

E ESTATÍSTICA. Pesquisas de orçamentos familiares, 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. **IBGE**, Rio de Janeiro, 130 p, 2010. Disponível em : <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/70/553a23f27da68.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

JAMES, W. Philip T. et al. Effect of sibutramine on cardiovascular outcomes in overweight and obese subjects. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 363, n. 10, p.905-917, 2010

KIDO, L. A.; CAMARGO, I.C.C. Avaliação histológica dos ovários e útero de ratas não obesas, submetidas ao tratamento experimental com sibutramina. In: REUNIÃO ANUAL FEDERAÇÃO DE SOCIEDADES DE BIOLOGIA EXPERIMENTAL., 25 2010, Águas de Lindóia. **Programa e resumos**. São Paulo: FeSBE, 2010. p. 113 - 113. Disponível em: <http://www.fesbe.org.br/fesbe2010/FESBE2010_programa_090810.pdf>. Acesso em: 17 out. 2016.

MULLA, Mohmad Sadik A. et al. Safety evaluation of sibutramine in Wistar rats. **African Journal of Basic and Applied Sciences**, Deira, v. 2, n. 5-6, p.128-134, 2010.

NACCARATO, Monique Campos; LAGO, Eloi Marcos de Oliveira. Uso dos anorexígenos anfepramona e sibutramina: benefício ou prejuízo à saúde? **Revista Saúde**, Guarulhos, v. 8, n. 1/2, p.66-72, 2014.

RANG, Humphrey et al. Rang and Dale's Pharmacology. 6. ed. Nova Iorque: Churchill Livingstone, 2006. 776 p.

REHAVI, Moshe et al. Suppression of serum gonadal steroids in rats by chronic treatment with dopamine and serotonin reuptake inhibitors. **European Neuropsychopharmacology**, Amsterdam, v. 10, n. 3, p.145-150, 2000.

SIEGEL, Sidney; CASTELLAN JUNIOR, N John. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 448 p.

WAYNFORT, H. B.; FLECKNELL, Paul. Methods of obtaining body fluids. In: WAYNFORT, H. B.; FLECKNELL, Paul. **Experimental and surgical technique in the rat**. Londres: Academic Press, 1992. p. 68-88.

Artigo de Revisão

BARBOSA, Vanessa Leal Tavares. - Dentista e Especialista em Políticas Públicas da Saúde pela Uniara – Universidade de Araraquara; PIERINI, Alexandre José*. - Doutorando em Meio Ambiente e Desenvolvimento Territorial pela Uniara – Universidade de Araraquara ; GALLO, Zildo. - Doutor em Economia e Professor do Programa de Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento Territorial pela Uniara – Universidade de Araraquara
*Autor para correspondência e-mail: alexandre pierini@hotmail.com

Recebido em: 29/07/2017
Aprovação final em: 16/11/2017

RESUMO

Nos últimos anos, as pesquisas epidemiológicas em saúde bucal, vem demonstrando a diminuição da prevalência de cáries e das doenças periodontais e o crescente número de problemas de má oclusão dentária. Estes resultados exibem uma transformação epidemiológica da saúde bucal e por isso torna-se necessária uma maior atenção em relação aos problemas de oclusão, a fim de viabilizar a incorporação de procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. Este artigo faz uma revisão da literatura sobre histórico da saúde bucal no Brasil desde a implantação do SUS, a epidemiologia das más oclusões e como está a oferta de tratamentos ortodônticos na rede pública, utilizando –se os descritores: “oclusão dentária e qualidade de vida”, “oclusão dentária e saúde pública”, “ má oclusão e saúde pública”, “malocusão e saúde pública”, “ saúde bucal”, “ acesso `a ortodontia”, “ políticas públicas em ortodontia”, “ortodontia preventiva”, buscando nas plataformas Science Direct e do Scielo ,artigos e teses, entre os anos de 2000 e 2017 nos idiomas, português e inglês. O objetivo principal desta revisão da literatura é argumentar e justificar a importância do diagnóstico das más oclusões para a prevenção de problemas ortodônticos, além de contextualizar a necessidade da ampliação e/ou implementação do atendimento em Ortodontia nos serviços públicos de saúde, uma vez que as más oclusões e suas consequências, já se configuram como problemas de saúde pública.

Palavras-chave: Ortodontia; Saúde pública; Saúde bucal; Oclusão dentária; Inclusão; Má oclusão.

THE ORTHODONTICAL PRACTICE IN THE PUBLIC HEALTH SECTOR - A BIBLIOGRAPHICAL REVIEW

ABSTRACT

In recent years, epidemiological surveys on oral health have been demonstrating a decrease in the prevalence of caries and periodontal diseases and the increasing number of dental malocclusion problems. These results show an epidemiological transformation of oral health and, therefore, a greater attention is needed in relation to occlusion problems, in order to enable the incorporation of orthodontic procedures by the public health sector. This article reviews the history of oral health in Brazil since the implementation of the SUS, the epidemiology of malocclusions and how the orthodontic treatment is offered in the public network, using the descriptors: “dental occlusion and quality of life “dental occlusion and public health “,” malocclusion and public health “,” oral health “,” access to orthodontics “,” public policies in orthodontics “,” preventive orthodontics “, seeking in the platforms Science Direct and Scielo, articles and theses, between the years of 2000 and 2017 in Portuguese and English languages. The main objective of this review of the literature is to argue and justify the importance of the diagnosis of malocclusions for the prevention of orthodontic problems, in addition to contextualizing the need for the expansion and

/ or implementation of orthodontic care in public health services, since the malocclusions and their consequences have already been defined as public health problems.

KEYWORDS: Orthodontics; Public health; Oral health; Dental occlusion; Inclusion; Malocclusion.

INTRODUÇÃO

A situação epidemiológica da saúde bucal dos brasileiros tem se transformado, demonstrando um declínio das cáries e crescente prevalência das más-oclusões, assim, diante desta realidade, nos propusemos a uma revisão de literatura sobre a prática da Ortodontia no setor público de saúde, com o propósito de destacar a importância do diagnóstico das más oclusões para a prevenção de problemas ortodônticos, e chamar a atenção para a urgente necessidade da ampliação e/ou implementação do atendimento em Ortodontia nos serviços públicos de saúde, considerando-se que os levantamentos epidemiológicos já apontam a má oclusão como um problema de saúde pública. A prática da Ortodontia Preventiva nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), tornam os tratamentos ortodônticos acessíveis, ampliam a eficácia e reduzem os custos para que o SUS possa alcançar a maior parte da população. As más-oclusões dentárias e problemas de crescimento dos maxilares, afetam as pessoas nos âmbitos social, psicológico e biológico, e já existem evidências que a Ortodontia contribui para a melhoria na qualidade de vida. Nesta revisão de literatura, faz-se também uma releitura da saúde bucal no Brasil com um recorte para a assistência ortodôntica, que, por real importância e por direitos constitucionais, deveria figurar entre os procedimentos cobertos pelo SUS.

Na pesquisa bibliográfica, procurou-se os descritores: “oclusão dentária e qualidade de vida”, “oclusão dentária e saúde pública”, “má oclusão e saúde pública”, malocusão e saúde pública”, “saúde bucal”, “acesso à ortodontia”, “políticas públicas em ortodontia”, “ortodontia preventiva” e as plataformas utilizadas foram as bases de dados

das plataformas Science Direct e do Scielo com critérios de busca refinando os resultados por uma abrangência temporal de artigos e teses, entre os anos de 2000 e 2017 e, e também pelos idiomas, português e inglês.

