



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

CAIO DE OLIVEIRA

**UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE
A ORTODONTIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tubarão 2020

CAIO DE OLIVEIRA

**UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE
A ORTODONTIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Curso de Odontologia, da Universidade
do Sul de Santa Catarina.

Orientador: Prof. MSc. Wladimir Vinicius Pimenta

Tubarão 2020

CAIO DE OLIVEIRA

**UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE
A ORTODONTIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

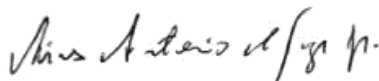
Este Trabalho de conclusão de curso foi julgado adequado à obtenção do título de Cirurgião-Dentista e aprovado em sua forma final pelo Curso de Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Tubarão, 14 de julho de 2020.



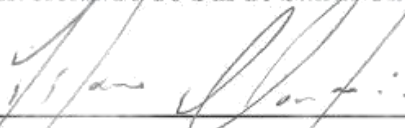
Professor e Orientador Wladimir Vinicius Pimenta, MSc.

Universidade do Sul de Santa Catarina



Prof. Aires Antônio de Souza Junior, Esp.

Universidade do Sul de Santa Catarina



Prof. Dikson Claudino, Dr.

Universidade do Sul de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, por todas as graças e bençãos recebidas, por toda proteção e toda a fé que me faz levantar todos os dias uma pessoa melhor. Em segundo quero agradecer minha família, por todo apoio recebido, tanto financeiro quanto emocional, e que estão sempre me ensinando as coisas certas da vida. Em terceiro meu professor e orientador Wladimir Vinicius Pimenta, por toda dedicação e disponibilidade tanto nesse trabalho quanto em todo o curso. Agradecer também aos professores Aires e Dikson, por fazer parte dessa fase tão importante da minha vida. E por fim meus amigos e a minha namorada que formam muito importantes ao longo do curso, e que sempre tiveram a total disposição para ajudar no que for preciso.

“Não importa o que digam ou pensem, alcançaremos os nossos objetivos com aquele que nos protege” (JAQUES DEMOLAY)

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, implementando assim procedimentos ortodônticos no sistema único de saúde. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura a respeito da implementação da Ortodontia no Sistema Único de Saúde. Os problemas de má oclusão no Brasil parecem atingir de 50% a 85% das crianças e adolescentes e de 60% a 90% de adultos e apesar da alta prevalência de problemas relacionados à ortodontia, poucas experiências exitosas dentro do SUS foram encontradas nos relatos da literatura, onde mesmo com a implantação do Programa Brasil Sorridente e com a inserção de procedimentos ortodônticos no rol de ações cobertos pelo sistema, não há um volume considerável de ações preventivas e/ou interceptativas nesta especialidade e nem mesmo protocolos clínicos ou sistemas de triagem. Porém, internacionalmente há o relato de experiências exitosas e o emprego de índices e exames de triagem realizados em saúde coletiva, onde não só o diagnóstico, mas o tratamento ortodôntico também faz parte da realidade da saúde pública nesses países. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PUBMED, Lilacs, Medline, Scopus e na literatura cinzenta (Google Scholar) utilizando-se os seguintes termos: “Ortodontia + SUS”, “Ortodontia + pública”, “Ortopedia maxilares + SUS”, “Ortopedia maxilares + pública”. Os tipos de estudos incluídos foram revisões bibliográficas voltadas ao assunto no idioma português.

Palavras-chave: Ortodontia no SUS; Ortodontia pública; Ortopedia dos maxilares no SUS.

ABSTRACT

In the last years, epidemiological research in oral health has shown a decrease in the prevalence of caries and periodontal diseases and an increasing number of dental malocclusion problems. These results show an epidemiological transformation of oral health and so it's necessary to pay more attention to the problems of occlusion, thus implementing orthodontic procedures in the Health Unic System. The objective of this study is to realize a literature review regarding the implementation of preventive orthodontics in the Health Unic System. Malocclusion problems in Brazil seem to affect 50% to 85% of children and teenagers and 60% to 90% of adults and despite the high prevalence of problems related to orthodontics, few successful experiences within SUS were found in the literature reports, where even with the implantation of the Brasil Sorridente Program and with the insertion of orthodontic procedures in the list of actions covered by the system, there isn't a considerable volume of preventive and / or interceptive actions in this specialty and not even clinical protocols or screening systems. However, internationally, there are reports of successful experiences and the use of indexes and screening tests carried out in public health, where not only the diagnosis, but the orthodontic treatment is also part of the reality of public health in these countries. A search was carried out in the databases PUBMED, Lilacs, Medline, Scopus and in gray literature (Google Scholar) using the following terms: "Orthodontics + SUS", "Orthodontics + public", "Maxillary orthopedics + SUS", "Maxillary orthopedics + public". The types of studies included were bibliographic reviews on the subject in Portuguese.

Keywords: Orthodontics in SUS; Public orthodontics; Maxillary orthopedics in SUS.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	OBJETIVO GERAL.....	11
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3	METODOLOGIA.....	12
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5	DISCUSSÃO	26
6	CONCLUSÃO.....	28
7	REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde que está em vigor no Brasil, criado em 1988 pela Constituição Federal e que está em constante mudança para melhor adequação ao nosso modelo de Atenção Básica a Saúde. A Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990 fundamenta e firma que é obrigatório um atendimento público gratuito na área da saúde a qualquer cidadão, sendo proibido qualquer tipo de cobrança aos serviços prestados. Os princípios norteadores do SUS são: a universalidade (saúde um direito para todos), integralidade (necessidades de saúde das pessoas que devem ser levadas em consideração) e equidade (igualdade nas oportunidades de utilizar os serviços) (BRAGIATO JUNIOR, 2018).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os problemas de posicionamento dentário e mau relacionamento dos ossos maxilares, as más oclusões dentárias são o terceiro problema odontológico de saúde pública no Brasil (SILVA FILHO *et al.*, 1990). Sabe-se que a cárie dentária e a doença periodontal são as doenças bucais mais prevalentes no nosso país e, por esse motivo, é comum a disponibilidade de dados para acompanhar suas prevalências. No entanto, as oclusopatias muitas vezes podem ser tão prevalentes quanto a cárie e a doença periodontal, dependendo da região e das características do grupo populacional estudado (FRAZÃO, 1999).

