

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Bruna Pimentel Perrotta**

**Gabrielle Pinheiro de Alcântara**

**A INCLUSÃO DA ORTODONTIA NO SUS. ESTADO ATUAL  
DA QUESTÃO**

**Taubaté-SP  
2020**

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Bruna Pimentel Perrotta**

**Gabrielle Pinheiro de Alcântara**

**A INCLUSÃO DA ORTODONTIA NO SUS. ESTADO ATUAL  
DA QUESTÃO**

Trabalho de graduação apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Mario Celso Peloggia

**Taubaté-SP  
2020**

Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI  
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI Universidade de  
Taubaté – UNITAU

|       |  |
|-------|--|
| P461i | <p>Perrotta, Bruna Pimentel<br/>A inclusão da ortodontia no SUS : estado atual da questão<br/>/ Bruna Pimentel Perrotta , Gabrielle Pinheiro de Alcântara. --<br/>2020.<br/>29 f.</p> <p>Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté,<br/>Departamento de Odontologia, 2020.<br/>Orientação: Prof. Dr. Mário Celso Peloggia, Departamento<br/>de Odontologia.</p> <p>1. Odontologia. 2. Ortodontia. 3. Saúde Pública. 4. Sistema<br/>Único de Saúde (SUS). I. Alcântara, Gabrielle Pinheiro de. II.<br/>Universidade de Taubaté. Departamento de Odontologia. III.<br/>Título.</p> <p>CDD – 617.6</p> |
|-------|--|

**BRUNA PIMENTEL PERROTTA**

**GABRIELLE PINHEIRO DE ALCÂNTARA**

**A INCLUSÃO DA ORTODONTIA NO SUS. ESTADO ATUAL  
DA QUESTÃO**

Trabalho de graduação apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Mario Celso Peloggia

Data: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof Dr. Mario Celso Peloggia - Universidade de Taubaté

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof Dr. Rubens Guimarães Filho - Universidade de Taubaté

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Jarbas Francisco Fernandes Dos Santos - Universidade de Taubaté

Assinatura: \_\_\_\_\_

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, ao nosso orientador pela ajuda, incentivo e dedicação, aos familiares e amigos que nos apoiaram durante esta jornada e por todo o incentivo dado a nós fazendo com que esse trabalho acontecesse de uma forma leve e descontraída.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me fornecer total sabedoria e a oportunidade de conseguir chegar até aqui.

A minha mãe Wanderly e ao meu pai Paulo que sempre acreditaram e estimularam o melhor do meu potencial, muitas vezes abdicando de sonhos próprios para que o meu pudesse se tornar realidade.

Ao meu filho Paulo, por sempre me fazer tirar forças da onde eu não tinha muitas vezes, apenas para que no futuro eu pudesse dar do bom e do melhor para ele.

Agradeço a todos aqueles que acreditaram que esse sonho poderia se tornar realidade, sendo minha avó Marialva aqui presente por todo o carinho e sempre me elogiarem e dizerem que meu sonho se tornaria realidade, e meu anjos no céu Jorge, Altina, Paulo e Francine por me guiarem e intercederem por mim.

Agradeço também minha dupla Gabrielle pela amizade, fidelidade, por compartilharmos juntas nossas melhores experiências e conhecimentos. Plantamos em nós um sentimento que tenho certeza que não ira morrer tão cedo.

Agradeço meu orientador Mario por todo conhecimento proposto, dividido e compreendido nesse momento, obrigada por todos os momentos de duvidas e incertezas.

Por fim, agradeço a UNITAU, aos funcionários, a todos os demais professores do curso e os professores que passaram em minha vida, por me ajudarem e deixarem um pouco de cada um na minha formação como pessoa e futura profissional.

Bruna Pimentel Perrotta

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me dado capacidade, sustento e direção para concluir esse trabalho, aos meus pais Cinthya e Richardson por tornarem o meu sonho de me tornar uma cirurgiã-dentista uma veracidade, além de todo incentivo e apoio, e ao meu irmão Nicollas por todo amor e compreensão.