A ortodontia é o ramo da odontologia relacionada com o diagnóstico, a prevenção e o tratamento dos problemas causados pela má oclusão dentária, com o objetivo de estabelecer e manter uma oclusão funcional durante toda a vida. Os problemas de oclusão dentária, denominadas más oclusões, consistem em anomalias do crescimento e do desenvolvimento, envolvendo os músculos, os ossos maxilares, e a disposição dos dentes nos ossos alveolares. Esses distúrbios são resultantes da interação de variáveis relacionadas com a genética, comportamento e meio ambiente, incluindo estímulos positivos e nocivos presentes principalmente durante a formação e desenvolvimento do complexo craniofacial na infância e na adolescência (VAN DER LINDEN, 1966; PLANAS, 1987). As más oclusões, compreendidas como problemas de crescimento e de desenvolvimento que afetam a oclusão dos dentes pode desencadear disfunções musculares e temporomandibulares levando a dor crônica incapacitante, salientando não só a importância estética da ortodontia na oclusão dentária, mas também em patologias relacionadas que impactam diretamente a qualidade de vida do indivíduo (OLIVEIRA, C.M., SHEIHAM A., 2004). As más oclusões podem produzir alterações de impacto estético nos dentes e na face, e/ou de impacto funcional na oclusão, mastigação, deglutição e fonação. Em algumas situações, a presença de dentes alinhados exerce forte influência sobre a percepção de beleza, a identificação com o sucesso profissional e a intelectualidade, e a associação com indivíduos mais favorecidos socialmente. A má oclusão, definida como alteração do crescimento e desenvolvimento que afeta a oclusão dos dentes, é considerada um problema de saúde pública, pois apresenta alta prevalência e pode interferir negativamente na qualidade de vida, prejudicando a interação social e o bem-estar

psicológico dos indivíduos acometidos. Baseado nos conceitos de Sinai, CHAVES (1986), afirma que a má oclusão afeta grande parte da população do mundo, constituindo, também, um sério problema de saúde pública. Segundo PROFFIT (1991), a má oclusão tem acometido seres humanos desde a antiguidade e tem despertado grande interesse de profissionais no intuito de as prevenir e corrigir.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1991), coloca a má oclusão como o terceiro item na ordem dos problemas de saúde bucal, sendo precedido somente pela cárie e doença periodontal. No Brasil, essa situação se repete, o que faz com que a má oclusão mereça um olhar especial. Devido a crescente prevalência das más-oclusões, e a transformação epidemiológica por que passa a saúde bucal, com o forte declínio do índice de cáries, e baseando-se na referência dos princípios constitucionais de integralidade e equidade, torna-se necessário viabilizar a incorporação de procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. As más oclusões são problemas de saúde bucal de interesse na Saúde Coletiva, definidas como agravos à saúde, desde 1950, pela OMS (ALVES, J.A.O., 2009).

A má oclusão pode causar impacto estético nos dentes e na face e impacto nas atividades diárias (fala e fonação, mastigação, respiração, postura) dos indivíduos, especialmente as crianças que estão em fase de socialização, podendo ser causa de baixa autoestima. (FRAZÃO, P. et al., 2002 e MICHEL-CROSATO, 2005)

A prevenção e a interceptação das más oclusões são necessárias para impedir que se instalem precocemente e se agravem progredindo para a necessidade do tratamento ortodôntico corretivo, o que aumentaria os custos para o Estado. Fazendo-se a prevenção e a interceptação das más oclusões cerca de 60% dos problemas podem ser corrigidos com menos custo para o Estado. Um tratamento ortodôntico interceptativo, quando instituído precocemente e com a colaboração do paciente, pode ser viável de ser realizado no serviço público e apresentar resultados relevantes (SOUZA, 2012).

O Ministério da Saúde publicou os resultados do SB Brasil 2003, e os dados encontrados demonstraram uma prevalência de 36,46% de más oclusões, sendo a maior frequência da má oclusão leve em crianças aos 5 anos de idade, 58,14% aos 12 anos; e de 53,23% aos 15 anos de idade. Aos 12 anos, observou-se uma prevalência de 21% da condição oclusal muito severa ou incapacitante.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda às autoridades sanitárias a realização, numa periodicidade entre cinco e dez anos, de levantamentos epidemiológicos das principais doenças bucais nas idades de 5, 12 e 15 anos e nas faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos. Sabe-se que o planejamento das políticas públicas de saúde deve estar pautado no conhecimento das necessidades da população, correlacionando causas, efeitos e soluções dos problemas. Desse modo, o diagnóstico das condições de saúde bucal de grupos populacionais é um subsídio fundamental para o planejamento e a avaliação de ações de promoção de saúde (NOBILE & FORTUNATO, 2007)

A avaliação das más oclusões e das necessidades de tratamento para fins de saúde pública se faz necessária na determinação das prioridades de tratamento nos serviços odontológicos subsidiados publicamente, para estimar adequadamente o número de profissionais a serem recrutados e os recursos financeiros necessários para suprir esse tratamento (BITTENCOURT, M.A.V. e MACHADO, A.W., 2010).

É preocupante a dificuldade que a população menos favorecida financeiramente tem em acessar os serviços públicos de saúde bucal no Brasil, já que poucos deles têm um setor ou programa voltado para solucionar esta demanda. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), (IBGE, 2015), demonstrou que o atendimento odontológico no Brasil em 2013, ocorreu preponderantemente em consultório particular ou clínica privada, totalizando 74,3% dos atendimentos. As unidades básicas de saúde foram responsáveis por apenas 19,6% dos atendimentos, um percentual muito inferior à real demanda da população. Percebe-se que a falta de orientação

teses, entre os anos de 2000 e 2017 nos idiomas, português e inglês.

Ortodontia e sua relevância no contexto das Políticas Públicas de Saúde

A Ortodontia é a área da Odontologia que se preocupa com a orientação quanto ao crescimento e desenvolvimento das estruturas craniofaciais, bem como a correção das más-relações que aí possam ocorrer (BRESOLIM, 2000). As maiores responsabilidades da ortodontia estão no diagnóstico, prevenção, interceptação e tratamento de todas as formas de más-oclusões dentárias e das alterações a ela associadas.

A Ortodontia surgiu nos Estados Unidos no final do século passado. Foi desenvolvida por Edward Hartle Angle e se tornou a primeira especialidade da área odontológica. Há alguns anos a Ortodontia era praticada para uma elite, e ter um aparelho nos dentes simbolizava de status social. Hoje, apesar de o acesso estar mais democrático, os de mais baixa renda ainda têm que transpor muitas barreiras sociais para poder usufruir desse benefício.

O ramo da ortodontia que trata da prevenção das más oclusões é a ortodontia preventiva, cujos objetivos seriam evitar o problema de más oclusões, através da promoção da discussão de valores, saberes e crenças da população e do uso do conhecimento do profissional para o esclarecimento dos indivíduos alvos das ações de saúde (PROFFIT, 2002). Tais procedimentos são, portanto, passíveis de inclusão nas ações básicas do cirurgião-dentista que atua no Programa de Saúde da Família (PSF) ou em ambulatórios públicos, tornando-se quase que obrigatória sua inclusão em equipes de saúde pública bucal.