O impacto psicológico provocado por algumas oclusopatias é maior quanto mais severo for o problema, sempre despertando nas pessoas uma impressão de má aparência. Essa agressão psicológica pode causar complicações na vida do indivíduo. A busca por terapia ortodôntica não pode ser vista apenas por vaidade, mas sim uma resposta à avaliação social e ao conceito de estética, que varia de indivíduo para indivíduo, e em diferentes populações, dependendo de suas culturas. (MACIEL e KORNIS, 2006).

Devido à grande prevalência das más oclusões, e com o forte declínio das cáries, tornou-se necessário viabilizar a incorporação dos procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. Entretanto, para a implementação de tais políticas deve-se observar em

que condições e para quem o tratamento ortodôntico deve ser oferecido no sistema público de saúde. (NADANOVSKY, 2000)

Os procedimentos preventivos e interceptativos dentro da Ortodontia são viáveis no serviço público, pois são de conhecimento de qualquer clínico, requerem muitas vezes somente orientações à criança e aos pais, o encaminhamento a um outro profissional de saúde e, quando necessário, a confecção de simples aparelhos removíveis ou mantenedores de espaço capazes de serem confeccionados pelo próprio dentista generalista na sua Unidade de Saúde (FRAZÃO, 1999).

Uma sugestão para triagem seria a utilização de algum índice oclusal. Mesmo não havendo um índice universalmente aceito, o Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (Índex of Orthodontic Treatment Need - IOTN) ganhou aceitação e é bastante utilizado (MOZELI, 2015).

O IOTN é formado por dois componentes distintos - o Componente de Saúde Dental (Dental Health Component -DHC) e o Componente Estético (Aesthetic Component - AC). No DHC, as alterações oclusais são classificadas numa escala de 5 graus em ordem crescente de necessidade de ortodontia. O AC reflete a necessidade sociopsicológica do tratamento ortodôntico demonstrada pelo paciente ou avaliada pelo profissional (MOZELI, 2015).

2. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as ações de ortodontia no Sistema Único de Saúde através de uma revisão de literatura.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar um panorama sobre a epidemiologia das más oclusões no Brasil;
- Conhecer as políticas públicas na área de ortodontia e mostrar experiências de práticas em saúde pública relacionadas;
- Apresentar os critérios de triagem comumente empregadas para o tratamento ortodôntico no serviço público de saúde.

3. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados PUBMED, Lilacs, Medline, Scopus e na literatura cinzenta (Google Scholar) utilizando-se os seguintes termos: “Ortodontia + SUS”, “Ortodontia + pública”, “Ortopedia maxilares + SUS”, “Ortopedia maxilares + pública”, “Ortodontia + políticas”. Após a busca inicial, os resumos foram lidos e foi feita a seleção de artigos que atendiam aos temas definidos nos objetivos específicos. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Foram selecionados os artigos e publicações voltadas ao assunto no idioma português.

4. REVISAO DE LITERATURA

4,1 Panorama da Epidemiologia das Más-oclusões:

Mozele e Negrete (2015) apontam que segundo dados obtidos pelo Projeto SB Brasil 2010, a prevalência de oclusopatia grave, que requer tratamento obrigatório, segundo a OMS, é de 10% em adolescentes, já indicando a necessidade de redimensionar a oferta de procedimentos ortodônticos.

Em 2010, O Ministério da Saúde brasileiro realizou uma pesquisa nacional a respeito da condição de saúde bucal dos brasileiros, projeto conhecido como “SB Brasil 2010”. Os problemas de oclusão dentária, como mordida aberta, mordida cruzada, apinhamentos e desalinhamentos dentários, sobremordidas e protrusões, entre outros, foram avaliados em crianças de 12 anos e em adolescentes (de 15 a 19 anos). Aos 12 anos, 38,8% dos jovens apresentavam problemas de oclusão. Em 19,9% dessas crianças, os problemas se expressam na forma mais branda. Mas 19,0% têm oclusopatia severa ou muito severa, sendo estas as condições que requerem tratamento mais imediato, constituindo-se em prioridade em termos de saúde pública (BRASIL, 2012)

Os dados desta última pesquisa ainda apontaram que 77,1% das crianças de 5 anos examinadas apresentaram oclusão normal para chave de caninos (classe I), classes II e III de caninos foram observadas em 16,6% e 6,4%, respectivamente. Observou-se ainda que, aos 12 anos de idade, a presença de oclusão considerada normal, segundo o Índice de Estética Dental (DAI), teve prevalência de cerca de 60%. As prevalências de oclusopatias severa e muito severa dos 15 aos 19 anos de idade foram iguais a 6,6% e 10,3%, respectivamente (BRASIL, 2012).

Dentre as principais causas corresponsáveis pela incidência da má oclusão, Ladeia Jr e Raposo (2013) destacam em seu trabalho: o hábito de sucção de chupeta por mais de 18 meses, padrão respiratório buco nasal, perda precoce dos dentes decíduos, retenção prolongada de dentes decíduos no arco, histórico de traumatismo na região da face, perda precoce de dentes permanentes, cárie dentária e doença periodontal.

Dias e Gleiser (2008) propondo um índice de má oclusão na avaliação de necessidade de tratamento ortodôntico em saúde pública apontam que de acordo com a Organização Mundial de Saúde, as más oclusões encontram-se em terceiro lugar na escala de prioridades

entre os problemas odontológicos de saúde pública mundial, superadas apenas pela cárie e pelas doenças periodontais.

Paulin em 2019, ressalta que a presença de um especialista em Ortodontia, com qualificação que atenda aos padrões estabelecidos pela Associação Brasileira de Ortodontia (ABOR) e pela World Federation of Orthodontists (WFO), nos postos de saúde pública, pode beneficiar 70% das crianças brasileiras, em sua maioria sem condições socioeconômicas para ter acesso ao tratamento dentário (PAULIN, 2019).

Almeida et al. (2011), em seu trabalho de levantamento da prevalência com crianças de sete a doze anos, nas cidades de Lins e Promissão, cidades do interior do estado de São Paulo, relataram 17,65% de mordida aberta e 13,3% de mordida cruzada posterior. Já o trabalho de Castro, Neto e Estrela (2010), avaliando crianças de oito a onze anos, com média de idade de nove anos, revelou que 24,44% das crianças apresentavam mordida aberta anterior, enquanto 11,99%, mordida cruzada posterior.

