratamento ortodôntico, principalmente pela insatisfação estética. (PANOU *et al.,* 2013).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1955), as irregularidades na posição dos dentes são classificadas como o terceiro problema de saúde bucal de relevância pública, sendo os primeiros, a cárie e doenças periodontais.

A má oclusão de classe III tem etiologia multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos e ambientais de acordo com (ANGLE, 1988).

Edward Hartley Angle (1899), desenvolveu um sistema divide a má oclusão em Classes, I, II e III, com base na relação anteroposterior dos primeiros molares permanentes superiores e inferiores para identificar e descrever os tipos de moloclusão. A má oclusão de Classe III é uma alteração dento facial relacionada ao desenvolvimento esquelético, geralmente associada ao prognatismo mandibular em relação à maxila e/ou à base do crânio. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo uma possível interação entre fatores genéticos, hereditários e influências ambientais. Além disso, hábitos biomecânicos como o ato de chupar dedo e/ou língua também podem contribuir para seu desenvolvimento (CLERCK, CAMPOS, 2013).

Autores sugerem que tais alteração maxilomandibulares tem origens distintas como fatores genéticos, hereditários, postural e respiratório (SALZMANN *et al*,.1978).

Na grande maioria dos casos os pai são quem procuram por tratamento especializado devido ao baixo rendimento escolar e baixa autoestima dos filhos, pois é amplamente reconhecido que a aparência facial tem grande influência na percepção da autoimagem (TRISTÃO *et al*., 2020).

Estudos apontam que pacientes que apresentam maloclusão de Classe III têm maior propensão a distúrbios de imagem corporal e até problemas psicossociais, especialmente na adolescência (SICARI, 2023).

A não Intervenção ortodôntica para corrigir o correto posicionamento maxillomandibular pode resultar em efeitos deletérios como prognatismo mandibular, retrognatismo maxilar ou combinação de ambos. (SUGAWARA, 2005).

Displasias faciais podem ser classificadas como prognatismo mandibular, retrognatismo maxilar ou uma combinação de ambos (ZERE,2018).

Para Graber (2015), uma verdadeira classe III é frequentemente hereditária, sendo identificada, quando existe uma discrepância real entre as bases ósseas, evidenciada por Cefalometria (ANB negativo, Wits negativo), produzindo um perfil facial côncavo. Se o problema persiste mesmo com o paciente em relação cêntrica e em oclusão habitual, a correção deve ser feita com ortodontia e cirurgia para os casos mais severos. Já na pseudo classe III, ocorre o desvio funcional da mandíbula evidenciando uma mordida cruzada anterior sem discrepância esquelética, geralmente pode ser corrigida com intervenção ortopédica ou ortodôntica precoce (GRABER; ZERE, 2018).

A falta de diagnóstico e planejamento precoce dessas condições pode levar a consequências clínicas graves. (HERAVI *et al*., 2016; SOUZA *et al*., 2018).

Segundo Sicari (2023) se não tratada, a má oclusão de Classe III, pode causar uma série de consequências funcionais, estruturais, estéticas, psicológicas ao longo do tempo especialmente se a discrepância for de origem esquelética verdadeira.

Em casos onde há deficiência maxilar associada à atresia do palato e obstrução nasal, poderá ocorrer o desenvolvimento da má oclusão de classe III severa e prejuízos funcionais como dificuldade mastigatória, sobrecarga muscular e articular, alterações na fala, interposição lingual, respiração bucal (MERHEB, 2024).

Devido uma sobrecarga funcional pode ocorrer Implicações na articulação temporomandibular (ATM) levando o paciente a perceber sinais e sitemaps como: estalidos, limitação na abertura de boca e dor na região da ATM (SIVIRICHIVI, 2023).

Tratamentos interceptivos tem sido um desafio, uma vez que nem todas as alterações podem ser totalmente corrigidas durante a fase de crescimento. Além disso, os resultados a longo prazo das diferentes abordagens therapeutic's podem variar conforme a tendência de crescimento individual de cada paciente (NIGAN, 2015).

Foi descrito por (SALZMANN *et al*. (1978) que fatores ambientais podem contribuir e influenciar o agravamento da maloclusão, hábitos posturais mandibulares incorretos, alteram patologicamente o posicionamento do côndilo mandibular na fossa mandibular e resulta no deslizamento da mandíbula para frente. Os hábitos prolongados de sucção ou repouso da língua, deglutição atípica, obstrução das vias aéreas nasais, respiração bucal, desvios funcionais mandibulares devido à necessidade respiratória, tamanho e formato da língua, vias aéreas faríngeas alteradas (amígdalas aumentadas, adenoides), perdas precoces de dentes decíduos, também são fatores desenvolvimento da classe III (SUGAWARA, 2005).

Uma característica clínica indicativa de desenvolvimento da classe III é um alongamento da face para frente e para baixo, causando uma mordida cruzada anterior (STELLZIG-EISENHAUER, 2002, p. 27).

Além disso, como destacaram Gonçalvez *et al.* (2006) o diagnóstico e intervenção em fases iniciais da dentição mista são cruciais, podem encurtar o tempo de tratamento, diminuir custos e prevenir a necessidade de procedimentos mais complexos. O grau de complexidade do tratamento está diretamente relacionado ao pico de crescimento osseo (CRUZ *et al.,* 2019).

Dado a complexidade de planejamento para esses casos, o tratamento compensatório é desafiador necessitando que o profissional possua conhecimento técnico aprofundado e capacidade de identificar qual o melhor momento para iniciar a interceptação (CRUZ, 2019).

Quando abordagens preventivas e interceptativas não são mais viáveis ou se mostram insuficientes, o tratamento ortocirúrgico continua sendo a melhor alternativa de tratamento (SOUZA *et al*., 2018).

A introdução de sistemas dispositivos de ancoragem esquelética, como os mini-implantes, revolucionou as possibilidades biomecânicas no tratamento de ancoragens ósseo, pois possibilitam resultados satisfatórios, maior controle de ancoragem, com menor incômodo para o paciente. (MONTEIRO; ZHOU, 2025).

Diagnósticos precoce, podem ser tratados com aparelhos ortopédicos, disjuntores, ortodontia convencional corretiva e até mesmo com dispositivos de ancoragem temporários (DATs) conhecidos como mini-implantes. Para pacientes adultos o mais indicado é a cirurgia ortognática, placas e parafusos (PRADO, 2014).

Esse trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de tratamento ortodôntico compensatório em paciente com má oclusão de classe III, na fase puberal com o pico de crescimento ósseo finalizado, avaliando sua contribuição para o

controle do movimento dentário e reposicionameto maxillomandibular visando reduzir a necessidade de intervenções cirúrgicas.

2 RELATO DE CASO

2.1 Anamnese

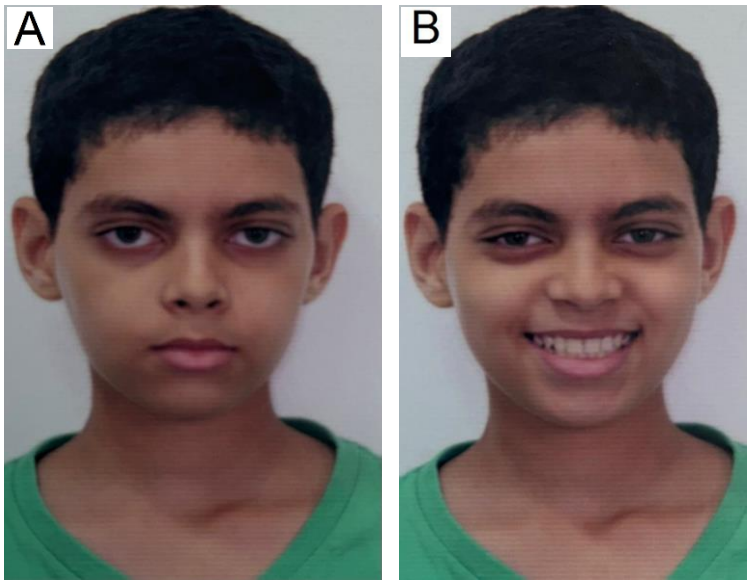
Para ilustração desse trabalho, será apresentado um caso clinico realizado no curso de especialização de ortodontia da faculdade Ceno na cidade de Salvador-BA.

O Paciente A.S. J.S, sexo masculino, 13 anos e três meses, cor parda, procurou a clínica de ortodontia CENO para avaliação ortodôntica para dar continuidade ao seu tratamento ortodôntico. Referia como queixa principal: “um comprometimento estético que causava constrangimento no convívio social”. O mesmo já era paciente da instituição desde 2015.

Seu histórico condizia com um bom estado de saúde geral e bucal. Na avaliação odontológica foi observado a presença de aparelho ortodôntico convencional já instalado.