A ortodontia preventiva é de fácil aplicabilidade prática, tem baixo custo operacional e não requer a utilização de nenhum aparelho ortodôntico, sendo, na realidade, uma prevenção das más-oclusões dentárias. Segundo BRESOLIM (2000), muitas vezes é necessário transpor os limites da ortodontia preventiva, quando o paciente requer uma intervenção mecânica precoce, e neste caso

e de políticas públicas voltadas para o segmento da população de renda baixa, que não pode pagar por um tratamento especializado, são os fatores que mais contribuíram para muitos dos problemas de má oclusão encontrados, especialmente os causados pelo resultado de cáries e/ou à perda dentária. Falar em políticas de saúde sem respeitar os princípios constitucionais é contribuir para que as desigualdades sociais sejam cada vez maiores e falar especificamente em política pública de saúde bucal, então, deve-se referir a todos os segmentos da Odontologia e não somente a cáries e doenças periodontais.

O tratamento ortodôntico oferecido pelo SUS é uma prática que se tornou mais acessível após a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas, conhecidos como CEO, em 2014. A partir desses centros, a Ortodontia ganhou força para incluir uma gama de procedimentos de intervenções corretivas e preventivas das deformidades oclusais dentárias e esqueléticas. No Brasil, existem 42 serviços públicos de Ortodontia presentes em 39 municípios, no entanto para abranger a maior parte possível da população necessitada ainda precisa de um caminho no qual o procedimento oferecido tenha maior resolutividade, eficácia e menor custo para o SUS (FREITAS, 2012).

Nesse contexto, é jus mencionar que o objetivo central desse trabalho é debater o problema e propor discussões para prevenir as questões ortodônticas existentes.

METODOLOGIA

Este artigo faz uma revisão da literatura sobre a saúde bucal no Brasil desde a implantação do SUS, a epidemiologia das más oclusões e como está a oferta de tratamentos ortodônticos na rede pública, utilizando-se os descritores: “oclusão dentária e qualidade de vida”, “oclusão dentária e saúde pública”, “ má oclusão e saúde pública”, “malocusão e saúde pública”, “ saúde bucal”, “ acesso à ortodontia”, “ políticas públicas em ortodontia”, “ortodontia preventiva”, buscando nas plataformas Science Direct e do Scielo ,artigos e

estamos falando da Ortodontia interceptativa, e consiste na extensão dos procedimentos preventivos, impedindo o agravamento da má oclusão, interceptando o problema.

Para HERREN (1970), os procedimentos interceptativos são de grande importância na atenuação do problema. A interceptação minimiza a má-oclusão e ainda pode eliminar suas causas. AL NIMRI e RICHARDSON (2000) consideraram que a ortodontia interceptativa melhoraria as condições bucais das crianças, minimizando a necessidade de tratamento com a ortodontia fixa, honrando mais para o Estado. A maior parte das ações interceptativas pode ser feita pelo clínico geral, até mesmo nos consultórios do SUS, sem a necessidade de uma política de saúde especial para isso, pois são de baixo custo e demandam menor dificuldade na sua execução. A prevenção e a interceptação das más oclusões são necessárias para impedir que se instalem precocemente e se agravem progredindo para a necessidade do tratamento ortodôntico corretivo, o que aumentaria os custos para o Estado. Fazendo-se a prevenção e a interceptação das más oclusões cerca de 60% dos problemas podem ser corrigidos com menos custo para o Estado. Um tratamento ortodôntico interceptativo, quando instituído precocemente e com a colaboração do paciente, pode ser viável de ser realizado no serviço público e apresentar resultados relevantes (SOUZA, 2012). O tratamento de desarmonias esqueléticas e outros fatores complicadores da função dentofacial – como ausência geral de espaço para os dentes, espaçamento generalizado, projeção anterior acentuada dos dentes, entre outros – requerem um tratamento total, pela ortodontia corretiva convencional. Embora esse tratamento devesse ser incluído no rol dos demais executados no serviço público de saúde, devem ser observados vários fatores (oclusais, psicológicos e econômicos) para que se investigue se o paciente realmente necessita recebê-lo, pois muitas vezes o anseio do paciente em receber o tratamento se deve a fatores estéticos. Quando as más-oclusões oferecerem implicações na vida do indivíduo além da estética, como

dificuldades de inserção social, o problema deve figurar entre as ações de saúde pública (MACIEL, 2003). Se os objetivos do tratamento são puramente estéticos, o setor privado deverá se encarregar de executá-lo.

A OMS, em 1954, enumerou a má oclusão como a terceira doença que constitui riscos para a saúde bucal e nesta escala de prioridades a má oclusão ainda hoje figura, em geral, nesta posição, superada apenas pela cárie dentária e pelas doenças periodontais (CHAVES, 1986).

A evolução por que vem passando a odontologia, tem colocado a Ortodontia numa situação de desafio, se for considerado que, cada vez mais, aumenta a preocupação no sentido da extensão de serviços à comunidade (ARAÚJO, 1986).

É relevante que pesquisadores explorem essas bases de dados, com a finalidade de descrever e analisar os indicadores dos problemas oclusais da população, já que dentes protruídos, irregulares ou mal ocluídos podem causar distúrbios para o indivíduo como: problemas psicossociais relacionados ao comprometimento da estética dentofacial, dificuldades no movimento mandibular devido à falta de coordenação muscular ou dor, distúrbios na articulação têmporo mandibular, alterações na mastigação, deglutição e fonação, e maior susceptibilidade ao trauma oclusal, à doença periodontal acentuada e à cárie dentária (PROFFIT; FIELDS Jr, 1995). Nesse contexto, os principais fatores que influenciam a decisão para o tratamento ortodôntico do ponto de vista do paciente, são: insatisfação com a aparência dentofacial, recomendação do dentista, preocupação por parte dos pais e influência de colegas da escola que usam aparelho. A indicação para o tratamento deve ser definida pelo profissional após exame clínico e conhecimento da existência de impacto negativo da má oclusão sobre a qualidade de vida do indivíduo. Na má oclusão, os dentes não estão numa posição adequada em relação com os dentes adjacentes do mesmo maxilar, ou com os dentes opostos quando os maxilares estão em contacto. Engloba todos os desvios dos dentes e dos maxilares do

alinhamento normal, a má posição individual dos dentes, discrepância ósseo-dentária e má relação das arcadas dentárias no plano sagital, vertical e transversal. Diagnosticar precisamente uma única causa é difícil, pois existe uma interação complexa de múltiplos fatores destacando-se as influências hereditárias e as ambientais, incluindo estímulos positivos e nocivos presentes principalmente durante a formação e desenvolvimento do complexo craniofacial na infância e na adolescência (VAN DER LINDEN, 1966; PLANAS, 1987). As causas das más-oclusões, para PROFFIT (2002), são inespecíficas, pois sempre se combinam, e raramente um único fator é o responsável.

Destacam-se, entre os agentes causadores e exacerbantes, a genética, hábitos musculares nocivos, hábitos de sucção digital ou de chupeta, respiração bucal ou respiração nasal prejudicada, postura anormal da língua em repouso ou durante a fala e traumatismos dentofaciais.

As más oclusões, compreendidas como problemas de crescimento e de desenvolvimento que afetam a oclusão dos dentes, podem ser consideradas um problema de saúde pública, pois apresentam alta prevalência e possibilidade de prevenção e tratamento, além de provocarem impacto social pela interferência na qualidade de vida dos indivíduos (OLIVEIRA, C.M., SHEIHAM A., 2004). As más oclusões podem produzir alterações de impacto estético nos dentes e na face, e/ou de impacto funcional na oclusão, mastigação, deglutição e fonação. O aspecto estético exerce papel importante na interação social dos indivíduos, sendo que as deformidades faciais causam mais impacto do que outras incapacidades físicas. Em algumas situações, a presença de dentes alinhados exerce forte influência sobre a percepção de beleza, a identificação com o sucesso profissional e a intelectualidade, e a associação com indivíduos mais favorecidos socialmente.