Uma pesquisa realizada na Universidade de Detroit e publicada em 2018, aponta que o tratamento interceptivo pode diminuir a complexidade das más oclusões de Classe I, II e III, corrigindo, até 57%, 64% e 76% da condição inicial (PANGRAZIOKULBERSHA, 2018).

Guzzo et al. (2014) apontam o resultado de algumas pesquisas como em relação aos hábitos bucais deletérios, um estudo transversal realizado com 2.139 crianças na faixa etária de 3 a 5 anos de Bauru (SP) mostrou a prevalência de má oclusão em 51,3% entre os meninos e 56,9% entre as meninas, sendo significativamente mais elevada no grupo etário de três anos. Entre os fatores ambientais estudados, o hábito de sucção de chupeta foi o mais importante na associação com má oclusão, seguido da sucção digital. Outro estudo apontado pelos autores, foi o realizado com crianças entre 3 e 5 anos em Araraquara (SP) que apontava a influência de hábitos bucais na instalação de más oclusões na dentição decídua. Numa amostra de 329 crianças, foi encontrada a presença de hábitos de sucção em 194 delas, havendo 149 com alterações de oclusão. Segundo os autores essas pesquisas apontam o grande percentual de crianças com hábitos deletérios e a predominante influência destes no desenvolvimento das más oclusões, principalmente de mordida aberta e mordida cruzada, amparando a perspectiva dos CD de que controlar precocemente tais hábitos seria um procedimento de maior relevância em relação aos demais.

Em estudo realizado no município de Jundiá, no estado de Rio Grande do Norte, foi verificado que 83,92% das crianças com 5 anos apresentavam cárie. Além disso, foi

observado um CEO-D de 6,86, sangramento gengival em apenas 3,6% das crianças e cerca de 52% dos examinados possuíam algum tipo de má-oclusão, sendo que 44,60% das más oclusões observadas eram do tipo severo. Esta mesma publicação traz que um estudo realizado em outros dois municípios do mesmo estado em 1996, São Gonçalo do Amarante e Pureza o CEO-D médio aos 5 anos foi de 3,05 e 3,9 e a prevalência de má oclusão na dentição decídua foi de 41,93% e 16,13% respectivamente.

Maciel e Kornis (2006) apontam que existe uma ausência de dados epidemiológicos confiáveis quanto aos problemas de más-oclusões dentárias na literatura, pois divergem consideravelmente de pesquisa para pesquisa, geralmente devido ao critério de classificação, à subjetividade adotada pelos pesquisadores e aos fatores socioeconômicos. Os autores apontam que classificar e mensurar as más oclusões é tarefa difícil, principalmente pelo Brasil 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, segundo os autores, as publicações mostram alta porcentagem de más-oclusões na população brasileira, raramente inferior a 50%.

Bittencourt e Machado em um estudo publicado em 2010, sobre o levantamento epidemiológico de má oclusão em 18 estados brasileiros, em crianças de 6 a 10 anos de idade, associada à cárie e à perda prematura de dentes decíduos mostram que as crianças brasileiras apresentavam: 14,83% dos examinados, apresentava oclusão normal; 85,17% apresentam algum tipo de alteração oclusal; 57,24% de má oclusão de Classe I de Angle; 21,73%, de Classe II de Angle; 6,2%, de Classe III de Angle; 19,58% de mordida cruzada, sendo 10,41%, na região anterior e 9,17% na posterior; 18,09% de sobremordida profunda; 15,85% de mordida aberta; 52,97% de cárie e/ou perdas dentárias. De acordo com os pesquisadores, a prevalência de alterações oclusais é maior do que a prevalência de lesões de cárie e perdas dentárias na população infantil e também foi verificada a possibilidade de Ortodontia Preventiva em 72,34% dos casos examinados, conforme se segue: 55,63% orientação; 8,52% supervisão; Ortodontia Interceptiva em 60,86%; 5,51% hábitos anormais de pressão; 2,68% respiração bucal; 13,48% manutenção de espaço; 23,70% recuperação e ou controle de espaço; 9,23% correção da mordida cruzada; 5,8% correção da mordida aberta; 8,56% intervenção ortopédica para correção das más oclusões de classe II e classe III de Angle.

Reis em 2002, realizou uma pesquisa com 100 indivíduos, 50 de cada gênero, todos brasileiros, leucodermas, adultos, na faixa etária entre 18 e 36 anos. Que tinha como

objetivo analisar a prevalência de oclusão normal e das más oclusões nessa amostra, segundo a classificação proposta por Angle (1899). Revelou que 7% dos casos apresentaram oclusão normal e 93% más oclusões. Para as más oclusões de Classe I, Classe II, divisão I, Classe II, divisão 2 e Classe III, observaram-se, respectivamente as seguintes prevalências: 48%, 36%, 6% e 3%.

Santos em 2010, realizou um estudo epidemiológico na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), composta por todos os pacientes de 18 a 50 anos de idade atendidos nas Clínicas de Odontologia, no período de outubro de 2008 a junho de 2009. A pesquisa foi realizada com 156 pacientes, de ambos os sexos. No qual foi constatado a prevalência de má oclusão de 63,5% dos os pacientes.

Uma pesquisa realizada pela VIII Turma de Especialização em Ortodontia, do Centro Universitário de Anápolis, no período de 2011 e 2014. Tinha como objetivou investigar a prevalência de má oclusão Classe I, II e III de Angle, observando a distribuição pelo gênero. Dos 124 prontuários analisados, observou-se a prevalência da má oclusão Classe I (55%), seguida da Classe II (34%). O gênero feminino foi prevalente referente às Classes I e II de Angle, sendo 60,86% e 63,41%, respectivamente. Dentre as más Classe II de Angle, a maior parte das más oclusões pertencem a 1ª divisão – subdivisão (46,7%) e, em seguida, a 1ª divisão (41,1%). (SOUZA, 2016)

4.2 Políticas públicas na área de ortodontia e experiências de práticas em saúde pública relacionadas com ortodontia preventiva e interceptativa

Mozele e Negrete (2015) afirmam que, quando as más oclusões trazem implicações na vida do indivíduo, além da estética, como dificuldade de inserção social, o problema deve figurar entre as ações de Saúde Pública. Mesmo assim, ele tem sido negligenciado dentro das políticas de saúde.