No exame frontal extraoral feito em 2019, não foi observado grandes assimetrias faciais comparada a primeira documentação realizada em 2017, mas em ambas apresentava olheiras acentuadas e pobre proeminência zigomática (figura 1 A, B).

Figura 1- Fotografia Iniciais: (A) Frontal. (B) Frontal sorrindo, (2017).



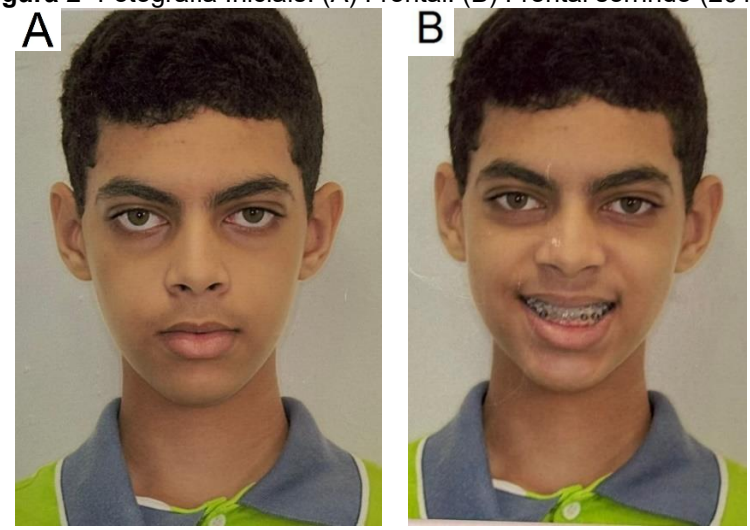
Fonte: Prontuário do paciente.

2.2 Exame clínico extraoral

Foi solicitado uma nova documentação ortodôntica em abril de 2019, para um novo planejamento ortodôntico.

Na análise facial frontal constatamos a presença de uma musculatura facial equilibrada com os terços médio e inferior proporcionais, perfil reto, padrão I facial, ausência de assimetrias significativas e selamento labial passivo. Importante observar a presença de olheiras acentuadas e pobre proeminência zigomática característica do crescimento facial padrão III (figura 2 A). Na fotografia do sorriso evidenciamos um sorriso simétrico com exposição total de coroa e uma leve everção de lábio inferior (figura 2 B). O paciente apresentava interposição lingual ao fazer deglutição.

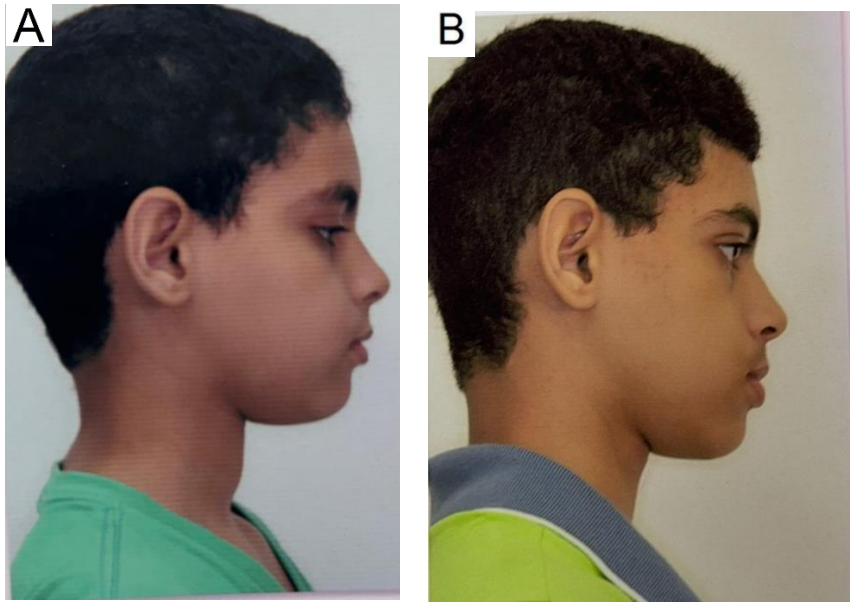
Figura 2- Fotografia Iniciais: (A) Frontal. (B) Frontal sorrindo (2019).



Fonte: Prontuário do paciente.

Em análise comparativa das fotografias de perfil direito, podemos observar um perfil reto em 2017 evoluindo para um perfil levemente côncavo, os ângulos nasolabial se mantiveram retos, ocorreu um ligeiro aumento na linha mento-pescoço (figura 3 A B).

Figura 3 – (A) Perfil do lado direito (2017). (B) Perfil do lado direito (2019).



Fonte: Prontuário do paciente.

Nas fotografias intraorais de 2017 em vista frontal verificamos a presença de diastema central entre incisivos superiores, linha média inferior desviada 1 milímetro para esquerda e mordida em topo entre os dentes 13 e 44 (figura 4 A).

Em vista lateral direita, a relação de molar estava em Classe III de Angle, e mordida em topo entre os dentes 13 e 44, 14 e 45, resultando em uma mordida aberta posterior do lado direito e mordida cruzada unitária do dente 15 (figura 4 B). Na vista lateral esquerda, observou-se relação de molar Classe III de Angle, giroversão do dente 35 e mordida aberta posterior do lado esquerdo. (figura 4 C).

Figura 4 - (A) Fotografia intraoral Vista frontal (2017)



Fonte: Prontuário do paciente.

Figura 4 - (B) Vista lateral direita (C) Vista lateral esquerda.

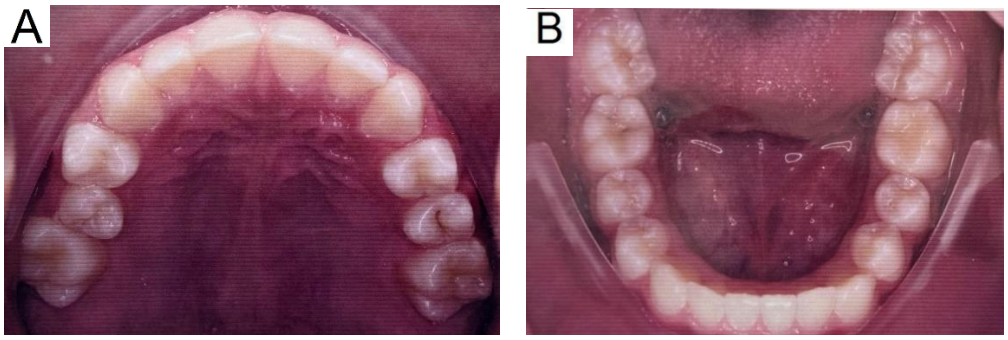
C



Fonte: Prontuário do paciente.

Na fotografia oclusal da maxila observou-se estreitamento maxilar (Palato profundo), palatinização do dente 15, diastema central entre incisivos centrais (figura 5 A). Na oclusal de mandíbula verificou giroversão do dente 35 (figura 5 B).

Figura 5 - Fotografias oclusais (A) Maxila. (B) Mandíbula (2017).

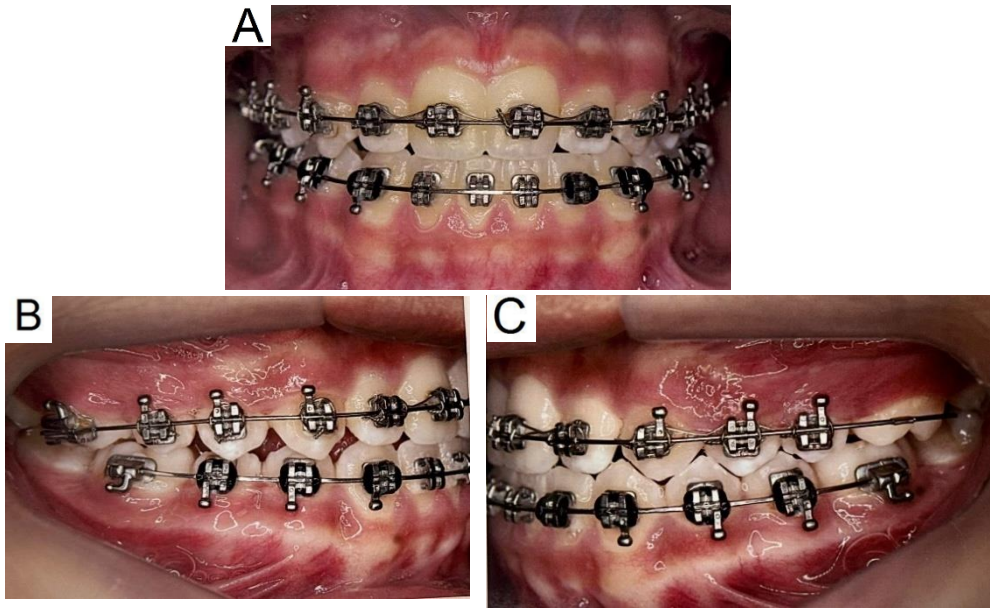


Fonte: Prontuário do paciente.