Baseado nos conceitos de Sinai, CHAVES (1986), afirma que a má oclusão afeta grande parte da população do mundo, constituindo, também, um sério problema de saúde pública.

No Brasil, essa situação se repete, o que faz com que a má oclusão mereça um olhar especial. Devido a crescente prevalência das más-oclusões, e a transformação epidemiológica por que passa a saúde bucal, com o forte declínio do índice de cáries, e baseando-se na referência dos princípios constitucionais de integralidade e equidade, torna-se necessário viabilizar a incorporação de procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. As más oclusões são problemas de saúde bucal de interesse na Saúde Coletiva, definidas como agravos à saúde, desde 1950, pela OMS (ALVES, J.A.O., 2009).

A má oclusão pode causar impacto estético nos dentes e na face e impacto nas atividades diárias (fala e fonação, mastigação, respiração, postura) dos indivíduos, especialmente as crianças que estão em fase de socialização, podendo ser causa de baixa autoestima. (FRAZÃO, P. et al., 2002 e CROSATO, M., 2005)

A saúde bucal brasileira reflete algumas das principais características da sua sociedade: economia em crise, desigualdades sociais enormes, crescente número de pessoas em pobreza absoluta. Esse fato leva quase 70% da população, situada nos extratos de baixa e muito baixa renda, para longe dos serviços odontológicos particulares. No Brasil, 70% do total de gastos com saúde bucal estão alocados no setor privado e apenas 30% no setor público, transformando a prática odontológica em privada e curativa (PINTO, 2000). Ressalta-se em saúde bucal a questão do mau posicionamento dos dentes e dos maxilares, que revela uma infinidade de implicações biológicas e sociais mais complexas do que simples problemas estéticos, fazendo com que a questão mereça se tornar alvo de políticas públicas e da preocupação dos gestores, galgando a conquista de um patamar igualitário de aproximação Ortodontia-Saúde Pública. O setor privado pode se encarregar de absorver a demanda das pessoas que buscam tratamento por motivos estéticos, enquanto os portadores de casos mais severos, que não podem arcar com os custos do tratamento, o receberiam via sistema público. GALVÃO et al. (1994) comentam

que classificar e mensurar as más oclusões é tarefa difícil, principalmente por se tratar de um país onde a miscigenação da população é imensa, uma vez que cada grupo populacional apresenta padrões faciais e bucais específicos. Todavia, todos os trabalhos mostram alta porcentagem de más-occlusões, raramente inferior a 50%. Sob o aspecto social e cultural das doenças, as más-occlusões podem ser incluídas entre as alterações bucais que mais interferem na qualidade de vida da população, pois afetam a estética facial, causam prejuízos à mastigação, à fala, à interação social e diminuem o sentido de bem-estar.

A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal exerce grande influência na integração social dos indivíduos e as deformidades faciais causam mais impacto que as demais deformidades físicas (PERES et al, 2002). Os indivíduos com melhor aparência dental são considerados pelos seus pares como mais inteligentes, além de mais bonitos, em relação às pessoas que apresentam algum tipo de problema oclusal, principalmente as faces com posicionamento incorreto dos incisivos (BALDWIN, 1980).

Entre as crianças, a percepção das desfigurações dentofaciais é extremamente relevante nos relacionamentos interpessoais, até mais do que as outras deficiências físicas. As questões culturais são decisivas neste aspecto, pois crianças e adultos têm uma tendência maior de rejeição a problemas crâniofaciais que, por exemplo, ao uso de uma cadeira de rodas ou outras deficiências. Estudos no campo da psicossociologia indicam que a atratividade da face é fator preponderante na interação social. As pessoas com melhor aparência facial são consideradas mais ativas, mais amistosas e com maior facilidade de iniciar um relacionamento afetivo. E há evidências do efeito que a região oral detém sobre a estética facial como um todo e, conseqüentemente, nas relações interpessoais (SHAW ET AL, 1991). KEROSUO et al. (1995) relataram que, em um júri simulado, as pessoas com aparência facial melhor foram consideradas menos “culpadas” ou merecedoras de uma “pena

mais leve”, quando comparadas com pessoas cujas faces eram consideradas pobres em estética.

O impacto psicológico provocado por certas oclusopatias é tanto maior quanto mais severo for o problema, sempre evocando nas pessoas uma tendência a se tornarem caricaturas, ridículas aos olhos alheios e um estímulo às provocações. Essa agressão psicológica pode causar desordens no comportamento e desajustes na personalidade. E essas pessoas seriam mais resignadas e estóicas, comportando-se mais passivamente diante das situações desfavoráveis, como se a agressão social as moldasse e imobilizasse. SHAW (1991) relatou que é de grande importância uma infância satisfatória com relações normais entre os colegas, para que se tenha uma vida futura com sucesso social e equilíbrio emocional. A rejeição por seus pares pode influenciar toda a vida futura da criança. Uma aparência facial particularmente influenciada pelos dentes, que evoque julgamentos sociais desfavoráveis, é muito importante para a estabilidade psicológica da criança, pois pode impor a ela situações que a marcarão. A busca por terapia ortodôntica não pode ser considerada mera vaidade, mas uma resposta à avaliação social e ao conceito de estética, que varia de indivíduo para indivíduo, e em diferentes populações, dependendo das tradições culturais (KEROSUO et al., 1995; PERES et al., 2002). Uma política pública de saúde bucal que inclua a Ortodontia levaria em conta os aspectos psicológicos, sociais e culturais que prejudicam o indivíduo. O grau em que o fator má-occlusão causa danos ao indivíduo é proporcional ao grau de resposta negativa por parte das outras pessoas estigmatizadas e a pessoa vítima de uma estigmatização é tida como desacreditada socialmente. Foi também relatado na literatura (DAWSON, 1993) que o posicionamento incorreto dos dentes causaria desordens nas articulações têmporo-mandibulares, por alterar a posição do disco articular, aumentar o tonus dos músculos da mastigação, além de comprimir os tecidos articulares.

Os maxilares e os contatos dentários exercem

influência física sobre o funcionamento dos músculos mastigatórios, sobre suas fibras, unidades motoras e estruturas circunvizinhas. Os distúrbios morfológicos e funcionais da boca influenciam a ação esqueleto-motora dos músculos da mastigação. Quando ocorre uma quebra do equilíbrio anatômico e neurológico da região, as dores orofaciais surgem como produto dessas alterações, que podem influenciar também a harmonia existente entre crânio e mandíbula e entre crânio e coluna cervical. JONES (1994) relatou um estudo que encontrou grande correlação estatística entre discrepâncias oclusais e disfunções têmporo-mandibulares. Também relatou forte relação entre a terapia oclusal e a diminuição de dor nas referidas articulações. JENNY (1975) afirmou que o nível socioeconômico também é importante e influi nas más-occlusões, pois nem todas as famílias podem arcar com os custos de um tratamento ortodôntico, com especial ênfase para os grupos menos favorecidos. Comentou, ainda, que os indivíduos pertencentes a essas famílias devem ser avaliados não só sob o critério biológico, mas também sob o econômico, para possível acesso a tratamento nos sistemas públicos de saúde. Muitas doenças afetam sobretudo os grupos sociais menos favorecidos, privados de acesso às políticas públicas de saúde e aos serviços particulares. PETERSEN (1990) e MOYSÉS (2000), afirmam que os mais pobres têm pior saúde dental que os mais ricos, embora não seja regra geral, pois a associação

entre pobreza e doenças dentais não é universal. Contudo, o status socioeconômico é decisivo no caso da demanda para tratamento. O acesso a este é prerrogativa das classes sociais mais privilegiadas que podem pagar pelos serviços, restando à população de baixa renda lutar pelas escassas fichas de consulta nas unidades públicas de saúde ou se “contentar” com a exclusão.