A Política Nacional de Saúde Bucal mais conhecida como “Brasil sorridente”, provocou uma inflexão na orientação da saúde bucal no Brasil. Essa política, lançada em 2004, propôs a reorganização da saúde bucal Brasileira em todos os níveis de atenção. O documento visou a efetivação de novas ações para garantia da ampliação do acesso e da qualificação da atenção dentro dos serviços odontológicos oferecidos pelo SUS (BRASIL, 2004)

De acordo com Cunha (2002), em relação à idade selecionada para o tratamento, pode-se propor que inicialmente sejam atendidas crianças na dentição decídua e início da dentição mista, principalmente enquanto estiverem irrompendo os molares, os incisivos superiores e inferiores permanentes, antes que se inicie a erupção de pré-molares e caninos permanentes. A idade sugerida, embora relembre o modelo incremental do passado, está embasada no princípio de correção das oclusopatias instaladas que não sofrerão autocorreção com a maturação da oclusão. Portanto, as intervenções realizadas neste período do desenvolvimento criariam condições para que o restante do desenvolvimento oclusal acontecesse o mais próximo da normalidade, eliminando os fatores locais ou ambientais que o impediriam ou dificultassem.

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 Bresolin (2000), muitas vezes já se transpôs os limites da ortodontia preventiva, quando o paciente requer uma intervenção mecânica precoce. Esta é chamada de ortodontia interceptativa, e consiste na extensão dos procedimentos preventivos. Para Herren (1970), os procedimentos interceptativos são de grande importância na atenuação do problema, facilitando uma terapêutica secundária mais tarde. A interceptação minimiza a má oclusão e ainda pode eliminar suas causas. Nimri e Richardson (2000) consideraram que a ortodontia interceptativa melhoraria as condições bucais das crianças, minimizando a necessidade ulterior de tratamento. 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 Ortodontia também se faz presente no sistema público de outros países como Suécia, Finlândia, Dinamarca, Noruega, Reino Unido, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, entretanto, 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).

Janvinen (2001) aponta ainda que 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 submetido a um índice classificatório, que determina se há ou não necessidade de realizar o tratamento. Se há, este é oferecido pelo Estado como benefício. O critério de seleção, segundo o autor, deve ser baseado em índices

oclusais, que se referem às condições bucais do indivíduo e podem também conter fatores psicossociais relativos às más oclusões nesses processos de triagem.

Países com bom nível de desenvolvimento, como os países Nórdicos na região da Escandinávia, a Ortodontia foi implementada à rede pública em 1936, e em 1974, um projeto de lei decretou que o Ortodontista deveria compor a rede de especialidades em saúde pública (PAULIN, 2019).

Maciel, em sua tese de doutorado de 2008 entrevistou quase 100 profissionais que faziam atendimento ortodôntico no SUS, mas segundo o autor, representariam nem mesmo 1% dos ortodontistas brasileiros, que seria a estimativa de percentual de profissionais que atenderiam no setor público. Quando o autor compara esse percentual com os mesmos indicadores de países desenvolvidos com uma Suécia 90%, Reino Unido 20%, Dinamarca 75%, Noruega 15%, podia se antever ao longo caminho que o Brasil precisa trilhar antes de se firmar como uma referência na saúde pública bucal.

Segundo o último autor, uma das maiores inovações da Política Nacional de Saúde Bucal, foi, sem dúvida, a criação do CEOs que prestam assistência especializada nas áreas de periodontia, endodontia, diagnóstico oral, cirurgia e odontologia para pacientes especiais. A ortodontia, apesar de não mencionada, já vinha sendo incorporada em alguns centros, segundo programas locais e esforços de gestores e profissionais nessa direção. Essas iniciativas isoladas, que por conta própria e como contrapartida municipal e/ou estadual incluíram a assistência ortodontiaca em sua prestação de serviços, inauguraram uma nova era na ortodontia brasileira. Essa inclusão consistiu-se em um campo fértil para discussões acerca da implementação do tratamento ortodônticos em outras instituições, pois há que se conhecerem as experiências adquiridas, os programas que se destacam, para que no futuro a recém implantada política possa ser avaliada quanto a seu alcance e benefícios.

Em sua pesquisa de 2008, Maciel apontou que naquela época não haviam registros de Centros de Saúde Bucal que estivessem utilizando algum protocolo seja do Ministério da Saúde, seja de uma secretaria estadual. A maioria dos centros adotava seu “protocolo”. Portanto, não há uma padronização nacional de uma diretriz para o tratamento ortodôntico público. Segundo o autor, o profissional atuante no posto de saúde, via de regra, é quem detectava, ou deveria detectar a necessidade de tratamento ortodôntico encaminhar o paciente ao centro especializado (CEO ou outro). No entanto ao chegar ao destino, quase como regra seria necessária uma nova triagem para selecionar os casos mais grave. Grande parte dos gerentes de CEOs entrevistados pelo pesquisador, na época, apontou como um

entreve no perfeito desenrolar do serviço a utilização do tempo de trabalho do especialista apenas para diagnosticar ou considerar apto ao trabalho os pacientes encaminhados, e supostamente, com a má oclusão já diagnosticada.

Segundo Maciel e Kornis (2006) muitos agravos relacionados à cavidade bucal são perfeitamente evitáveis ou preveníveis. Tais procedimentos tanto preventivos como também curativos seriam, segundo os autores, 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.

De acordo com o trabalho publicado por Hebling *et al* (2006) e com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, busca-se, assim, direcionar o sistema na elaboração de um protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. Segundo a mesma autora, um programa preventivo, quando bem aplicado e orientado, mesmo executado com soluções ortodônticas muito simples, pode reduzir consideravelmente o percentual de más oclusões.