Agradeço também aos meus avós Dagmar e Samuel por toda a ajuda e por sempre darem o melhor por mim, por fazerem parte dessa caminhada junto comigo e por acreditarem em mim.

Gratidão a minha dupla Bruna pela parceria e pela cumplicidade, por ter sido alicerce em muitos momentos e pela amizade maravilhosa que construímos ao longo de nossa graduação.

Agradeço ao meu orientador Mário pelo total suporte, correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional.

Em suma, sou grata a todos que de alguma forma contribuíram para a minha evolução como pessoa e como profissional, incluindo a UNITAU, os funcionários, os professores, os pacientes e os colegas.

Gabrielle Pinheiro de Alcântara

## RESUMO

A inclusão da equipe de saúde bucal no Programa Estratégia Saúde da Família (PSF), embora uma realidade desde 2004 tratar-se ainda de um projeto em construção, uma vez que, não consiste em um modelo pronto e acabado, que represente por si só, melhoria da qualidade de saúde bucal da população, além da produção de serviços de saúde, basicamente, estar acontecendo como trabalho isolado dos profissionais. O trabalho dito em equipe, na prática, observa-se que ocorre pelo simples compartilhar do mesmo espaço físico em unidades de saúde, significando apenas uma abordagem multiprofissional, sem que haja a real inter ou transdisciplinaridade. Nessa perspectiva, foi avaliada a atual situação do mercado de trabalho dos profissionais da ortodontia entendendo o PSF enquanto estratégia para viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS), conhecendo a realidade da população sob sua responsabilidade, os contextos familiares e a vida comunitária, discutindo a importância da ortodontia na equipe de saúde bucal no programa e, avaliando as ações gerais e específicas da inserção destes profissionais na equipe do PSF. Pesquisa bibliográfica realizada em bases de dados científicos, PUBMED, Scielo, Lilacs e Artigos do Google Acadêmico, com palavras-chave: Odontologia; Ortodontia; Saúde Pública; SUS. Concluímos que ações envolvendo educação em saúde, incluindo a ortodontia e o acesso qualificado, possibilitarão uma maior oferta de serviços, melhorando a condição de vida dos usuários e intensificando estudos avaliativos sobre os CEOs.

**Palavras-chave: Odontologia. SUS. Ortodontia. Saúde Pública**

## **ABSTRACT**

The inclusion of the oral health team in the Family Health Strategy Program (PSF), although a reality since 2004 is still a project under construction, since it does not consist of a ready and finished model, which represents by improvement of the oral health quality of the population in addition to the production of health, basically, it is happening as isolated work for professionals. The team work, in practice, is observed to occur by simply sharing the same physical space in health units, meaning only a multidisciplinary approach, without real inter or transdisciplinarity. In this perspective, the current situation of the labor market for orthodontic professionals was assessed, understanding the PSF as a strategy to make the Unified Health System (SUS) viable, knowing the reality of the population under their responsibility, family contexts and community life , discussing the importance of the oral health orthodontic team in the program and, evaluating the general and specific actions of the insertion of these professionals in the PSF team. Bibliographic search carried out in scientific databases, PUBMED, Scielo, Lilacs and Google Scholar Articles, with keywords: Dentistry; Orthodontics; Public health; SUS. We conclude that health education actions, including orthodontics and qualified access, will enable a greater offer of services, improving users' living conditions and intensifying studies evaluated on CEOs.

**Keywords: Dentistry. SUS. Orthodontics. Public health**

## SUMÁRIO

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA | 10 |
| 1.1 Introdução                | 10 |
| 1.2 Justificativa             | 12 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA      | 13 |
| 3. PROPOSIÇÃO                 | 21 |
| 4. METODOLOGIA                | 22 |
| 5. DISCUSSÃO                  | 23 |
| 6. CONCLUSÕES                 | 27 |
| REFERÊNCIA                    | 28 |

# 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

## 1.1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o início da transformação no modelo de atenção à saúde teve seu marco com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então esse sistema vem sendo implementado e aprimorado. Em 1994 foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF) que atualmente está consolidado como Estratégia Saúde da Família (ESF) e que tem possibilitado a reordenação da atenção básica (AB) nos níveis locais de saúde abrangendo aspectos individuais e coletivos (BRASIL, 2008).