Na análise da fotografia intraoral frontal realizada em 2019, notamos ausência do diastema central entre incisivos superiores, desvio da linha média superior um milímetro para a direita e inferior desviada um milímetro para a esquerda de acordo com o plano sagital mediano, mordida em topo de incisivos (figura 6 A).

Na intraoral do lado direito, constatou-se uma relação de molar Classe III de Angle, mordida aberta posterior e correção da mordida cruzada unitária do dente 15 (figura 6 B). Vista lateral esquerda, observou-se relação de molar Classe III de Angle, correção da giroversão do dente 35 e ausência de mordida aberta posterior (figura 6 C).

Figura 6 - Fotografias intraorais (2019): (A) Vista frontal. (B) Vista lateral direita (C) Vista lateral esquerda.

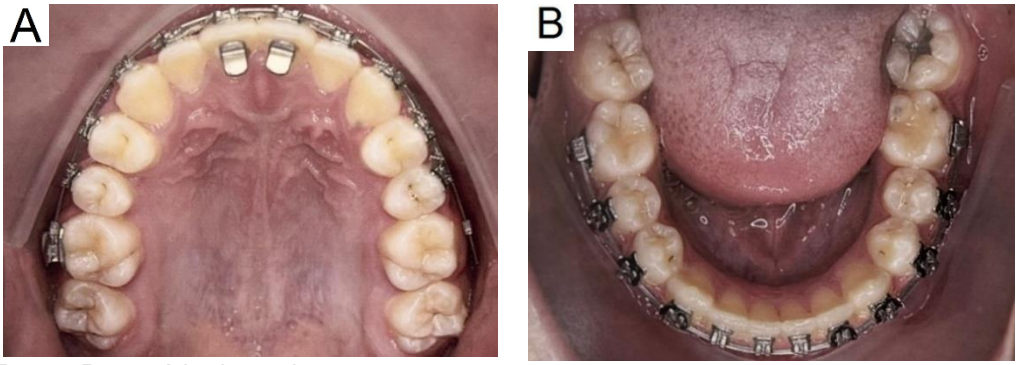


Fonte: Prontuário do paciente.

Na oclusal de maxila vemos a presença de todos dentes permanentes exceto os 3 molares 18, 28, palato expandido (palato raso), podemos notar a ausência de diastemas ou giroversões (figura 7 A). Na oclusal de mandíbula verificou presença da dentição permanente, ausência dos 3 molares 38, 48, leve giroversão do dente 47. (figura 7 B).

Comparando as fotografias da documentação realizada em (2017) para (2019) podemos observar que ocorreu efeitos transversais de expansão maxilar, fator determinante para melhorar a resposta sagital de avanço maxilar (Capelozza, 2008).

Figura 7 - Fotografias oclusais iniciais: (A) Maxila. (B) Mandíbula (2019).



Fonte: Prontuário do paciente.

2.3 Exames Radiográficos e Complementares

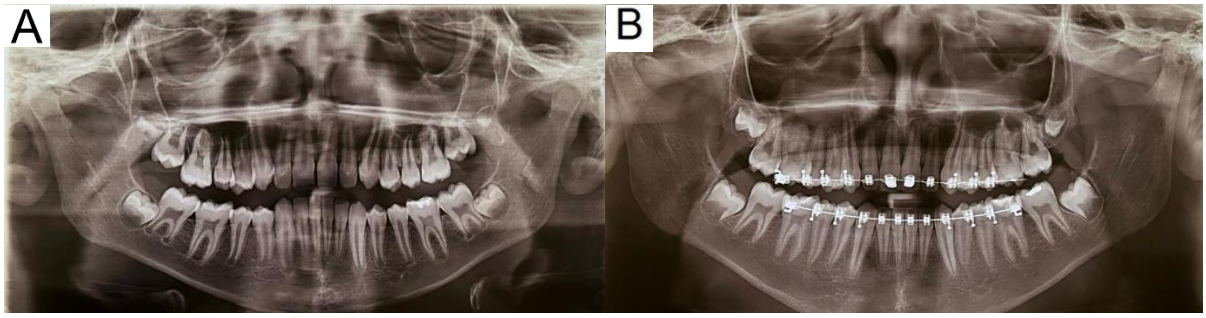
2.3.1 Radiografia Panorâmica e Periapical

O exame radiográfico de (2017), foi identificada dentição permanente com dentes (18, 28) em desenvolvimento no estágio 3 de Nolla, e o (38, 48) no estágio 4 de Nolla. observou-se, Seios maxilares simétricos e bem desenvolvidos (figura 8 A).

Já em (2019), revelou a presença da dentição permanente e os terceiros molares (18- 28- 38- 48), no estágio 4/5 de Nolla, porém ainda sem espaço para erupção. Presença de aparelho ortodôntico na arcada superior e inferior, seios maxilares simétricos bem desenvolvidos, com extensão alveolar bilateral (figura 8 B).

Observem o ganho de espaço aéreo maxilar de uma tomada radiográfica para outra, esse ganho ocorreu devido a expansão rápida da maxila (ERM). Esse resultado melhora a respiração nasal devido a expansão do maxilar aumenta o espaço da cavidade nasal, reduz a obstrução das vias aéreas superiores, melhora a oclusão dentária.

Figura 8 - Radiografias iniciais: (A) Panorâmica (2017). (B) Panorâmica (2019).

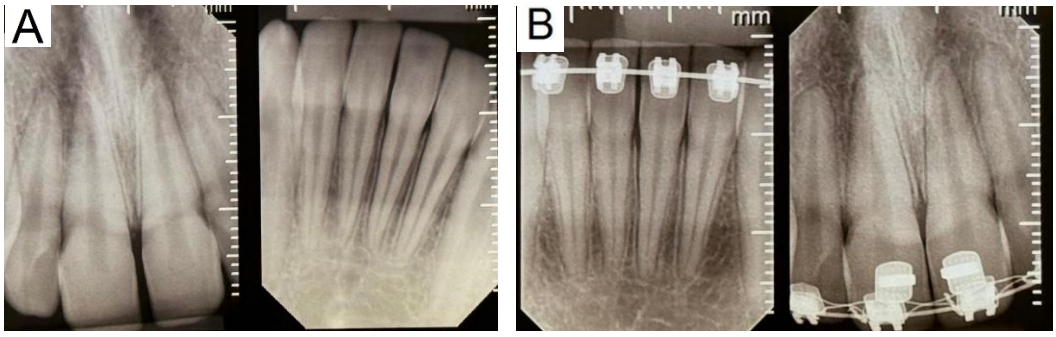


Fonte: Prontuário do paciente.

Para avaliação minuciosa das raízes dos incisivos superiores e Inferiores foi solicitada uma radiografia periapical específica da região.

Na análise comparativa das radiografias periapicais pode observar que ocorreu uma leve reabsorção fisiológica das raízes de incisivos superiores decorrente do uso de aparelho ortodôntico (figura 9 A B).

Figura 9 - Radiografias periapicais:(A) Periapical (2017). (B) Periapical (2019).

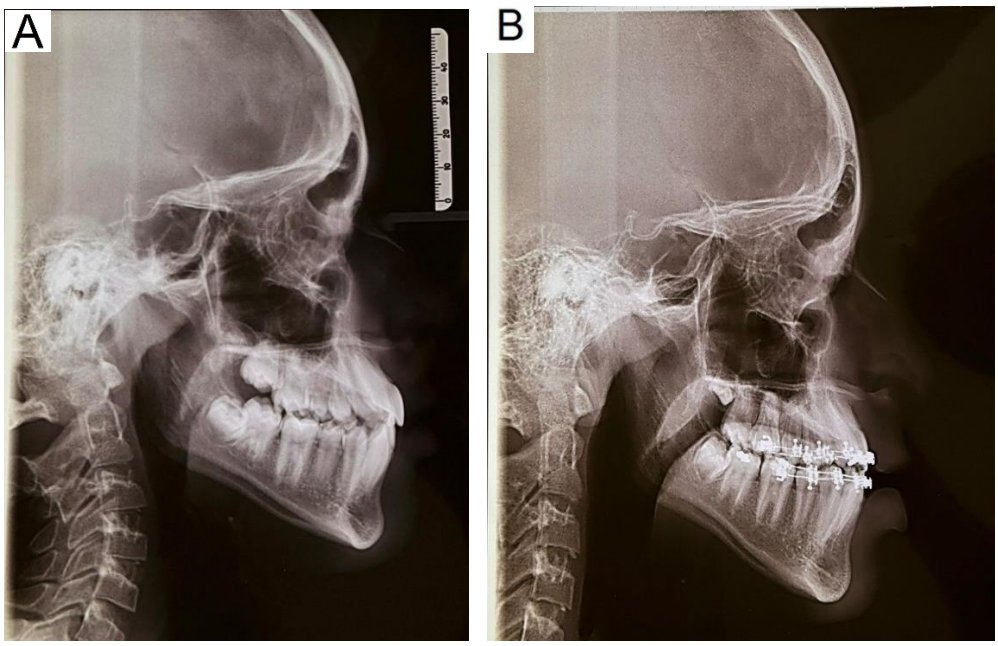


Fonte: Prontuário do paciente.