Maciel e Kornis (2006) também apontam que no Brasil o caminho a ser percorrido é longo até que se possa oferecer uma cobertura mais universal e com mais equidade no tratamento ortodôntico destinado à população. Contudo, segundo os autores, há locais onde já se esboça uma prática de ortodontia com perspectiva e possibilidade de socialização. A Clínica Escola da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora é tida como exemplo, já que oferece assistência odontológica ampla, que inclui até mesmo um tratamento ortodôntico total desde 1999, que não se encontra no rol de procedimentos odontológicos básicos cobertos pelo SUS, conforme a Portaria nº 267, de 6 de março de 2001, do Ministério da Saúde. Essa assistência ortodôntica, de acordo com os autores, com o apoio dos gestores locais e amparada por uma política renovada de saúde bucal, pode ser incorporada por outras instituições e direcionada a uma população carente, necessitada desses cuidados e excluída das ações sociais. Por ser uma prestadora marginal de serviços de saúde, a faculdade seria conveniada ao SUS, de quem receberia repasse financeiro referente aos procedimentos executados nas clínicas de graduação. Segundo os autores, esse sistema seria falho, pois a tabela apresentaria valores defasados, demasiadamente baixos e haveriam constantes atrasos no repasse da verba.

Os últimos autores ainda apontam que não há dúvidas de que uma política pública de saúde bucal que inclua a ortodontia deva levar em conta que o posicionamento incorreto dos dentes causaria desordens nas articulações temporomandibulares, por alterar a posição do disco articular, aumentar o tônus dos músculos da mastigação, além de comprimir os tecidos

articulares. Ou seja, o tratamento ortodôntico público ainda neste sentido, preveniria problemas ainda mais complexos pro aparelho estomatognático.

Maciel e Kornis (2006) ainda apontam que a exacerbada exclusão social por que passam hoje vários países em desenvolvimento, em especial o Brasil, faz com que haja reflexos em todos os setores. A cobertura de serviços odontológicos pelo setor público é elementar na 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 parte da população, que paga diretamente pelos serviços ou se enquadra dentro de planos de saúde, que em sua maioria não cobrem tratamentos ortodônticos, absurdamente por serem considerados tão somente estéticos. 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 existia, segundo os autores, 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.

Vianna (2000) aponta que a exclusão social das pessoas de baixa renda e a dificuldade de acesso a um tratamento ortodôntico particular fazem com que o sistema de saúde seja ineficaz, com um acesso a tratamento muitas vezes negado ou inexistente. Segundo o autor, os indivíduos carentes tem menor voz ativa e tendência menor de expressar sua insatisfação com os serviços públicos, assim, garantir a entrada dessa classe com desvantagens socioeconômicas, em uma clínica ortodôntica, seria oportunizar na prática todos os princípios do SUS.

A Portaria 718 da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde brasileiro, do dia 20 de dezembro de 2010, levando em consideração a grande prevalência de más-occlusões e de perda de um ou mais elementos dentários e as consequências desses agravos, que extrapolam a questão estética, viabilizou a incorporação dos procedimentos ortodônticos e implante dentário pelo setor público de saúde. O SUS, então, a partir de 2010 começou a financiar implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante) e aparelho ortodôntico para qualquer usuário. Antes o financiamento era somente para pacientes com anomalias crânio e bucomaxilofaciais (Ministério da Saúde, 2010).

Guzzo e seus colaboradores (2014) publicaram uma pesquisa com a participação de 64 dentistas da rede de atenção básica à saúde de Florianópolis (SC) acerca da necessidade, viabilidade e interesse quanto à ampliação dos serviços de ortodontia preventiva e à

implementação dos de ortodontia interceptativa nas Unidades Básicas de Saúde do município. Os resultados demonstraram que: a maioria dos dentistas seria favorável desde que houvesse uma estruturação adequada para atender à necessidade da população, porém a maioria dos profissionais se consideravam despreparados para realizar os procedimentos necessários, de modo que haveria a necessidade de capacitações e que as principais dificuldades que seriam enfrentadas estariam relacionadas ao excesso de demanda e à falta de recursos humanos. Apesar destes obstáculos, a maioria dos profissionais naquela pesquisa encararia como positiva e viável a ampliação ou introdução do serviço de ortodontia, o que favoreceria a integralidade da atenção à saúde e fortaleceria a atenção básica, melhorando assim a saúde da população.

Segundo os últimos autores, a ampliação e a qualificação da Atenção Básica estão contempladas também nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal visando à ampliação da oferta de serviços e buscando a integralidade da atenção, além da equidade e a universalização do acesso às ações. Nessa direção, a rede de postos de saúde seria uma ótima alternativa para disponibilizar uma quantidade maior de serviços e ampliar o atendimento às necessidades da população, incluindo nas Unidades Básicas de Saúde serviços mais especializados, o que nos levaria a vislumbrar um país com possibilidades de suprir as necessidades de saúde da população. Além de uma adequada formação aos novos profissionais e da educação permanente aos que se encontram inseridos na rede, segundo os autores, um protocolo de prevenção e interceptação às oclusopatias para a inclusão em programas de saúde bucal, se faria fundamental. Os autores propõem que seria, portanto, interessante que cada município que considere viável a realização de ações ortodônticas preventivas e interceptativas nas Unidades Básicas de Saúde, com base na literatura e juntamente com os profissionais da rede e de seus usuários, estruturassem seus próprios protocolos de atendimento ortodôntico, adequados às principais demandas de cada município.

Guzzo e seus colaboradores (2014) ainda apontam que a oferta de serviços de ortodontia no serviço básico de saúde demandaria também a estruturação da sua oferta na atenção secundária, de modo a possibilitar a integralidade da atenção à saúde e a resolutividade da assistência.

Bragiato, Oliveira e Oliveira (2018) apontam que segundo uma matéria no site do Conselho Federal de Odontologia, a assistência odontológica no SUS teve um aumento considerado em todo o Brasil graças ao Programa Brasil Sorridente, considerado o maior

programa de assistência odontológica pública e gratuita do mundo, quando desde sua criação, aumentou em quinze vezes a quantidade de atendimentos à população: saltou de 10 milhões para 150 milhões de consultas por ano, estando inserido na Política de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde, inovando em medidas de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. No entanto, a assistência odontológica no âmbito da saúde pública em nosso país, tem-se limitado em grande parte aos serviços básicos, gerando grande demanda reprimida. Dados atuais indicam que no Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços odontológicos especializados correspondem apenas a 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos, sendo notável a baixa capacidade de oferta de serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo o estabelecimento de sistemas adequados nessa área

Paulin (2019) defende o tratamento das más oclusões mais graves pelo SUS, independentemente da idade do paciente. Casos em que a terapêutica envolve aparelhos ortodônticos fixos. Porém, segundo o autor, um tratamento ortodôntico total, oferecido em larga escala, deve ser visto com cuidados na rede pública de saúde, não apenas pelas limitações de cunho financeiro, pela disciplina que o usuário deve seguir nessa terapia. Sem a conscientização do paciente, haverá o comprometimento tanto dos resultados terapêuticos como de todo o programa.