Em 2001, com o intuito de ampliar o acesso da população brasileira à saúde bucal, os profissionais de Odontologia foram incluídos na ESF formando as Equipes de Saúde Bucal (ESB). Em 2003 foi elaborada a Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente” (PNSB), que se tornou um eixo político para a reestruturação das práticas de saúde bucal no Brasil e que tem, na Atenção Básica, um de seus mais importantes pilares (BRASIL, 2004).

As oclusopatias, segundo dados da Organização Mundial da Saúde, ocupam a terceira posição em uma escala de prioridades dos problemas bucais. Constituem-se de anomalias do crescimento e desenvolvimento dos músculos e ossos maxilares no período da infância e da adolescência, que podem produzir alterações tanto do ponto de vista estético, quanto do ponto de vista funcional da oclusão, mastigação, fonação, respiração e deglutição, além de contribuir na postura corporal (SIMÕES, 1978).

Segundo dados do último levantamento epidemiológico de cobertura nacional sobre as condições de saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2010a), aos 12 anos, 38% das crianças brasileiras apresentam problemas de oclusão. Em 20% dessas crianças, os problemas se expressam na forma mais branda, em 11% de uma forma mais severa, e 7% apresentam oclusopatias muito severas, requerendo tratamento imediato. Nos adolescentes (15 a 19 anos), as proporções são semelhantes, com 35% apresentando algum tipo de problema e 10% correspondendo à forma mais severa da doença. Em termos absolutos, isso significa que cerca de 230 mil crianças de 12 anos e 1,7 milhões de adolescentes precisam de tratamento ortodôntico.

O panorama atual da atenção às oclusopatias no Brasil caracteriza-se por elevada prevalência e insuficiente capacidade de cobertura. Mesmo nas regiões mais desenvolvidas, como a região Sul, onde o número de especialistas em ortodontia por habitantes é de 1 para 8,56 mil, há uma incapacidade de cobertura das necessidades epidemiológicas, pois a capacidade da rede privada em atender a demanda de tratamentos fica restrita a uma pequena parcela da população que possui condições financeiras de usufruir do serviço (CASTRO, 2010).

Além do nosso país, 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).

Conforme dados encontrados no site da Federação Nacional dos Médicos, são poucos os países que possuem um sistema público de saúde para atender a população, sendo observado apenas no Reino Unido, Canadá, Austrália, França e Suécia e Brasil. No Canadá, o sistema de saúde é exclusivamente financiado pelo Estado, ou seja, ninguém paga pelos serviços de saúde e toda a população têm acesso aos mesmos médicos e tratamentos, mas os serviços de odontologia não são prestados pelo Governo, ou seja, estão inclusos em planos privados. Já na Austrália, além de oferecer um serviço de saúde público completo, também subsidia a maioria dos medicamentos e grande parte dos custos de hospitais e médicos privados, porém, não presta serviço de odontologia. Na França funciona por meio do Seguro Obrigatório de Saúde, um seguro universal e compulsório para todos os residentes do país, onde os usuários do sistema têm liberdade para escolher o médico e instituição de preferência, onde os serviços odontológicos e medicamentos estão inclusos. Na Suécia, o sistema de saúde é dito universal, a população residente tem direito aos serviços de saúde que são financiados majoritariamente por impostos, cobrindo quase todos os serviços em saúde inclusive a odontologia.

Assim, tendo em vista a grande prevalência de más-oclusões e as consequências desses agravos que extrapolam a questão estética, e também considerando a grande transformação epidemiológica por que passa a saúde bucal no Brasil, com o forte declínio da doença cárie, e ainda com base nos princípios

constitucionais de integralidade e equidade, o SUS através da Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010 incorporou na relação de serviços que devem ser ofertados, procedimentos ortodônticos. Pretende-se, portanto, ampliar a oferta de 22 tratamentos ortodônticos, antes limitada a pacientes com anomalias cranianas e bucomaxilofaciais. Em relação à especialidade de Ortodontia e Ortopedia, a Portaria nº 718/SAS estabelece como procedimento para os Centros de Especialidades Odontológicas e para os Centros de Tratamento da Má Formação Labiopalatal, a instalação de aparelhos ortodônticos/ ortopédicos fixos. Para a AB ou para o CEO, a Portaria determina a manutenção e o conserto de aparelhos ortopédicos/ ortodônticos; aparelhos fixos bilaterais para fechamento de diastemas; aparelhos ortopédicos e ortodônticos removíveis; mantenedores de espaço e planos inclinados (BRASIL, 2010b).