As alterações nas características socioeconômicas da população brasileira, sejam a piora na distribuição de renda e a diminuição do poder aquisitivo da classe média, estão ocorrendo paralelamente no que tange à saúde, com o estrangulamento dos serviços

públicos, aumento da demanda e crescimento das medicinas de grupo (WATANABE et al., 1997). O resultado desastroso dessa situação se materializa na exclusão de grande parte da população dos serviços de saúde e, na ampla maioria das vezes, a população excluída é a menos privilegiada economicamente. Assim também acontece com a Odontologia, em que o acesso a um tratamento ortodôntico é quase restrito à população de melhor poder aquisitivo. Isso contribui ainda mais para o crescimento do enorme abismo entre pobres e ricos em nosso país. A exclusão social por que passam hoje vários países em desenvolvimento, em especial o Brasil, se reflete em todos os setores. A cobertura de serviços odontológicos pelo setor público é elementar para a maior parte dos estabelecimentos e os procedimentos cobertos são os de menor complexidade. O setor privado, apesar de imperar na oferta de serviços, absorve apenas uma pequena parte da população, que paga diretamente pelos serviços ou se enquadra dentro de planos de saúde, que em sua maioria não cobrem tratamentos ortodônticos. Assim a população de baixa renda, que não dispõe de planos odontológicos nem de recursos para comprar os serviços particulares, compõe um quadro de completo abandono e exclusão, pois não existe, em nível público, sequer uma menção à possibilidade de se oferecer tratamento ortodôntico para as más oclusões deformantes, ou mesmo uma intervenção preventiva. Muitas pessoas precisam do tratamento, mas não podem pagá-lo. A maior ligação existente entre más-occlusões e fatores econômicos reside na forma de resolução do problema: o tratamento ortodôntico é sempre de alto custo, demandando grande tempo para sua execução e um serviço altamente especializado, ou seja, a ausência de recursos financeiros para custear o tratamento empurra para longe dos consultórios odontológicos a maior parte da população.

Pesquisadores da Faculdade de Odontologia Clínica da Universidade de Sheffield encontraram evidências que o tratamento ortodôntico antes dos 18 anos melhora a qualidade de vida da saúde bucal

(OHRQoL). JAVIDI H. Et al (2017), realizaram uma revisão sistemática e meta-análise de estudos que utilizaram os resultados relatados pelo paciente antes e depois do tratamento ortodôntico, e concluíram que o tratamento ortodôntico melhora o OHRQoL (índice que mede a qualidade de vida relacionada à saúde bucal), com a maior melhora no bem-estar emocional e social.

A prática da ortodontia na Rede Pública de Saúde

As políticas públicas para a prática da Ortodontia na rede pública, deve observar em que condições e para quem o tratamento ortodôntico deve ser oferecido no sistema público de saúde, dadas as limitações financeiras e de recursos humanos. Exemplos de países como Inglaterra, Nova Zelândia, Suécia e Finlândia oferecem em seus sistemas públicos de saúde tratamento ortodôntico para os casos mais graves ou deformantes. O paciente é avaliado e submetido a um índice, que determina se há ou não necessidade de realizar o tratamento. O critério de seleção é baseado em índices oclusais, que se referem às condições bucais do indivíduo e também são considerados, fatores psicossociais relativos às más-oclusões nesses processos de triagem. A Ortodontia está ligada ao serviço público de saúde de vários outros países, como Dinamarca, Finlândia, Grã Bretanha, Holanda e Suécia, onde é subsidiada pelo governo. E, nestes países, os pacientes usuários são submetidos a uma aplicação de índices classificatórios das más-oclusões, de acordo com a necessidade de tratamento apresentada, o que os seleciona de acordo com a gravidade do caso (JANVINEN, 2001). Apesar de o acesso à ortodontia ser gratuito para todos nesses países, não são cobertos tratamentos de casos simples ou por motivos somente estéticos.

O sistema público de saúde dos países mais pobres, como o Brasil, ao inserirem o tratamento ortodôntico nas políticas de saúde pública, devem impor restrições ainda maiores, baseados em índices que medem a necessidade de tratamento, devido à maior carência de recursos.

Dos índices para medir a gravidade da má oclusão e necessidade de tratamento, para a escolha do paciente que realmente necessita do tratamento, um dos mais completos e usados hoje, em todo o mundo, é o OITN (ERTUGAY; ÜÇÜNGÜ, 2001; HUNT et al., 2002). O OITN foi descrito por Shaw e Brook em 1989 e modificado por Richmond em 1990, quando ganhou reconhecimento internacional como método de classificar objetivamente a necessidade de tratamento ortodôntico. O índice classifica as más-oclusões de acordo com sua gravidade, na intenção de identificar as pessoas que serão mais beneficiadas pelo tratamento (JANVINEN, 2001; ERTUGAY; ÜÇÜNGÜ, 2001). O OITN está composto por duas partes: um Índice Estético, Aesthetic Index (AI) e o Índice de Saúde Dental, Dental Health Component (DHC) que podem ser aplicados de maneira independente (HUNT et al. 2002).

As más-oclusões são divididas em cinco níveis: os níveis 1 e 2 representam, respectivamente, nenhuma necessidade de tratamento ou uma leve necessidade; o nível 3 é fronteiro entre necessidade ou não de um tratamento; níveis 4 e 5 denotam grande necessidade de tratamento ortodôntico (ERTUGAY; ÜÇÜNGÜ, 2001).

A tendência agora, em países onde se pratica o bem-estar social e a prática da ortodontia é oferecida pelo setor público, é observar o paciente de maneira geral, o indivíduo inserido na sociedade. Os governos internacionais vêm priorizando o tratamento das más-oclusões, por causa do declínio das cáries haja visto o impacto social daquelas, e acoplado à classificação das más-oclusões, são utilizados questionários definidores do status psicossocial do pretendente ao tratamento (RICHMOND et al., 2001).

A exclusão social das pessoas de baixa renda e a dificuldade de acesso a um tratamento ortodôntico particular fazem que o sistema de saúde seja, às vezes, perverso, pois o acesso ao tratamento muitas vezes é negado ou não existe, os indivíduos carentes terem menor voz ativa e tendência menor de expressar sua insatisfação (VIANNA, 2000).

Garantir a entrada dessa classe com desvantagens socioeconômicas, em uma clínica ortodôntica, é dar um grande passo em direção à prática dos princípios do SUS. Isso deve ser feito através da incorporação de indicadores socioeconômicos registrados durante o processo de triagem. O acesso igualitário depende de uma seleção para tratamento não excludente, mas que deve ser definido por prioridades. Devido a falta de recursos para o financiamento da prática da Ortodontia no serviço público, a triagem define a severidade dos casos para tratamento e os mais graves são selecionados pela preferência em detrimento de outros que poderiam ser tratados mais tarde. A clientela beneficiada pode representar pouco em um universo de grandes desigualdades e necessidades a elas equivalentes, mas, em contrapartida, é uma proposta exequível, um ideal atingível que pode, além de continuar atendendo a dezenas de pessoas, direcionar esse benefício para onde houver maiores necessidades, sejam elas de ordem econômica, social ou biológica.