Paulin (2019) aponta ainda que, mais recentemente, foi criado um Projeto de Lei que estabelece que as crianças de 6 a 12 anos, terão direito a cuidados ortodônticos preventivos na rede pública de saúde. Projeto esse protocolado pela Deputada Federal Celina Leão na Câmara dos Deputados, em Brasília, no dia 18 de abril de 2019. Ao apresentar à Câmara dos Deputados Federais um projeto de lei que dispõe sobre a responsabilidade de examinarem as crianças uma vez ao ano, na rede pública, por um especialista em Ortodontia, cirurgia-dentista, dos 6 aos 12 anos de idade, acredita-se que abre-se espaço para a regulamentação específica da matéria prevista em lei em consonância com o ideal de que a prevenção representa a maior expressão de bem-estar que o ser humano pode experimentar na área da saúde (PAULIN, 2019).

4.3 Critérios de triagem para o tratamento ortodôntico no serviço público de saúde.

De acordo com Maciel (2003), a escassez de recursos em nosso país faz com que as triagens e escolhas de pacientes para tratamento ortodôntico no sistema público, sejam muito

mais minuciosas e priorizem aquele de mais baixa renda, mais desassistido e com os problemas oclusais mais severos que contribuem para excluí-lo na sociedade.

Dias e Gleiser (2008), apontam que diversos índices têm sido utilizados para avaliar a prevalência e a gravidade de más oclusões em estudos epidemiológicos e para categorizar os indivíduos em grupos de acordo com o nível de urgência de tratamento. Com isso, visam atuar como métodos eficazes para se conseguir uma avaliação mais uniforme da necessidade de tratamento ortodôntico.

Dos índices adotados 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). Este método é dos mais objetivos para se medir uma má-oclusão. 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, para Hunt *et al.* (2002), podem ser aplicados de maneira independente.

Em sua quarta edição, o Manual da OMS propôs um novo índice de avaliação de oclusopatias, proposto anos antes por Cons e colaboradores (1989), chamado DAI (sigla derivada da expressão inglesa ‘Dental Aesthetic Index’). O princípio básico do DAI é de uma combinação de medidas (não somente de problemas oclusais), as quais, em seu conjunto, expressam o estado oclusal do indivíduo e sua respectiva necessidade de tratamento ortodôntico, devido à composição do índice, que considera o comprometimento estético, além da oclusão. Ao todo, são obtidas 11 medidas, considerando-se três grandes dimensões que devem ser avaliadas: a dentição, o espaço e a oclusão propriamente dita (BRASIL, 2012).

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 (BURDEN *et al.*, 2001; ERTUGAY; ÜÇÜNGÜ, 2001).

A dúvida sobre quem deve receber o tratamento deve ser analisada sob dois aspectos. O primeiro deles refere-se ao processo organizacional do sistema de saúde, onde os princípios do SUS devem ser respeitados à semelhança de outros atendimentos oferecidos pelo sistema. O segundo é mais complexo diz respeito às quais oclusopatias seriam tratadas e qual a idade de escolha dos pacientes que deverão receber os serviços oferecidos (HEBLING, 2006).

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. Parecem bastante coerentes e justos os seguintes quesitos:

1. Enquadramento geográfico: o paciente deve pertencer à área ou micro área de abrangência onde o serviço está sendo oferecido na UBS, sendo usuário a mais de seis meses da atenção básica.
2. Assiduidade: os pacientes devem ser assíduos ao sistema.
3. Condições de saúde bucal: o paciente deve estar livre de cáries, ser de baixo risco para as mesmas.
4. Possuir boa higienização bucal: o paciente deve ser portador de uma boa higiene bucal.
5. Baixa condição econômica: o paciente deve possuir baixo poder aquisitivo, sendo diagnosticado por meio de questionário socioeconômico.

Maciel e Kornig (2006) apontam que para que a equidade no tratamento ortodôntico possa integrar as ações de saúde de uma instituição, a escolha dos indivíduos que receberão o serviço deve ser criteriosa. Nessa perspectiva de análise, segundo os autores não só os fatores biológicos, mas os psicossociais, econômicos e relacionados à gravidade da má-oclusão dentária devem estar presentes. A seleção prévia seria necessária, pois, segundo os autores, se até os países mais ricos impõem restrições quanto ao tratamento ortodôntico custeado por seus sistemas públicos de saúde, países como o Brasil enfrentaram dificuldades de dimensões muito maiores para que haja abrangência do referido serviço.

Cerca de 20% dos ortodontistas Britânicos atuam no setor público, mas BEDI (2006) relatou uma insuficiência, em número, de recursos humanos na área odontológica, tanto na Inglaterra como em outros países integrantes do Reino Unido. O atendimento de ortodontia, não é provido somente por especialistas em ortodontia, mas também por cirurgião dentista, clínico gerais, que recebe um tratamento especial com esse fim e são supervisionados pelos

ortodontistas. Para a triagem, o Departamento de Saúde leva em consideração o propósito do paciente em relação ao tratamento, se está sendo solicitado apenas por estética ou se é realmente necessário. Para isso, são aplicados os índices de necessidades de tratamento ortodôntico (RICHMOND et, al., 1993), que farão com que os casos mais graves sejam atendidos pelo serviço público prioritariamente. Tais índices são usados no Reino Unido não só como forma de triagem, mas também como instrumento investigativo em levantamentos epidemiológicos, Além de serem métodos verificadores da eficácia da terapia ortodôntica. Pode se destacar, entre os índices, o IOTN, originalmente desenvolvida na Inglaterra e hoje o mais usado naquele país (MACIEL, 2003).