Diante disso é necessário entender a importância da inclusão da Ortodontia na equipe de saúde bucal no Programa Estratégia Saúde da Família, as ações gerais e específicas da inserção desta equipe no PSF e os principais resultados da atuação em benefício à comunidade

## **1.2 JUSTIFICATIVA**

A realização deste trabalho científico possibilitou trazer conhecimentos sobre a inclusão da ortodontia na equipe de saúde bucal no PSF para os acadêmicos e profissionais de odontologia, avaliando a atual situação do mercado de trabalho odontológico dessa especialidade entendendo o PSF enquanto estratégia para viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS) e conhecendo a realidade da população sob sua responsabilidade.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Oliveira, CD (2003) estabeleceu os fatores usados no planejamento, contratação e monitoramento de serviços ortodônticos no Reino Unido e além disso investigou o valor do Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN) como um instrumento para a previsão ortodôntica. Enviou um questionário estruturado a todos os consultores em saúde pública odontológica no reino Unido e mais de 80% dos entrevistados utilizaram o IOTN, sendo que 75% desses consultores consideraram o índice IOTN um instrumento útil ou muito útil, permitindo priorização. Concluiu que os consultores em saúde pública odontológica perceberam o IOTN como ferramenta útil para o planejamento e provisão ortodôntica, apesar de apontar algumas deficiências.

Maciel e Kornies (2006) mostraram que à grande prevalência das másoclusões, à grande transformação epidemiológica por que passa a saúde bucal, com o forte declínio das cáries, e sob a referência dos princípios constitucionais de integralidade e equidade, tornou-se necessário viabilizar a incorporação de procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. Uma das sugestões neste sentido foi a utilização dos serviços prestados nas universidades públicas, que além de formar recursos humanos, abririam espaço para uma política social paralela. Este artigo apresentou um exemplo da clínica de ortodontia da Universidade Federal de Juiz de Fora, que, por ser um polo de referência regional em atenção à saúde bucal, vem participando das ações públicas de saúde bucal, através dos serviços prestados à população. Mostraram as diferentes faces das másoclusões dentárias, que afetam as pessoas nos âmbitos social, psicológico e biológico, e fizeram uma leitura histórica 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. Idealizaram um sistema de triagem para esses casos, abrangendo critérios econômico, biológico e psicossocial, que aproxime a assistência à saúde bucal da equidade.

Maciel (2008) em sua tese de mestrado descreveu sobre A assistência ortodôntica, que de forma incipiente, já se fazia presente no SUS, foi revigorada com

a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004. No entanto, as informações acerca dos dados dessa assistência ainda permaneciam desconhecidas. Surgiram então as questões: onde se localizam os centros que englobam esse tipo de atenção? Como se desenvolve a prática ortodôntica nesses locais? Quais são os problemas presentes neste processo? Neste sentido, a descoberta de respostas a essas perguntas, constituiu-se no objeto desta tese. Investigar a localização dos CEOs e outros centros de saúde bucal de todo o país que prestam serviços ortodônticos; lançar um olhar sobre a Saúde Pública dos municípios que os sediam; observar o modus operandi dessas ações ortodônticas. Em seguida, em um exercício prospectivo, discutir os caminhos para incrementá-las tornando-as mais efetivas. Através das Coordenações Estaduais de Saúde Bucal (CESBs), foram localizados todos os serviços ortodônticos públicos do país; em seguida solicitou-se junto aos gestores e/ou gerentes dos mesmos informações relativas ao que acontece em termos de programação ortodôntica intramuros. Foram detectados 42 serviços públicos de Ortodontia presentes em 39 municípios de todo o Brasil. Os dados obtidos referentes ao atendimento ortodôntico foram analisados e mostraram problemas na ordem de recursos humanos, de financiamento, de triagem e referência além da ausência de um protocolo clínico abrangente, norteador dessas ações. Apontou-se assim na direção de se discutir novas ideias acerca dessas questões. A Ortodontia definitivamente está em pauta no SUS e, por ser uma experiência um tanto quanto incipiente, carece de alguns ajustes. Ajustes esses discutidos em um protocolo de conduta adaptável à realidade de cada município. Neste protocolo são apontados elementos indicadores de uma maior eficácia técnica e uma maior viabilidade política e financeira no processo de aproximação Ortodontia - SUS.