2.3.2 Teleradiografia

A avaliação da Telerradiografia lateral é fundamental para o diagnóstico ortodôntico, principalmente para definir o padrão esquelético, discrepâncias verticais, posição dental e de tecidos moles. Ela é essencial para o diagnóstico do padrão facial (figura 10 A B).

Figura 10- (A) Telerradiografia, (2017). (B) Telerradiografia, (2019).



A

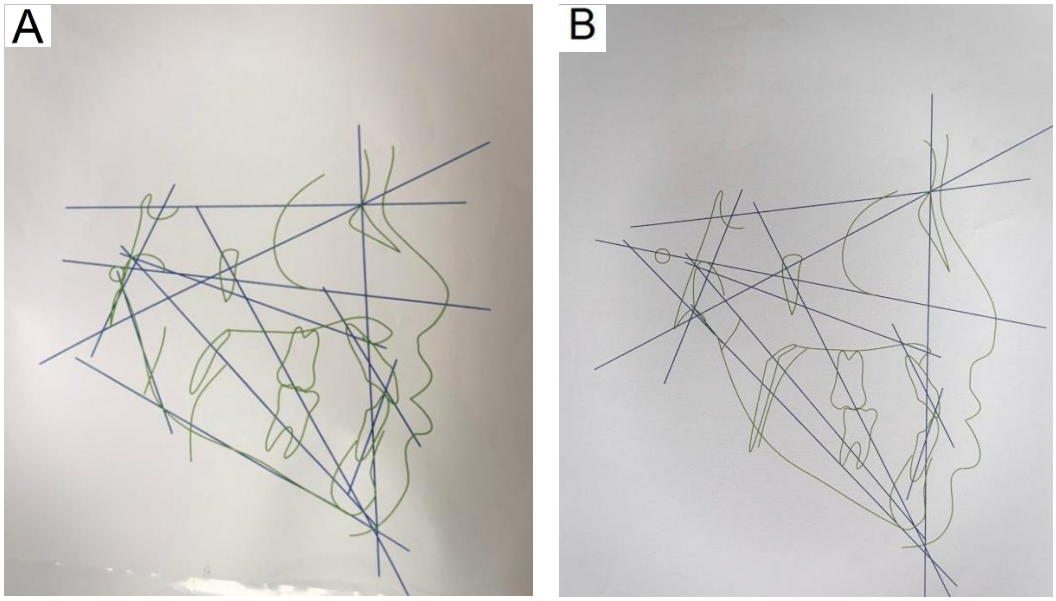
Fonte: Prontuário do paciente.

2.3.3 Análise Cefalométrica

A cefalometria, realizada conforme o padrão CENO, proporcionou uma compreensão das características esqueléticas e dentárias do paciente, importante para o planejamento ortodôntico.

Imagens comparativas dos traçados cefalométricos sugerem mudanças no padrão do crescimento facial, pode se observar a diminuição dos ângulos e inclinação vestibular dos incisivos superiores, e retroinclinação dos incisivos inferiores (figura 11 A B).

Figura 11- Traços cefalométricos: (A) Traçado 2017. (B) Traçado, 2019.



Fonte: Prontuário do paciente.

Demonstraremos através dos quadros (1 e 2), uma breve análise dos resultados cefalométricos obtidos para diagnóstico do padrão Esquelético e perfil de Crescimento do paciente (quadro 1).

Quadro 1- Medidas cefalométricas e seus valores de normalidade.

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA – PADRÃO ESQUELÉTICO				
	PARÂMETRO	**RESULTADO**	**NORMA**	**INTERPRETAÇÃO**
1	**S-N.A** (posição da maxila)	82.79°	82.00° ± 2.40°	Normal
2	**S-N.B** (posição da maxila)	82.21°	80.00° ± 2.30°	Ligeiramente aumentado
3	**A-N.B** (diferença maxilo-mandibular)	0.58°	3.00° ± 1.30°	Diminuído (Classe III leve)
4	**A-N Perpendicular**	10.88 mm	1.10 ± 2.70	Muito aumentado (+++)
5	**Pog-N Perpendicular**	20.62 mm	0.30 ± 3.80 mm	Extremamente aumentado (+++++)

Fonte: Prontuário do paciente.

Na análise do padrão esquelético os ângulos S-N. A, S-N. B, e ANB (quadro 1) Classificam a relação anteroposterior da maxila e mandíbula em relação a base do crânio. Ela classifica o padrão esquelético se é padrão I, II ou III.

Importante saber que o crescimento vertical pode afetar o resultado do ANB. Análise de (Steiner, 1.950).

A leitura dos resultados do quadro nos revela que:

1- S- N.A: A maxila está bem posicionada com a base do crânio.

2- S-N.B: A mandíbula esta levemente protraída com a base do crânio, sugerindo relações esquelética de Classe III.
3- ANB: Indica que a maxila e mandíbula estão bem relacionadas entre si.
4- A-N Perpendicular: Refere se que o ponto A (maxila) está protruída.
5- Pog-N Perpendicular: Aumentado, indica que o pogônio (mento) está muito projetado anteriormente, mandíbula esta protruida.

A leitura sugere que o paciente tem uma tendência de crescimento esquelético classe III com bi protrusão.

No (quadro 2), do padrão de crescimento demostra o padrão crescimento horizontal, Ângulo Goníaco reduzido, com o plano superior e inferior indicando menor rotação posterior da mandíbula.

Quadro 2- Principais medidas cefalométricas de crescimento.

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA – PADRÃO CRESCIMENTO				
PARÂMETRO		**RESULTADO**	**NORMA**	**INTERPRETAÇÃO**
13	**Âng. da Sela (S-N).Ar**	**118.87°**	123.00° ± 5.00°	Ligeiramente diminuído
14	**Âng. Articular (S-Ar).Go'**	**156.39°**	143.00° ± 6.00°	Aumentado (++)
15	**Âng. Goníaco (Ar-Go').Me**	**1007.9°**	130.00° ± 7.00°	Muito diminuído (----)
16	**Pl. Sup. Âng. Gon. (Ar-Go').N**	**38.74°**	53.50° ± 1.50°	Muito diminuído (------ 9)
17	**Pl. Inf. Âng. Gon. (Me-Go').N**	**62.05°**	72.50° ± 2.50°	Diminuído (----)

Fonte: Prontuário do paciente.

Os ângulos goníacos (quadro 2), indica que a tendência de crescimento acontece independente da idade do indivíduo

Indica o padrão de crescimento com a base do crânio, a rotação que a mandíbula tende a fazer diante do crescimento vertical do crânio.

Como resultado do quadro 2, obtivemos a indição de crescimento horizontal da mandíbula com menor rotação posterior. Tendendo ao crescimento padrão III, tendência de perfil côncavo.

Para previsibilidade de sucesso do tratamento proposto, foi solicitado a radiografia carpal para avaliação do momento da curva de crescimento ósseo. O cálculo da maturação óssea, concluiu que o paciente encontrava- se de 1 a 1,5 anos após o pico de crescimento (figura 14).

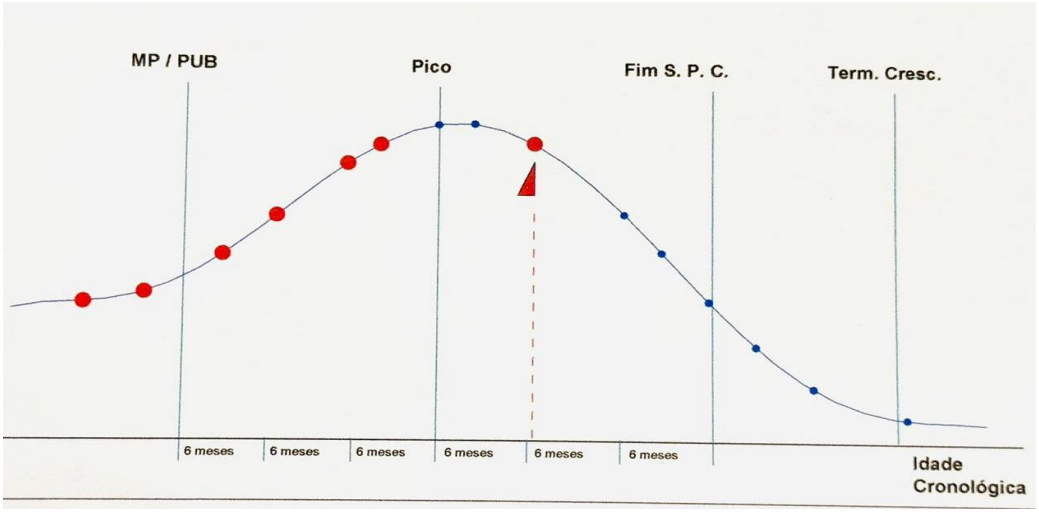
Figura 13- Radiografia Carpal para análise da curva de crescimento.