No Brasil, a escassez de recursos faz com que as triagens e escolhas de pacientes para tratamento ortodôntico, via sistema público ou afins, sejam muito mais minuciosas e priorizem aquele de mais baixa renda, mais desassistido, SUS-dependente e com os problemas oclusais mais severos que ajudam a excluí-lo da sociedade. Um exemplo bem sucedido, é a UFJF que encampou um modelo de triagem, que vem sendo empregado com sucesso, e desde então utilizado na UFJF, o modelo foi tema da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva defendida no IMS/UERJ (MACIEL, 2006).

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a assistência odontológica pública no Brasil tem se restringido quase que completamente aos serviços básicos. Até seu lançamento, os dados mais recentes indicavam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos, indicando que a expansão destes serviços não acompanhou o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. A partir de 2004, com o lançamento do

Programa Brasil Sorridente do Governo Federal, além do atendimento básico, a população passa a ter acesso também a tratamentos especializados. Isso é possível através da implantação e/ou melhoria dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os CEO são unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal de atenção básica e oferecem de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica, como endodontia, tratamentos cirúrgicos periodontais, cirurgias odontológicas, cancer bucal em estágio mais avançado e ortodontia. Para isto, o conhecimento da situação epidemiológica da população é essencial tanto para o nível de planejamento quanto para o de execução dos serviços odontológicos.

Um programa de prevenção e interceptação ortodôntica foi sugerido, com a inclusão de atitudes que visem à prevenção das oclusopatias em programas de saúde já existentes e a ampliação da oferta de serviços nas UBSs, abrangendo a instalação de mantenedores de espaço e procedimentos interceptores. A idade sugerida para abordagem seria a correspondente à da dentição decídua e início da dentição mista. A organização e inclusão de procedimentos ortodônticos são possíveis de ser aplicadas com o gerenciamento dos recursos físicos, humanos e financeiros e o estabelecimento de critérios para acesso aos serviços, (HEBLING, 2007)

A utilização de protocolo de assistência e o correto planejamento das ações ortodônticas podem possibilitar a realização de ações preventivas e interceptoras nas próprias UBSs, enquanto maiores recursos possam ser alocados para a criação de Centros de Referência de Especialidades, com a possível implantação de procedimentos em Ortodontia Corretiva.

A Constituição de 1988 estabelece o direito à saúde como um dever do Estado aplicado de forma a permitir o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da

saúde (atendimento integral), reduzindo os riscos e agravos à saúde. Porém, tem-se consciência que os serviços ainda não estão aptos a oferecer o atendimento a todos. Faz-se necessário estabelecer regras ou critérios de inclusão para que, durante o processo de triagem, os organizadores tenham quesitos na filtragem e selecionem quem deverá receber o tratamento.

Alguns quesitos, devem ser observados, (HEBLING, 2007):

1. Enquadramento geográfico: o paciente deve pertencer à área ou microárea de abrangência onde o serviço está sendo oferecido na UBS, sendo usuário a mais de seis meses da atenção básica. Assim, pretende-se selecionar os pacientes que realmente pertençam àquela unidade e não sejam migratórios.

2. Assiduidade: os pacientes devem ser assíduos ao sistema. A unidade básica, tendo acesso às informações sobre o paciente, tem condições de selecionar aqueles com “perfil” para o tratamento a ser oferecido, onde critérios como freqüências às consultas agendadas, autocuidados, responsabilidade e comprometimento com o trabalho oferecido serão analisados a fim de garantir a aderência ao tratamento.

3. Condições de saúde bucal: o paciente deve estar livre de cáries, ser de baixo risco para as mesmas ou estar com a atividade da doença controlada, sem problemas periodontais e outras doenças que inviabilizem o tratamento ortodôntico.

4. Possuir boa higienização bucal: o paciente deve ser portador de uma boa higiene bucal comprovada, por meio de índices de biofilme dentário (placa), em avaliações periódicas realizadas em tratamentos anteriores.

5. Baixa condição econômica: o paciente deve possuir baixo poder aquisitivo, sendo diagnosticado por meio de questionário socioeconômico.

À medida que o serviço possa ser expandido, este poderá ser oferecido a um número maior de moradores da microárea.

Os recursos destinados aos programas odontológicos provavelmente nunca serão suficientes para atender as ilimitadas demandas

por procedimentos ortodônticos. No entanto, há necessidade de se assegurar que estes procedimentos sejam fornecidos principalmente àqueles pacientes que possam ser mais beneficiados com o tratamento ortodôntico.

A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou no setor odontológico o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. No SUS, o atendimento odontológico especializado corresponde a aproximadamente 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente que a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária acaba por comprometer, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas regionais de saúde.

Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de buscarem-se, continuamente, formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados, recomendam-se a organização e desenvolvimento de ações de inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica.

Os Centros de Referência de Especialidades Odontológicas capacitados para o referido tratamento ainda precisam ser criados pelos municípios, os quais poderão receber verbas do Ministério da Saúde para sua implantação. Para a implantação, devem ser analisadas as disponibilidades de pessoal para execução, qualificação técnica da mão-de-obra disponível, os serviços laboratoriais disponíveis a serem utilizados e a sua capacidade de absorver a confecção dos aparelhos a serem encaminhados, assegurando assim a plena utilização da rede de serviços disponíveis. Os serviços de radiologia, os serviços laboratoriais protéticos também poderiam ser efetivados por terceirização, realizados por meio de licitação e de credenciamento.

Com a expansão do conceito de atenção básica e os consequentes aumentos da oferta de diversidade de procedimentos, fazem necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. A

partir da instalação e comprovação da capacidade do serviço instalado, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho e ampliação dos serviços.

Cada instituição deveria ter o seu protocolo de assistência, de acordo com os recursos humanos já disponíveis dentro da UBS e, com a estruturação e solidificação dos atendimentos ao público, recursos sejam destinados à capacitação a mão-de-obra presente ou novos profissionais que se enquadrem nas exigências sejam contratados, podendo garantir eficiência dos tratamentos propostos. A capacitação profissional é fundamental para a implantação de um programa de assistência ortodôntica.

Portanto, há vários conhecimentos que necessitam ser revistos, lembrados e aprofundados, para que se possa por em prática um programa de atendimento.

A capacitação do cirurgião-dentista e das equipes multiprofissionais, poderia ser obtida com a ampliação e implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, conforme sugerido no Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, indo ao encontro das necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS, permitindo a formação de equipes de saúde bucal, conforme a realidade municipal, de forma multidisciplinar e intersetorial. A equipe multidisciplinar envolveria várias áreas de saúde bucal (CD, THD, ACD, TPD, APD), fonoaudiólogos, nutricionistas e agentes de saúde, em conjunto com a Pastoral da Criança, professores e movimentos populares em saúde.

A crescente aplicação dos conceitos de prevenção em Odontologia nas últimas décadas nos leva a vislumbrar um país com possibilidades de suprir as necessidades de saúde bucal da população, proporcionando, em médio prazo, uma atenção odontológica correta em todos os níveis de assistência.

Podemos afirmar que a Odontologia está apta,

técnica e cientificamente, a cumprir o seu papel e, se não o faz, é por uma questão de atitude profissional e governamental.