BRASIL (2010b) mostrou que em conformidade com os princípios constitucionais que regem o SUS, a rede de serviços de atenção à saúde bucal vem se organizando de forma a possibilitar a atenção integral que se inicia pela organização do processo de trabalho na rede básica, somando-se às ações em outros níveis assistenciais, compondo o cuidado à saúde. Na busca da atenção integral, o usuário é o elemento estruturante do processo de produção da saúde. Suas necessidades e demandas devem orientar a oferta e a organização dos serviços, inclusive as tipologias deles. Nesta lógica de organização, a produção do cuidado é

vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais. Assim, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma a contemplá-los. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. A produção do cuidado parte da rede básica ou de qualquer outro ponto do sistema para os diversos níveis de atenção. A Atenção Especializada Ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade demande a disponibilidade de especialidades e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Nesse sentido, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são pontos de Atenção Secundária Ambulatorial que utilizam os mecanismos de referência e contrarreferência, o apoio matricial e a educação permanente em saúde como instrumentos, para assegurar a integralidade do atendimento, buscando, desta forma, superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde, organizando uma rede de atenção coordenada pela Atenção Básica. Os municípios devem conhecer a demanda de cada especialidade e, no caso de um CEO regional, a decisão deve se dar no âmbito da Comissão Intergestora Regional (CIR) ou Tripartite (CIT), nas quais as demandas municipais deverão ser colocadas. E, de posse do conhecimento delas, deve-se optar pela tipologia mais adequada, a fim de contemplar as necessidades da população nos territórios com oferta adequada das especialidades, garantia dos recursos necessários e acesso regulado. Cada CEO credenciado recebe recursos do Ministério da Saúde. A implantação dos CEOs funciona por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, isto é, o Ministério da Saúde faz o repasse de parte dos recursos enquanto estados e municípios contribuem com outra parcela (contrapartida). Atualmente, torna-se fundamental a necessidade de redimensionar a oferta de procedimentos ortodônticos nos serviços de saúde à população, por meio de um protocolo de diagnóstico e interceptação das maloclusões para CDs atuantes na AB, visando ampliar a atuação deste nas UBS, abrangendo maior número de pacientes e possibilitando maior acesso da população brasileira à ortodontia preventiva e interceptativa. Objetiva-se a aplicação clínica de atendimento ortodôntico à comunidade com efetividade e eficiência no controle do estabelecimento das maloclusões, trazendo todos os benefícios possíveis às populações interessadas. O tratamento das maloclusões pode ser classificado como preventivo, interceptativo e

corretivo, dependendo de sua complexidade e seu estágio de desenvolvimento. AAB pode ser resolutiva no tratamento preventivo e interceptativo por meio da realização de diferentes abordagens, com o objetivo de diminuir a incidência e reduzir a severidade de maloclusões nas dentições decídua e mista, assim como minimizar a necessidade de tratamento ortodôntico corretivo na dentição permanente.