Fonte: Prontuário do paciente.

O método de Martins e Sakima é utilizado para estimar o Surto de Crescimento Puberal (SCP), com base na maturação óssea de mão e punho. Na (figura 15), podemos avaliara exatamente o momento do pico de crescimento que o paciente se encontra.

Figura 14- Gráfico do pico de crescimento de mão e punho.



Fonte: Prontuário do paciente.

2.4 Diagnóstico e opções de tratamento

Segundo os achados clínicos, obtidos através da análise facial, exames radiográficos e cefalométrico, o paciente foi diagnosticado Padrão Classe III, com biprotusão maxilomandibular. Crescimento mandibular horizontal acentuado (ângulos goníacos e planos mandibulares diminuídos, ângulo articular aumentado).

Perfil facial levemente concavo, e presença de interposição lingual média. Diante desse complexo quadro, e visando restabelecer a oclusão funcional e estética, foi discutida três opções de tratamento:

Opção 1: Tratamento ortodôntico convencional para compensação dentária da classe III (Tratamento com aparelho ortodôntico fixo com braquetes Morelli Bráquete prescrição Roth Max 0,022", e tubos simples). A sequência de tratamento com fios expansores diagramados, para a expansão da maxila. Esta abordagem propunha a instalação de aparelho ortodôntico fixo nas arcadas superior e inferior, incluía o emprego de sequência de fios de maior expansão Contour Níquel-Titânio (NiTi) Termoativado 35°C no formato Damon Universal da marca Aditek, para otimizar o movimento e promover a expansão do arco superior e fios 0,016'' e 0,018'' aço diagramado para arcada inferior afim de controlar a inclinação dos incisivos inferiores com auxílio do elástico cadeia e controle da classe III com elásticos intermaxilares.

Opção 2: Tratamento com aparelho ortodôntico fixo Auto ligado com braquetes Morelli prescrição Roth SLI 0,022". Esta alternativa consistia na instalação de aparelho ortodôntico fixo auto ligado nas arcadas superior e inferior utilizados fios de maior expansão Contour Níquel-Titânio (NiTi) Termoativado 35°C no formato Damon Universal da marca Aditek, para promover a expansão do arco superior. Instalação do sistema de mini implantes BUCCAL SHELF com implantes de aço 10 a 12 milímetros por 2mm de diâmetro em região de platô da mandíbula para ancoragem ortodôntica ou instalação de mini placas de titânio em maxila e mandíbula com a intenção de reduzir a classe III através da ancoragem esquelética.

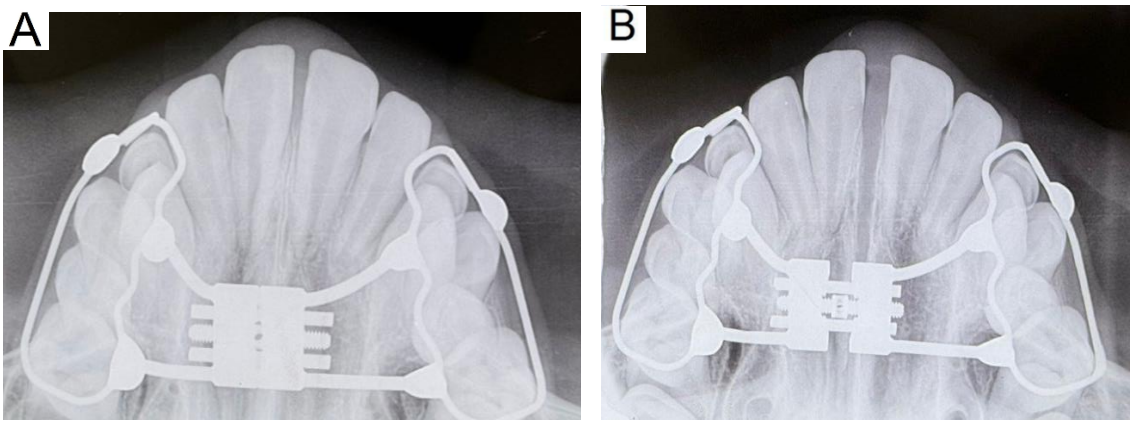
Opção 3: Tratamento orto/cirúrgico com aparelho ortodôntico fixo convencional com braquetes Morelli prescrição Roth Max 0,022", e anéis para os molares. A sequência do tratamento por meio de fios expansores diagramados, para a expansão da maxila e controle do crescimento da mandíbula. Esta abordagem propunha a instalação de aparelho ortodôntico fixo nas arcadas superior e inferior, incluía o emprego de sequência de fios de maior expansão Contour Níquel-Titânio (NiTi) Termoativado 35°C no formato Damon Universal da marca Aditek, para otimizar o movimento e promover a expansão do arco superior e fios 0,016'' e 0,018'' aço diagramado para arcada inferior, preparo ortodôntico para cirurgia ortognática, e finalização.

Após criteriosa avaliação das possibilidades e discussão com o paciente e seus responsáveis sobre os prognósticos e implicações de cada abordagem, a Opção 1 foi o tratamento de escolha. Os responsáveis pelo paciente assinaram o TCLE, estando plenamente ciente dos riscos e das possibilidades inerentes a essas terapêuticas.

Vale ressaltar que o paciente iniciou o tratamento para expansão palatina na instituição Ceno em abril de 2015, onde realizou o seu primeiro planejamento ortodôntico que contemplava duas etapas. A primeira, instalação de aparelho Hyrax para expansão rápida da maxila (ERM), a segunda para instalação de aparelho fixo convencional com braquetes. Dessa forma, em abril de 2015, foi iniciado o tratamento ortodôntico através da instalação e cimentação do Hyrax e ativação do protocolo para iniciar o processo de disjunção.

Para expansão rápida da maxila (ERM) foi feita ativação de 1/4 de volta (0,25 mm) pela manhã e 1/4 de volta à noite (total de 0,5 mm/dia) durante 7. O paciente retornou ao consultório para avaliar se ocorreu a sobrecorreção (toque das cúspides palatinas superiores com os vestibulares inferiores). Após constatada a sobrecorreção de 3 mm, o aparelho foi estabilizado com o travamento do parafuso do aparelho. O aparelho foi utilizado como contenção por 6 meses para permitir a consolidação óssea e a estabilidade da maxila (figura 16 A B).

Figura 15- (A) Aparelho Hyrax 11/04/ 2015. B: Aparelho Hyrax 20/04/02015.



Fonte: Prontuário do paciente.

2.5 Início do tratamento

O tratamento ortodôntico teve início em 04 de abril de 2019, foi removido o aparelho instalado devido o mal posicionamento de alguns braquetes, seguido da remoção das resinas e instalação imediata do aparelho ortodôntico fixo convencional com braquetes Morelli prescrição Roth Max 0,022", e tubos simples) para as arcadas superior e inferior. Na fase inicial do alinhamento e nivelamento dos dentes, foram empregados a sequência de fios Contour de NiTi Termoativado 35°C, com formato Damon Universal com calibres 0,016”, 0,014x0,025’’, 0,018x0,025’’ para arco superior com proposito de expandir a maxila. Fios 0,016’’ e 0,018’’ aço diagramados para arcada inferior.

2.6 Evolução do tratamento, finalização e contenção

Conforme o planejamento foi empregado a sequência de fios retangulares de aço diagramados nas sequencias de 0,017x0,25’’ e 0,018x0,25’’ para a arcada superior e fios redondos diagramados de aço e 0,018’’ e 0,020’’ para arcada inferior. Na fase intermediaria foi utilizado elástico em cadeia de compressão média para compensação da classe III através da retro inclinação lingual dos incisivos inferiores. Implementamos também terapia de elásticos intermaxilares 3/16 médio de classe III direito e esquerdo durante 6 meses. Período de finalização foi realizado a intercuspidação dos dentes com elásticos intermaxilares, elásticos de classe I lado esquerdo e classe III do lado direito (figura 17).