A abordagem de tratamento das má oclusões de forma preventiva, aplicada desde o aleitamento materno e dentição decídua, e de forma interceptora com a instalação de aparelhos simples, de baixo custo e alta resolutividade no final da dentição decídua e mista pode e ser aplicada no serviço público, o que beneficiaria milhares crianças brasileiras que jamais teriam acesso ao tratamento de suas má oclusões se não forem atendidas pelo SUS. Sabendo-se da eficácia e enormes benefícios que os tratamentos ortodônticos proporcionam, a implementação da prática da Ortodontia no rede pública, deve ser incorporada aos programas de saúde bucal coletiva.

A utilização de protocolos de assistência e o correto planejamento das ações ortodônticas tornam possível a realização de ações preventivas e interceptoras nas próprias UBS, enquanto maiores recursos possam ser alocados para os Centros de Referência de Especialidades Odontológicas, e com a possível implantação de procedimentos em Ortodontia Corretiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como pensar em saúde, excluído algumas especialidades por entender que se destinam a uma elite privilegiada? A Ortodontia não tem sido ofertada nos serviços públicos de saúde devido a sua complexidade, necessidade de profissionais especializados e alto custo, porém, a Ortodontia Preventiva adota medidas que podem e deveriam ser praticadas na rede pública para a prevenção de má oclusões, e quando necessária também a Ortodontia Interceptativa e a Corretiva.

Um programa de Saúde Bucal voltado para a Ortodontia em serviço público, com medidas preventivas, educativas e/ou interceptativas, resultaria em melhor qualidade de vida a toda a sociedade, com baixo custo. Devemos pensar não somente no tratamento da doença já instalada, mas na sua prevenção, e lembrar que a saúde bucal tem

importante papel no estabelecimento da saúde geral, e esta diretamente relacionada ao desempenho do indivíduo na sociedade, haja visto o dito popular: “ a saúde começa pela boca”

A questão da ortodontia no SUS merece ser mais discutida, pois parece não haver dúvidas de que o tópico é uma questão de saúde pública. Seja pela importância biológica, psicossocial e econômica das má-oclusões dentárias ou devido ao advento do controle das cáries, tratamento e a interceptação das má-oclusões, cedo ou tarde, passarão a figurar entre as ações de saúde bucal no sistema público, como já acontece em vários países, desenvolvidos ou em desenvolvimento. Porém, há que se ressaltar a necessidade de um sistema de seleção da clientela beneficiada, sistema esse que garanta a equidade e respeite a universalização. Se até os países ricos impõem condições para a oferta de serviços ortodônticos pelo setor público, num país como o Brasil, onde os recursos são mais escassos, a triagem deve fazer parte da principal ferramenta dessa inclusão. Observando a situação da saúde bucal do Brasil como um todo, e fazendo-se um recorte para a atenção ortodôntica, o mínimo que se faça será o máximo em resultados. Com um sistema de triagem, que priorize os problemas mais graves, as injustiças seriam mais raramente cometidas e a integralidade nas ações, a equidade no acesso e a universalidade dos serviços seriam respeitadas, contribuindo ainda que de forma incipiente, mas efetiva, para a diminuição das desigualdades sociais e para a promoção do bem-estar da população .

Uma pequena contribuição para se praticar esses direitos poderia ser a inserção da Ortodontia nos programas públicos de saúde bucal, que seria um caminho a mais, levando ao bem-estar social. A inclusão poderia ocorrer com a interação entre centros de ensino e setores públicos de saúde. Isso não significaria priorizar a terceira condição mórbida que acomete a boca em prevalência, em detrimento de uma mais prevalente - a cárie.

Falar em políticas de saúde sem respeitar os princípios constitucionais é contribuir para que as desigualdades sociais sejam cada vez maiores. Falar

em política pública de saúde bucal, então, deve-se referir a todos os segmentos da Odontologia e não somente a cáries e doenças periodontais.

Muito ainda há por fazer pela saúde bucal da população brasileira, principalmente num período de transição epidemiológica, novas necessidades precisam ser observadas numa perspectiva da saúde pública.

Com o declínio das cáries, a literatura e as ações de saúde no Brasil ainda são quase inexistentes, no sentido de incluir a Ortodontia na atenção básica. O tratamento, embora dispendioso e com custo-efetividade questionável para o setor público, deve ser direcionado a uma clientela específica, selecionada através de uma triagem criteriosa.

A aplicação de critérios para atender os pacientes no serviço público, possibilitaria aos pacientes a garantia de tratamento segundo os princípios da integralidade.

O cirurgião-dentista deve ter uma participação mais efetiva na idealização, planejamento e execução das políticas públicas, a fim de que a Odontologia ocupe um patamar digno de cumprir na prática o que foi escrito no capítulo da Constituição Federal referente aos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. de; LEITE, I. C. G. Orthodontic treatment need for Brazilian schoolchildren: a study using the Dental Aesthetic Index. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v.18, n.1, p. 103-109, Fev 2013.

ALMEIDA, E. R. de; NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; Guedes-Pinto, A. C. Critérios revisados para avaliação e interpretação de desvios oclusais na dentição decídua: uma **perspectiva de** saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.4, p. 87-904, abr. 2008.

AL NIMRI K, RICHARDSON, A. Interceptive orthodontics in the real world of **community dentistry**. **Int J Paediatr Dent**. v. 10, n.2 , p. 99-

109, 2000.

ALVES, J. A. de O. ; FORTE, F. D. ; SAMPAIO, F. C. Condição socioeconômica e prevalência de má-oclusões em crianças de 5 e 12 anos na USF Castelo Branco III: João Pessoa/Paraíba. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v.14, n.3,52-59.Jun 2009.

BALDWIN, D.C. Appearance and aesthetics in oral health. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 8, n. 5, p. 244-256, 1980.

BITTENCOURT M.A.V.; MACHADO A.W.. Prevalência de má oclusão em crianças **entre 6 e 10 anos – um panorama brasileiro**. **Dental Press J Orthod**, v. 15, n.6, p. 113-22, nov-dec.. 2010

BRASIL. Constituição(1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº66, de 13-07-2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Condições de saúde bucal da população brasileira**. Brasília, DF, 2004 Projeto SB Brasil, 20031. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988. São Paulo: Editora Atlas, 1991.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE **Pesquisa Nacional de Saúde** Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento, Rio de Janeiro, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações do Brasil Sorridente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

-RESOLIN, D. **Índices para maloclusões**. In: Pinto VG, organizador. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Editora Santos, 2000.

BRITO, D. I.; DIAS, P. F.; GLEISER, R. Prevalência de má-oclusões em crianças de 9 a 12 anos de idade da cidade de Nova Friburgo (Rio de Janeiro). **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v.14, n.6, p. 118-124, dez 2009.

BRIZON, V. S. C.; CORTELAZZI, K. L.; VAZQUEZ, F. L.; AMBROSANO, G. M. B.; PEREIRA, A. C.; GOMES, V. E.; OLIVEIR, A. C. Fatores individuais e contextuais associados à má oclusão em crianças brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v.47, p. 118-128, Dez 2013.

CARVALHO, F. S. de; CARVALHO, C. A. P. de; SALES-PERES, A.; BASTOS, José R. de M; SALES-PERES, Sílvia Helena de Carvalho Epidemiologia da má oclusão em crianças e adolescentes: uma revisão crítica. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v.62, n.3, p. 253-260, Set 2014.

CHAVES, M.M. Problemas. In: _____. Odontologia social. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.v. 2, p. 23-98.

CURITIBA. Secretaria da Saúde de Curitiba. Protocolo integrado de atenção à saúde bucal. Centro de Informações em saúde, Curitiba, 2004, p.100.