Paulin (2019) aponta que no Brasil, já está sugerido que crianças dos 6 aos 12 anos de idade, sejam examinadas, na rede pública, por um clínico geral ou por um especialista, e através do exame clínico o profissional já terá condições técnicas para prevenir, com atitudes simples e econômicas, deformidades faciais e dentárias mais graves que poderão agravar no futuro, durante a adolescência, até a fase adulta.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo revisar a literatura a respeito da implementação da ortodontia no sistema único de saúde. Mostrando um panorama epidemiológico das más oclusões, as políticas públicas e experiências práticas.

Segundo dados do levantamento nacional em saúde bucal em 2003, cerca de 21% das crianças brasileiras com idade de aproximadamente 12 anos possuem má oclusão. Já Mozele e Negrete em 2015 apontam que segundo dados obtidos pelo Projeto SB Brasil 2010, apontam que segundo a OMS, essa prevalência é de 10%.

Almeida et al. (2011), em seu trabalho de levantamento da prevalência com crianças de sete a doze anos, nas cidades de Lins e Promissão, cidades do interior do estado de São Paulo, relataram 17,65% de mordida aberta e 13,3% de mordida cruzada posterior. Já o trabalho de Castro, Neto e Estrela (2010), avaliando crianças de oito a onze anos, com média de idade de nove anos, revelou que 24,44% das crianças apresentavam mordida aberta anterior, enquanto 11,99%, mordida cruzada posterior.

Guzzo et al. (2014) apontam o resultado de algumas pesquisas como em relação aos hábitos bucais deletérios, um estudo transversal realizado com 2.139 crianças na faixa etária de 3 a 5 anos de Bauru (SP) mostrou a prevalência de má oclusão em 51,3% entre os meninos e 56,9% entre as meninas, sendo significativamente mais elevada no grupo etário de três anos.

Já em um estudo realizado no município de Jundiá, no estado de Rio Grande do Norte foi verificado que 83,92% das crianças com 5 anos apresentavam cárie. Além disso, foi observado um CEO-D de 6,86, sangramento gengival em apenas 3,6% das crianças e cerca de 52% dos examinados possuíam algum tipo de má-oclusão, sendo que 44,60% das más oclusões observadas eram do tipo severo.

Bittencourt e Machado em um estudo publicado em 2010, sobre o levantamento epidemiológico de má oclusão em 18 estados brasileiros, em crianças de 6 a 10 anos de idade, associada à cárie e à perda prematura de dentes decíduos mostram que as crianças brasileiras apresentavam: 14,83% dos examinados, apresentava oclusão normal; 85,17% apresentam algum tipo de alteração oclusal; 57,24% de má oclusão de Classe I de Angle; 21,73%, de Classe II de Angle; 6,2%, de Classe III de Angle; 19,58% de mordida cruzada, sendo 10,41%, na região anterior e 9,17% na posterior; 18,09% de sobremordida profunda; 15,85% de mordida aberta; 52,97% de cárie e/ou perdas dentárias.

Maciel e Kornis (2006) apontam que existe uma ausência de dados epidemiológicos confiáveis quanto aos problemas de más-oclusões dentárias na literatura. Os autores apontam que classificar e mensurar as más oclusões é tarefa difícil. Todavia, as publicações mostram alta porcentagem de más-oclusões na população brasileira, raramente inferior a 50%.

Segundo Bresolin (2000), muitas vezes já se transpôs os limites da ortodontia preventiva, quando o paciente requer uma intervenção mecânica precoce. Esta é chamada de ortodontia interceptativa, e consiste na extensão dos procedimentos preventivos.

Segundo Herren (1970), os procedimentos interceptativos são de grande importância na atenuação do problema, facilitando uma terapêutica secundária mais tarde. A interceptação minimiza a má oclusão e ainda pode eliminar suas causas.

Nimri e Richardson (2000) consideraram que a ortodontia interceptativa melhoraria as condições bucais das crianças, minimizando a necessidade ulterior de tratamento.

Reis (2002), realizou uma pesquisa com 100 indivíduos, 50 de cada gênero, todos brasileiros, adultos, na faixa etária entre 18 e 36 anos. Que tinha como objetivo analisar a prevalência de oclusão normal e das más oclusões nessa amostra, segundo a classificação proposta por Angle (1899). Revelou que 7% dos casos apresentaram oclusão normal e 93% más oclusões. Já Santos (2010), em seu estudo epidemiológico na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), composta por todos os pacientes de 18 a 50 anos de idade. A pesquisa foi realizada com 156 pacientes, de ambos os sexos. No qual foi constatado a prevalência de má oclusão de 63,5% dos os pacientes.

6. CONCLUSÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as más oclusões encontram-se em terceiro lugar na escala de prioridades entre os problemas odontológicos de saúde pública mundial, superadas apenas pela cárie e pelas doenças periodontais. Os problemas de má oclusão no Brasil parecem atingir de 50% a 85% das crianças e adolescentes e de 60% a 90% de adultos. Diante disso o tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo deve ser uma prática viável em saúde pública pois as más oclusões trazem implicações na vida do indivíduo, além da estética, como dificuldade de inserção social. Quando essas más oclusões são diagnosticadas e tratadas precocemente o indivíduo pode evitar frustrações futuras, tanto na estética e no posicionamento dentário, quanto em sua vida social.

Alguns países já vêm utilizando a ortodontia em seus sistemas públicos, no qual obtém bons resultados. Apesar de desde 2010 haver uma portaria do Ministério da Saúde onde os procedimentos ortodônticos podem ser realizados pelo SUS, a ortodontia está presente apenas em alguns municípios.

Para seleção de pacientes com necessidade de tratamento ou intervenção ortodôntica alguns países em termos de saúde pública utilizam índices classificatórios das más-occlusões, de acordo com a gravidade facilitando o processo de triagem e obtendo uma escala de prioridade, porém, no Brasil ainda não há nenhum protocolo ou guia de encaminhamento disponibilizado pelo SUS a ser seguido pelos dentistas.

A implementação efetiva das ações de ortodontia no SUS reduziria os índices de má oclusão dentária no Brasil e possibilitaria acesso a tratamentos a pessoas mais carentes e necessitadas, que não tem condições financeiras de procurar atendimento em clínicas particulares.

7. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA MAO, Quintão CCA, Brunharo IHVP, Koo D, Coutinho BR. A correção da mordida cruzada posterior unilateral com desvio funcional melhora a assimetria facial? *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial* 2009 14(2):89-94.
- ALMEIDA MR, Pereira ALP, Almeida RR, Almeida-Pedrin RR, Silva Filho OG. Prevalência de má oclusão em crianças de 7 a 12 anos de idade. *Dental Press Journal of Orthodontics* 2011 16(4):123-31.
- ARAÚJO MGM. *Ortodontia para clínicos: programa pré-ortodôntico*. 4a ed. São Paulo: Livraria e Editora Santos; 1988. p.21-6
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.
- BRAGIATO JUNIOR, Oliveira e Oliveira Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 55, n.2, p. 154-168, abr./jun. 2018
- BRAGIATO JUNIOR, Renato. Ortodontia no SUS. **UningÁ**, Maringá, v. 55, n. 2, p.154-168, jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Portaria SAS 718*: nota técnica. Brasília: MS; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRESOLIM, D. Controle e prevenção da maloclusão. In: PINTO, V. G. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos, 2000. p. 473-80.
- BURDEN, D. J. et al. Modified IOTN: an orthodontic treatment need index for use in oral health surveys. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 29, p. 220-5, 2001.
- CASTRO I, Vaslladares Neto J, Estrela C. Prevalência de maloclusão em indivíduos que solicitaram tratamento ortodôntico na rede pública de saúde. *Rev Odontol Bras Central* 2010 19(51):323-6.
- CORREA A. Análise do programa de atendimento às crianças, com mal oclusões, nos centros de especialidades odontológicas [Dissertação]. São Paulo: Universidade Cruzeiro do Sul; 2009.

CUNHA ACPP. *Avaliação da capacidade dos índices DAÍ e IOTN em estabelecer a necessidade de tratamento ortodôntico* [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde de Natal; 2002.

DIAS P, Gleiser R. Índice de necessidade de tratamento ortodôntico como um método de avaliação em saúde pública. *Dental Press Ortodont Ortop Facial* 2008 jan/fev ;13(1):74-81. FALTIN JR., K.; FALTIN, R. M. Ortodontia preventiva na saúde bucal. In: KRIGER, L. e cols. **ABOPREV – Promoção de saúde bucal**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. Cap. 14, p.350-61.

FRAZÃO P., **Epidemiologia da oclusão dentária na infância e os sistemas de saúde** [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.

GALVÃO, C. A. N.; PEREIRA, C.; BELLO, D. M. Prevalência de mal oclusões na América Latina e considerações antropológicas. *Ortodontia*, v. 27, n. 1, p. 51-8, jan./abr., 1994.

GUZZO, et al. Ortodontia preventiva e interceptativa na rede de atenção básica do SUS: perspectiva dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Brasil *Ciênc. saúde coletiva* 19 (02) Fev 2014

GUZZO, Samuel Carlos et al. Ortodontia preventiva e interceptativa na rede de atenção básica do SUS: perspectiva dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.449-460, fev. 2014.

HEBLING, Sandra Regina Faccioli. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciências & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 12, n. 4, p.1067-1077, set. 2006.

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

KEROSUO, H. et al. The influence of incisal malocclusion on the social attractiveness of young adults in Finland. *Eur J Orth*, v. 17, n. 6, p. 505-12, Jun.1995.

LADEIA L, Raposo J. Ortodontia em saúde pública: experiências práticas no SUS e prevenção baseada em evidências. São Paulo: Napoleão; 2013.

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. **Physis** [online]. 2006, v.16, n.1, p.59-81. ISSN 1809-4481. 2006.

MACIEL, Sérgio Murta. A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.59-81, maio 2006.

MAIA FA. *Cefalometria para o clínico geral e odontopediatra*. São Paulo: Ed. Santos; 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003, resultados principais.

MOURA WVB, Maia FA, Maia NG. Avaliação do *Modus Operandi* dos procedimentos ortodônticos interceptores das más-oclusões na dentadura mista. *Ver Dent Press Ortodon Ortop Facial* 1998; 3(6):53-60

MOZELI, Keila Vieira. Ortodontia em saúde pública. **Odontologia**, São Paulo, v. 27, n. 3, p.229-234, dez. 2015.

NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: PINTO, V.G. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos, 2000. p. 341-51.

NADANOVSKY, P., 2000. **O declínio da cárie**. In: Saúde Bucal Coletiva (V. G. Pinto, org.), pp. 341-351, São Paulo: Editora Santos.

NIMRI, K. A. L.; RICHARDSON, A. interceptative orthodontic in the real world of community dentistry. *Int J Ped Dent*, n. 10, p. 99-108, 2000.

OLIVEIRA CM. Maloclusão no contexto da saúde pública. In: Böneker M, Sheiham A, organizadores. *Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas*. São Paulo: Livraria e Editora Santos; 2004. p.55-80

PROFFIT, W. R. *Ortodontia contemporânea*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

REIS, Sílvia Augusta Braga. Prevalência de Oclusão Normal e Má Oclusão em Brasileiros, Adultos, Leucodermas, caracterizados pela Normalidade do Perfil Facial. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 7, n. 5, p. 17-25, out. 2002.

RERIN S. Tratamento Interceptativo na dentição mista: alternativas e época de intervir. Canoas: FUNORTE; 2013.

SANTOS, Jalber Almeida dos. Prevalência de maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em indivíduos adultos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 197-202, nov. 2010.

SILVA FILHO, O. G.; FREITAS, S. F.; CAVASSAN, A. O. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru-SP. Parte II: Influência da estratificação sócio-econômica. *Rev Odontol USP*, v. 3, n. 4, p. 189-96, 1990.

SOARES, T.S. **A Odontologia no SUS**. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – Campus Porto Alegre. Porto Alegre, 2012.

SOUZA, Cibelly Correia. Prevalência de maloclusão Classe I, II e III de Angle em um Curso de Especialização em Ortodontia da Cidade de Anápolis. **Sci Invest Dent**, Anápolis, v. 1, n. 21, p. 29-33, nov. 2016.

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

.