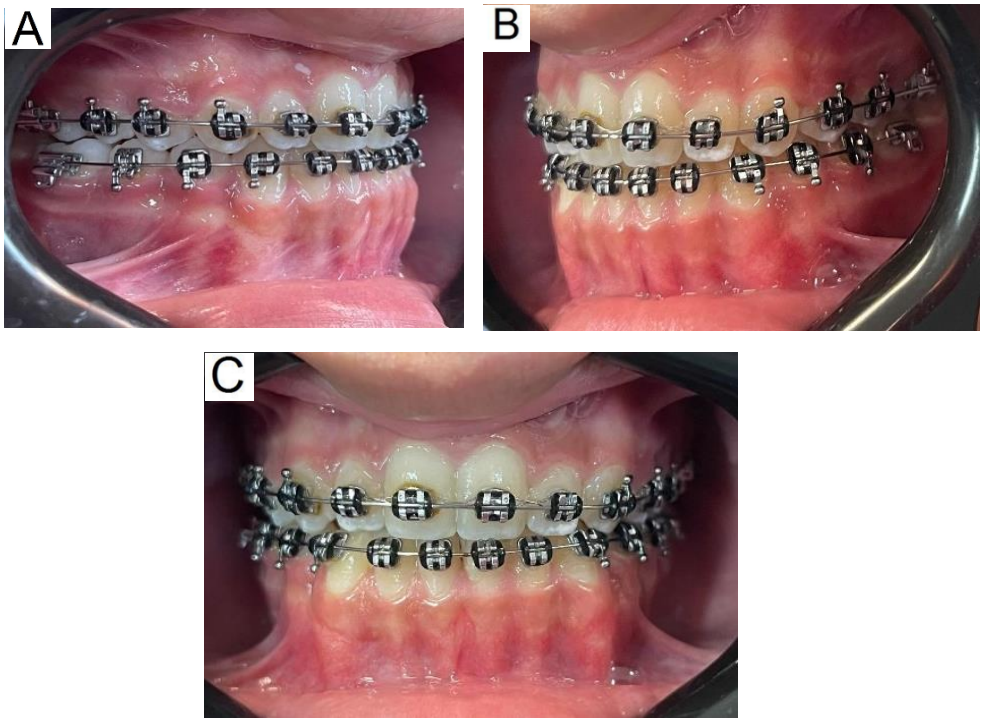
Figura 16- Fotografia do uso elásticos intermaxilares: Classe III direito e classe I esquerdo.



Fonte: Arquivo pessoal

Com o caso finalizado foi planejameto de qual o tipo de contenção seria mais indicada, levando em concideração a interposição média de lingual (figura 18 A B C).

Figura 17- Fotografia de finalização: (A) Perfil direito. (B) Perfil esquerdo. (C) Frontal.



Fonte: Arquivo pessoal

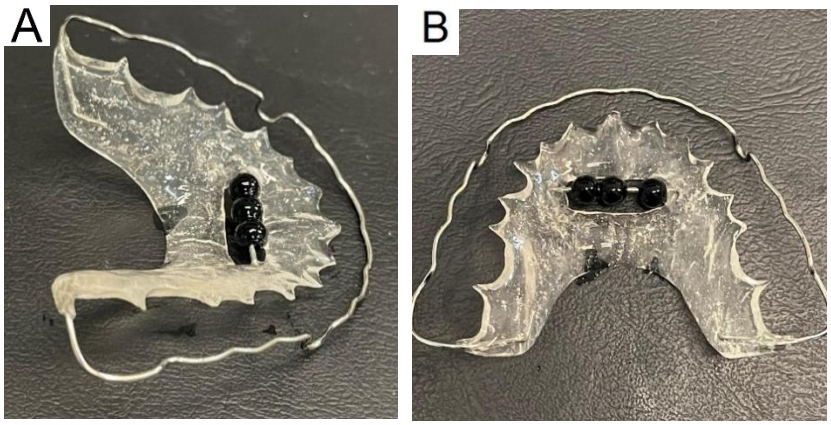
3 CONTENÇÃO

O período de contenção deve ser visto com a mesma importância que o período de tratamento ativo, seu uso será importante para manter a estabilidade da oclusão após o tratamento ortodônticos.

Foi confeccionada para maxila uma placa Hawley modificada com miçangas na palatina (figura 19), afim de eliminar possíveis hábitos como a interposição atípica da língua. Para o arco inferior colamos uma contenção higiênica fixa de canino a canino. Como o paciente apresentava potencial de crescimento,

adotamos uma conduta conservadora com uso da contenção por 24 horas, devendo o paciente retirá-la somente pra fazer as refeições e higiene oral (figura 20).

Figura 18- Fotografia da Placa de Hawley modificada com miçangas na palatina.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 19- Fotografia oclusal uso da contenção na palatina**.**



Fonte: Arquivo pessoal

Foi orientado aos responsáveis, a importância do período de manutenção contenção no prazo de três em três meses durante um ano após o tratamento. As manutenções da contenção são importantes para manter a estabilidade oclusal, bem como acompanhamento do crescimento crânio facial do paciente (figura 21).

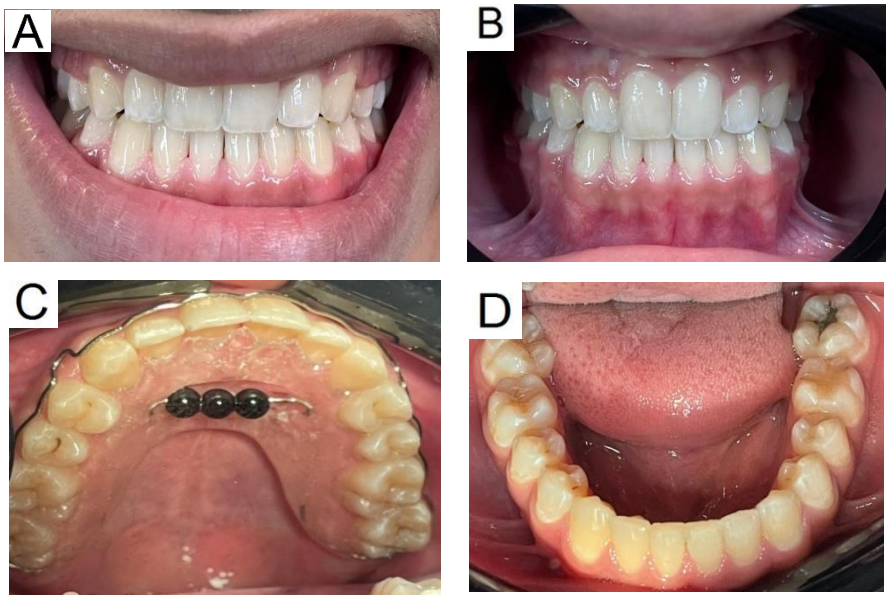
Figura 20- Fotografia frontal com o uso da contenção.



Fonte: Arquivo pessoal

Como objetivos específicos obtivemos a correção compensatória da classe III, correção da linha média superior e inferior, oclusão canina direita e esquerda em chave I, controle da interposição lingual (figura 22 A B C D). O paciente relatou melhora na mastigação, fonação e estética dental. Quanto ao perfil facial ao final do tratamento não apresentou uma melhora muito significativa devido ao Crescimento acelerado indicando acima do esperado para a sua idade cronológica, (figura 23 A B).

Figura 21- (A) Fotografias do sorriso. (B) Frontal intraoral. (C) Oclusal superior. (D) Oclusal inferior.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 22 – (A) Fotografias de perfil direito. (B) Fotografia de perfil esquerdo.

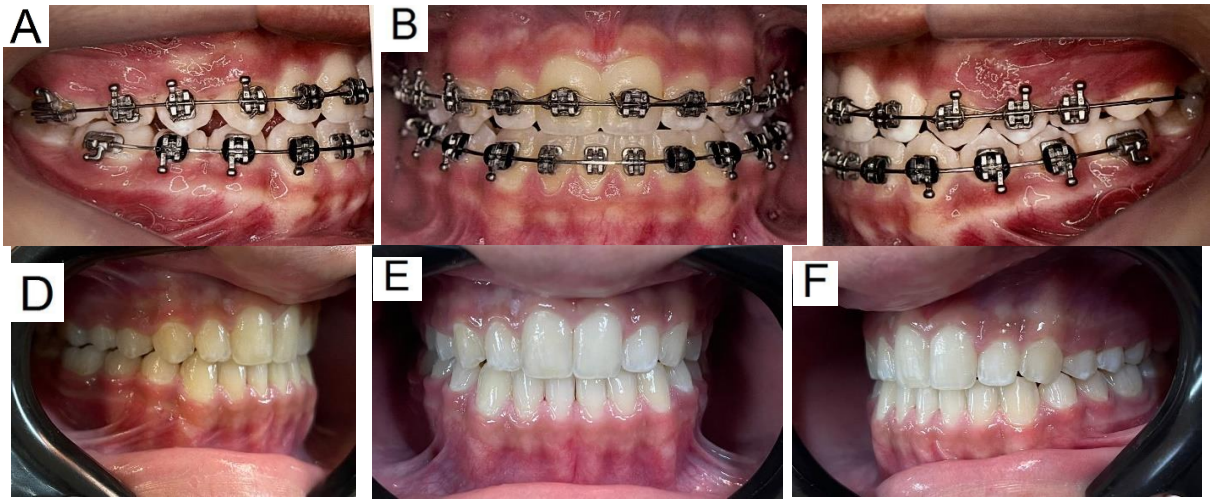


Fonte: Arquivo pessoal

Nas figuras a baixo podemos avaliar as fotos comparativas do início e final do tratamento ortodôntico (figuras 24 A B C D E F).