DAWSON, P. E. **Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1993. p.33-62.

DENTALPRESS. Problemas odontológicos podem reduzir em 21% o rendimento do jogador. Disponível em <http://www.dentalpress.com.br/v5/noticias.php?id=6278>.

DIAS, P. F.; GLEISER, R. O índice de necessidade

de tratamento ortodôntico como um método de avaliação em saúde pública. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v.13, n.1, p. 74-81, fev 2008.

ERTUGAY, E.; ÜÇÜNGÜ, N. The use of the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) in a school population and refereed population. *J Orth*, v. 28, n. 1, p. 45-52, 2001.

FERREIRA, E.B.; ABREU T.Q.; OLIVEIRA A.E.F. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: revisão de literatura. **Rev Pesq Saúde**, v.12, n.3, p. 37-42, set-dez, 2011

FRAZÃO, P. et al. **Prevalência de oclusopatia na dentição decídua de crianças na cidade** de São Paulo, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1197-1205, set./out. 2002.

FREITAS, C. V. de; SOUZA, J. G. S.; MENDES, D. C; PORDEUS, I. A.; JONES, Kimberly Marie; MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima. Necessidade de tratamento ortodôntico em adolescentes brasileiros: avaliação com base na saúde pública. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n.2, p. 204-210, jun 2015.

GARBIN, Artênio José Ísper; PERIN, Paulo César Pereira; GARBIN, Cléa Adas Saliba; LOLLI, Luiz Fernando. Prevalência de oclusopatias e comparação entre a Classificação de Angle e o Índice de Estética Dentária em escolares do interior do estado **de São Paulo - Brasil**. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v.15, n.4, p. 94-102, Ago 2010.

GUERRA, K.C.M. **Os centros de especialidades odontológicas nos municípios do estado do Rio de Janeiro: uma investigação dos fatores identificáveis como facilitadores ou não na implantação de uma política de indução financeira** [dissertação]. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio

de Janeiro, 2009

HEBLING, S. R. F. et al. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 1067-1078, 2007

HUNT, O. et al. The aesthetic component of the index of orthodontic treatment need validated against lay opinion. **Eur J Orthod**, v. 24, n. 1, p. 53-9, jan. 2002.

JANVINEN, S. Indexes for orthodontics treatment need. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 120, n. 3, p. 237-9, mar. 2001.

JAVIDI, H.; VETTORE, M.; BENSON, P.E. O tratamento ortodôntico antes dos 18 anos melhora a qualidade de vida da saúde bucal? Uma revisão sistemática e meta-análise. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. V.151, n.4, p. 644-655, abr. 2017.

JENNY, J. A social perspective on need and demand for orthodontic treatment. **Int Dent J**, v. 25, p. 248-56, 1975.

JONES, S. Temporomandibular disorders and non-ideal occlusal schemes: report of a survey in 156 patients. **J Dent Assoc S Afr**, v. 49, n. 9, p. 470-1, Sept. 1994.

MACIEL, S.M.; KORNIS G.E.M.. A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 59-81, 2006.

MICHEL-CROSATO, E.; BIAZEVIC, M. G. H.; CROSATO, E.. Relação entre maloclusão e impactos nas atividades diárias: um estudo de base populacional. **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 37-42, 2005.

MARQUES, Leandro Silva; BARBOSA,

Cristiane Carvalho; RAMOS-JORGE, Maria Letícia; PORDEUS, Isabela Almeida; PAIVA, Saul Martins. Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1099-1106, ago 2005.

MARQUES, L. S.; RAMOS-JORGE, M. L.; PAIVA, S. M.; PORDEUS, I. A. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop**. Saint Louis, v. 129, n. 3, p. 424-427, mar. 2006.

MORAIS, T.M.N. et al. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.18, n.4, p. 412-417, out./dez. 2006.

NARVAI P.C. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.esp., p. 141-147, 2006.

NOBILE C.G.; PAVIA M.; FORTUNATO L.; ANGELILLO I.F. Prevalence and factors related to malocclusion and orthodontic treatment need in children and adolescents in Italy. **Eur J Public Health**. v.17, n.6, p. 637-641, 2007.

OLIVEIRA D. C. ; SÁ C.P.; GOMES A.M.T.; RAMOS R.S.; PEREIRA N.A.; SANTOS W.C.R. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.1, jan. 2008 (capítulo 1 – ppúblicas e saúde).

OLIVEIRA C.M., Má oclusão no contexto da saúde pública. In: BONECKER M, SHEIHAM A. **Promovendo saúde bucal na infância e na adolescência**. São Paulo: Santos, 2004. p. 75-84

OLIVEIRA C.M., SHEIHAM A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related

quality of life in Brazilian adolescents. **J Orthod**. v.31, p. 20-27, 2004.

ONYEASO C.O.; SANU O.O. Psychosocial implications of malocclusion among 12-18 year old secondary school children in Iban, Nigéria. **Odontostomatologie Trop**. v.28, n.109, p.39-48, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal**. 3. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1991.

PERES, Karen Glazer; FRAZÃO, Paulo; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Padrão epidemiológico das oclusopatias muito graves em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v.47, p. 109, dez 2013.

PINTO, V.G. **A Saúde Bucal coletiva**. São Paulo: Editora Santos, 2000.

PLANAS, P. **Rehabilitación neuro-oclusal (RNO)**. Barcelona: Salvat; 1987

PROFFIT, W.R.. Maloclusão e deformidade dentofacial na sociedade contemporânea. In: **Ortodontia contemporânea**. São Paulo: Pancast, 1991. p. 12-23.

PROFFIT, W.R., FIELDS Jr., H.W. **Ortodontia contemporânea**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596p

PUCCA Jr GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cien Saúde Colet*. 2006;11(1):243-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100033>.

RUA, M das G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; (Brasília): CAPES:UAB, 2009. 130p. :il.

RICHMOND, S. et al. Orthodontic treatment stan-

dards in a public group practice in Sweden. *Swed Dent J*, v. 25, n. 4, p. 137-44, apr. 2001.

SCARPARO A.; ZERMIANI T.C.; DITTERICH R.G.; PINTO M.H.B. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 409-415, 2015.

SHAW, WC. ET AL. Quality control in orthodontics: indices of treatment need and **treatment standards**. *Br. Dent. J.* London, v.170, n.3, p.107-112, 1991.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V. G. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos, 2000, p. 223-50.

SILVEIRA, Marise Fagundes; FREIRE, Rafael Silveira; NEPOMUCENO, Marcela Oliveira; MARTINS, Andrea Maria Eleutério de Barros Lima; MARCOPITO, Luiz Francisco. Gravidade da maloclusão em adolescentes: estudo de base populacional no norte de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.50, 2016.

SOUSA, Jossaria Pereira de; SOUSA, Simone Alves de. Prevalência de má oclusão em escolares de 7 a 9 anos de idade do Polo 1 da Rede Municipal de Ensino em João Pessoa-PB. *Revista de Odontologia da UNESP*, v.42, n.2, p.117, abr 2013.

VAN DER LINDEM, F.P.G.M. Genetic and environmental factors in dentofacial morphology. *Am J Orthod*. v.52, n. 8, p. 576-583, 1966.

VIANNA, M. L. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

WATANABE, M. G. C.; AGOSTINHO, A. M.; MOREIRA, A. Aspectos socioeconômicos dos

pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP. *Rev Odontol Univ São Paulo*, v. 11, n. 2, p. 147-51, abr./jun.1997.

Comunicação Breve