Figura 23- fotografias iniciais e finais do tratamento ortodôntico.

C



Fonte: A B C Prontuário do paciente, D E F Arquivo pessoal.

4 DISCUSSÃO

Analisaremos aqui as particularidades do caso clínico apresentado, estabelecendo um paralelo com a literatura científica e explorando os aspectos centrais e as estratégias biomecânicas empregadas.

No caso clínico apresentado observamos que o habito de interpor a língua contra os dentes contribuiu para o desenvolvimento da classe III. Segundo Campos *et al*., (2013), a etiopatogenia das más oclusões é multifatorial, decorrendo de uma interação entre fatores hereditários, congênitos, adquiridos, morfológicos, biomecânicos e ambientais. Os hábitos deletérios como chupar dedo e língua também podem contribuir para seu desenvolvimento (SUGAWARA, 2005).

Pacientes diagnosticados com má oclusão Classe III geralmente buscam tratamento por uma combinação fatores funcionais mastigatório, que afeta sua qualidade de vida, problemas na articulação têmporo mandibular (ATM), estética facial e psicossociais. Adolescentes e adultos relatam problemas de socialização, baixa autoestima devido ao Bullying sofrido por causa da aparência (GOELZER, 2013). confirmando a queixa principal do paciente.

Zere *et al. (*2018), acreditam ser possível modificar o padrão e a direção do crescimento mandibular com tratamentos ortopédicos precoce e minimizar a má oclusão ou até mesmo tratá-la com sucesso. Mas de acordo com Ryu (2015), quando o crescimento é desfavorável, o tratamento não deve ser iniciado e sim esperar a conclusão do crescimento, pois uma discrepância entre o crescimento maxilar, mandibular e da base esquelética durante a fase puberal pode resultar na recidiva das correções obtidas anteriormente. Seguindo esse pressuposto decidimos iniciar o tratamento ortopédico de expansão maxilar ainda na fase inicial da puberdade para modular o crescimento maxilomandibular com a intenção de evitar cirurgias futura.

Segundo Zere *et al. (2018*), intervenções precoces podem reduzir a indicação de intervenções cirúrgicas e proporcionar resultados positivos e duradouros.

Tratamentos interceptivos tem sido um desafio, uma vez que nem todas alterações podem ser totalmente corrigidas durante a fase de crescimento. Além disso, os resultados em longo prazo das diferentes abordagens terapêuticas podem variar conforme a tendência de crescimento individual de cada paciente (NGAN, 2015).

Em alguns casos em que a discrepância é acentuada os pacientes podem necessitar de cirurgia ortognática em um estágio posterior (YOSHIDA, 2006).

Pacientes em fase pré-puberal, podem ser tratados com expansão rápida da palatina e protração com máscara facial para correções de crescimento desfavoráveis (WESTWOO, 2003). De acordo com Zere (2018) aparelhos removíveis como aparelho Hawley ativo obtem excelentes resultados quando indicado para pacientes ainda na dentição decídua ou mista. Para o tratamento do nosso paciente escolhemos o aparelho ortopédico Hyrax para expansão rápida palatina (ERM), devido o paciente apresentar dentição permanente completa, conferiu conforto e baixo custo financeiro. Aparelho Hawley rata-se de um aparelho removível indicado para pacientes com mordida cruzada anterior na fase de dentição mista (LITTEWOOD, 2017).

Para Ngan (2014), ambos os tipos de aparelhos ortopédicos se indicados no período podem funcionar bem e os resultados são igualmente estáveis.

Após a expansão palatina o tratamento de escolha o fixo convencional. Segundo Wiedel (2016), o tratamento com aparelho fixo é mais rápido, confortável de baixo custo, tem menos efeito na fala do paciente do que um aparelho removível.

A camuflagem ortodôntica tem objetivo básico, melhorar ou corrigir a discrepância esquelética, com intensão de evitar uma intervenção cirúrgica futura (YANG, 2014).

Evidências atuais sugerem que aparelhos funcionais podem corrigir com sucesso uma má oclusão de Classe III em desenvolvimento, mas têm efeitos principalmente dentoalveolares, com efeitos mínimos ou inexistentes no padrão esquelético subjacente (YANG, 2014). E aparelhos com ancoragem óssea como mini placas e mini implantes são indicados na tentativa de superar as limitações dos aparelhos dentários no tratamento interceptivo de más oclusões de Classe III (DE CLERCK, 2015).

Quando os tratamentos compensatórios não obtêm sucesso a cirurgia ortognática é uma opção terapêutica que resultam em benefícios vão desde a melhora da oclusão, mastigação, fonação, respiração, sintomatologia dolorosa em articulação temporomandibular, estética facial em pacientes que apresentam deformidades dento-esqueléticas (NÓIA, 2011).

Para alguns autores quando o tratamento ortopédico não surte o efeito esperado a Cirurgia ortognática acaba sendo uma abordagem previsível e segura, proporcionando estabilidade dos resultados alcançados em longo prazo (SONEGO, 2014). A escolha do tratamento compensatório da classe III com aparelho fixo alinhou-se com as expectativas do paciente e assegurou um prognóstico favorável para o posicionamento maxilo/mandibular sem a necessidade de cirurgia ortognática (ZERE 2018*).*

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos e com base nas evidências apresentadas ao longo do estudo do caso concluimos, foi possível tratar a classe III de forma compensatória através de tratamento ortodôntico com braquetes convencional. Conseguimos resultados satisfatórios sem a necessidade de abordagens cirúrgicas, além do tratamento de escolha suprir as necessidades do paciente em restituir seu bem estar pscicológico e social. Para o sucesso do tratamento é importante diagnosticar a maloclusão de classe III antes do final do surto de crescimento ósseo

Tanto o paciente como seus responsáveis devem estar cientes que os resultados conseguidos com o tratamento só poderão ser dados como definitivos após o término de crescimento mandibular.

ABSTRACT

This paper aims to present a clinical case of compensatory Class III orthodontic treatment in an adolescent patient in the pubertal phase. The patient presented with an unfavorable growth pattern that contributed to his introspection at school. The results of the cephalometric data indicated a moderate horizontal growth pattern and enlargement of the lower third of the face. The dental arch presented a deviation of the upper midline by one millimeter to the right and the lower one by one millimeter to the left, a right posterior open bite, and Class III canine and molar on the right side. On extraoral examination, the patient exhibited a concave facial profile without functional deviation of the mandible. To correct the malocclusion, two treatment stages were considered: the first involved maxillary expansion using a Hyrax-type expander device, and the second involved bonding a fixed appliance with Morelli Standard Edgewise slot .022" brackets, using a sequence of diagrammed orthodontic wires and intermaxillary elastics. The treatment resulted in a significant improvement in the patient's maxillomandibular relationship, with a Class I canine occlusion key, correction of the upper and lower midline, and harmony of the facial profile. It was found that compensatory orthodontic treatment was able to mask the skeletal discrepancy through tooth movements, although it did not correct the bony cause of the Class III skeletal problem.

Keywords: Class III malocclusion; corrective orthodontics; palatal expansion technique; prognathism; orthognathic surgery; tooth movement technique.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. L. H.; FERREIRA, V. H. A. A importância do diagnóstico precoce de desarmonias dentofaciais. **Revista Científica Unilago**, 2025.

ANGLE, E. H. Classification of malocclusion. **Dental Cosmos**, v. 49, n. 3, p. 140-144, 1907.

BORTOLOZO, M. A.; TOME, M. C.; KRUGER, A. R. Terapia interdisciplinar: expansão rápida e tração maxilar com acompanhamento fonoaudiológico. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 69-79, 2002.

CAPELOZZA FILHO, L.; ARANHA, M. F. B.; OZAWA, T. O.; CAVASSAN, A. O. O tratamento ortodôntico em adultos: a restauração estética do sorriso. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 17, n. 5, p. 53-63, 2012.

CLERCK, H. J.; PROFFIT, W. R. Modificação do crescimento facial: uma perspectiva atual com ênfase no tratamento da Classe III. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, St. Louis, v. 148, n. 1, p. 37-46, 2015.

DIETRICH, L. et al. Planejamento e tratamento ortodôntico para cirurgia ortognática. **Revista de Odontologia Contemporânea**, v. 2, n. 1, p. 10-20, 2018.

DILIO, R. C.; MICHELETTI, K. R.; CUOGHI, A. O.; BERTOZ, A. P. M. Tratamento compensatório da má oclusão de Classe III: revisão de literatura. **Archives of Health Investigation**, v. 3, n. 3, p. 84-93, 2014.

GOELZER, J. G. Avaliação da qualidade de vida geral e relacionada à saúde de pacientes com deformidades dentofaciais após tratamento orto-cirúrgico. 2013. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

GONÇALVES, F. A. et al. Análise da deflexão, do comprimento anterior e posterior da base do crânio, em indivíduos dolicofaciais, com má oclusão de Classe III esquelética. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 46-52, 2006.

GRABER, T. M.; VANARSDALL, R. L.; VIG, K. W. L. **Orthodontics: current principles and techniques**. 6. ed. St. Louis: Elsevier, 2015.

LIMA, V. S. A. et al. Diferentes estratégias utilizadas na fase de contenção do tratamento ortodôntico. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 17, n. 4, p. 115-121, 2012.

LITTLEWOOD, S. J. Class III Malocclusion. In: _____. **Orthodontic Management of the Developing Dentition**. [S. l.]: Springer, 2017. p. 169-183. DOI: 10.1007/978-3-319-54637-7_10.

MARQUES, R. M. et al. Ortodontia interceptiva na dentição mista: revisão de literatura. **Revista da CESPU**, v. 10, n. 1, 2023.

MERHEB, M.; DEVOTI, J. F.; SIMON, E. S.; BRIX, M. Maxillary anomalies in choanal atresia: a case report. **Journal of Oral Medicine and Oral Surgery**, v. 30, n. 2, 2024.

MONTEIRO, R. S.; CABRAL, E. S.; BARBOSA, O. L. C.; BARBOSA, C. C. N. Utilização de dispositivo de ancoragem temporária de aço instalado na crista infrazigomática com finalidade de descruzar o 1 molar superior. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 23, n. 1, p. 91-96, 2018.

NGAN, P. et al. Comparações cefalométricas de pacientes chineses e caucasianos com Classe III cirúrgica. **International Journal of Adult Orthodontics and Orthognathic Surgery**, v. 12, n. 3, p. 177-188, 1997.

NGAN, P. et al. Comparação de dois protocolos de protração maxilar: tratamento com máscara facial de protração ancorada no dente versus tratamento com máscara facial de protração ancorada no osso. **Progress in Orthodontics**, v. 16, n. 1, p. 26, 2015.

NÓIA, C. F. et al. Acidentes durante a realização de Osteotomia Sagital do Ramo Mandibular: Relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 11, n. 1, p. 9-12, 2011.

PANOU, E. et al. Dimensional changes of maxillary sinuses and pharyngeal airway in Class III patients undergoing bimaxillary orthognathic surgery. **Angle Orthodontist**, v. 83, n. 5, p. 824-831, 2013.

PRADO, E. Tratamento da Classe III em adultos sem cirurgia ortognática. **Orthodontic Science and Practice**, v. 7, n. 28, p. 439-448, 2014.

SALZMANN, J. A. Genetic consideration in clinical orthodontics. **American Journal of Orthodontics**, St. Louis, v. 74, n. 4, p. 467-468, out. 1978.

SICARI, F. et al. Imagem corporal e impacto psicológico da aparência dentária em adolescentes com má oclusão: um estudo exploratório preliminar. **Children**, v. 10, n. 10, p. 1691, 2023. DOI: https://doi.org/10.3390/children10101691.

SIVIRICHI, K. M.; GISSELA, R.; TAPIAR, R. G. G. Efeitos do tratamento ortopédico na articulação temporomandibular em pacientes classe III com mordida cruzada anterior: uma revisão de literatura. **Revista Científica de Odontologia**, Lima, v. 11, n. 3, p. e166, 2023.

SOUZA, T.; FELIX, M.; DOBRANSZKI, A. Tracionamento de canino maxilar ectópico com mini-implante e técnica aberta: relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da Planalto Central**, v. 9, n. 35, 2018.

SUGAWARA, J. Diretrizes de prática clínica para o desenvolvimento da má oclusão de Classe III. In: NANDA, R. (ed.). **Biomecânica e Estratégias Estéticas em Ortodontia Clínica**. 1. ed. Filadélfia: WB Saunders, 2005. p. 211-242.

TRISTÃO, S. K. P. C. et al. Is there a relationship between malocclusion and bullying? A systematic review. **Progress in Orthodontics**, v. 21, n. 26, 2020. DOI: https://doi.org/10.1186/s40510-020-00323-7.

WESTWOOD, P. V. et al. Long-term effects of Class III treatment with rapid maxillary expansion and facemask therapy followed by fixed appliances. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, St. Louis, v. 123, n. 3, p. 306-320, 2003. DOI: https://doi.org/10.1067/mod.2003.44.

WIEDEL, A. P.; BONDEMARK, L. Fixed versus removable orthodontic appliances to correct anterior crossbite in the mixed dentition: a randomized controlled trial. **European Journal of Orthodontics**, v. 37, n. 2, p. 123-127, 2014. DOI: https://doi.org/10.1093/ejo/cju005.

YANG, S. et al. Treatment effectiveness of Fränkel function regulator on the Class III malocclusion: a systematic review and meta-analysis. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, St. Louis, v. 146, n. 2, p. 143-154, 2014. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2014.04.017.

ZERE, E. et al. Developing Class III malocclusions: challenges and solutions. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, v. 10, p. 99-116, 2018. DOI: https://doi.org/10.2147/CCIDE.S134303.

ZHOU, X. et al. Expert consensus on early orthodontic treatment of class III malocclusion. **International Journal of Oral Science**, v. 17, n. 1, p. 20, 2025.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em um relato de caso clínico a ser realizado como parte do meu Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de especialista em ortodontia.
Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Título da Monografia: MANEJO ORTODÔNTICO CONSERVADOR DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III EM PACIENTE ADOLECENTE: RELATO DE CASO CLÍNICO.

Pesquisador Responsável: Orientador: Prof. Me. Antônio Carlos de Lacerda França

Pesquisadora participante: Adriana Aparecida da Silva Francisco, alunas doa turma 24 do curso de ortodontia da faculdade Ceno, 20_____.

Este trabalho tem como objetivo geral discutir sobre os benefícios conseguidos com a aplicação da técnica de tratamento conservador da classe III sem abordagem cirúrgica e suas indicações, se a técnica interfere de forma positiva no estado psicológico do paciente.

Não será divulgado nenhum dado que possa ser utilizado como forma de reconhecimento dos sujeitos, ou seja, sua identidade não será divulgada em nenhum momento. Utilizaremos apenas imagens da cavidade oral e se necessário a foto inicial e final do caso clínico com tarjas adequadas para não permitir o reconhecimento do paciente. Todas as etapas da pesquisa serão orientadas e acompanhadas pelo professor responsável Prof. Me. Antônio Carlos de Lacerda França

Nome e data:_____/_____/_____.

Assinatura do responsável:_____.

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA LIBERAÇÃO DE IMAGEM

Eu, _____

CPF_____: RG_____:

ABAIXO ASSINADO,

Declaro, para os devidos fins éticos e legais, que concordo em participar como sujeito do estudo, MANEJO ORTODÔNTICO CONSERVADOR DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III EM PACIENTE ADOLECENTE: RELATO DE CASO CLÍNICO, orientado pelo Pesquisador Prof. Me. Antônio Carlos de Lacerda França e a Pesquisadora participante: Adriana Aparecida da Silva Francisco Pesquisadora participante: Adriana Aparecida da Silva Francisco, aluna da turma 24 do curso de ortodontia da faculdade Ceno 20,_____.

Por este instrumento, autorizo o uso e a guarda de toda minha documentação tais como: anamnese, plano de tratamento, radiografias, fotografias, modelos, resultados de exames, podendo ser utilizadas para fins de ensino e divulgação em livros, jornais, e revistas científicas, desde que seja preservado o sigilo absoluto de minha identificação e as fotografias sejam utilizadas com tarjas adequadas, que não permitam a minha identificação. Fui esclarecido que a retirada de qualquer documentação pertinente ao tratamento estará sujeita à análise prévia administrativa.

Declaro que recebi todos os esclarecimentos sobrea utilização dessa documentação para fins acadêmicos.

Salvador, _____de _____20_____.

Assinatura do responsável: _____.

ANEXO C - CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu_____, RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo MANEJO ORTODÔNTICO CONSERVADOR DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III EM PACIENTE ADOLECENTE: RELATO DE CASO CLÍNICO, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Adriana Aparecida da Silva Francisco sobre a pesquisa, e os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que possa retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data_____, _____/_____/_____.

Nome: _____.

Assinatura do sujeito ou responsável: _____.