BRASIL (2010a) mostrou os resultados da pesquisa de saúde bucal realizada no Brasil nesse ano, e apontou a cárie dentária como sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros, porém a situação melhorou entre 2003 e 2010, muito provavelmente em função das ações do Programa Brasil Sorridente e a maior contratação de profissionais de saúde bucal para atuarem no sistema. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente para avaliar a situação em crianças, a doença atingia 69% da população em 2003. Essa porcentagem diminuiu para 56% em 2010. Esse declínio, de 13 pontos percentuais, corresponde a uma diminuição de 19% na prevalência da enfermidade. O número médio de dentes atacados por cárie também diminuiu nas crianças: era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010 – uma redução de 25%. Em termos absolutos, e considerando a população brasileira estimada para 2010, essas reduções indicam que, no período considerado, cerca de um milhão e 600 mil dentes permanentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças de 12 anos em todo o país. Em adolescentes, a redução do número de dentes que foram poupados do ataque de cárie, em relação a 2003, chegou a aproximadamente 18 milhões. As necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se em 52%. Entre os adultos o destaque cabe a uma importantíssima inversão de tendência: as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores. Em adultos, as necessidades de próteses reduziram-se em 70%.

Pietila, et. al. (2013) compararam os custos e os resultados do tratamento ortodôntico em oito centros de saúde municipais da Finlândia. Uma amostra aleatória das faixas etárias de 16 e 18 anos (n=1109) residentes nesse município foram examinadas clinicamente por dois ortodontistas calibrados. A aceitabilidade da morfologia e função da oclusão foi avaliada com o Índice de Morfologia e Função Oclusal (OMFI). Os dados referentes ao tratamento ortodôntico prévio foram coletados dos prontuários de todos os indivíduos (n=608) que relataram tratamento ortodôntico anterior ou em andamento ou que não conseguiam se lembrar se haviam recebido

tratamento ortodôntico. Os centros de saúde foram agrupados em um grupo de tempo precoce e tardio, de acordo com a idade média do início do tratamento. A idade média para o início do tratamento ortodôntico foi de 8 anos (DP 1,9) no grupo inicial e 10,7 anos (DP 2,3) no grupo tardio. Os custos da visita e os custos do aparelho ortodôntico foram sem despesas.

Guzzo, et. al. (2014) em um estudo exploratório conheceram a perspectiva dos cirurgiões-dentistas da rede de atenção básica à saúde de Florianópolis 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. Empregaram um questionário estruturado para coletar as opiniões de todos os cirurgiões-dentistas da atenção básica que realizam atendimento clínico na rede. Os resultados demonstraram que: a maioria deles é favorável desde que haja uma estruturação adequada para atender à necessidade da população; que os profissionais se consideram despreparados para realizar os procedimentos necessários, de modo que haveria a necessidade de capacitações; que não haveria a necessidade de se implantar outros procedimentos de ortodontia na atenção básica além dos analisados; 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 encara como positiva e viável a ampliação/introdução desse serviço, o que favoreceria a integralidade da atenção à saúde e fortaleceria a atenção básica, melhorando assim a saúde da população.

Protasio, et., al., (2014) apontaram que a Ortodontia e a Implantodontia foram as especialidades menos presentes nos CEOs, de acordo com as respostas dos profissionais de saúde entrevistados. Em 2010, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Ministerial Nº 718/SAS, estabeleceu procedimentos no âmbito das especialidades da Ortodontia e Implantodontia nos CEO. Tornou-se necessário incorporar estes procedimentos, vista a transformação no quadro epidemiológico, com declínio da cárie dentária e expressiva prevalência de más-oclusões, incluindo a perda de um ou mais elementos dentários e suas consequências. Todavia, o presente estudo aponta que, mediante o relato dos profissionais que atuam na atenção básica, ainda é reduzida a oferta dessas especialidades na atenção secundária, tanto no

âmbito nacional, como no regional e no local. Essa constatação é importante, pois os sistemas de saúde que têm como alicerce a atenção primária devem garantir os fluxos de ação diagnóstica e terapêutica adequados para atenção especializada em tempo oportuno e resolutivo.

Segundo (MOZELLI e NEGRETI, 2015) as más oclusões, apesar de figurarem entre os principais problemas odontológicos de saúde pública mundial, ainda têm sido negligenciadas dentro das políticas públicas de saúde. Afirmam ser importante a adoção de um protocolo de atendimento ortodôntico dentro das Unidades Básicas de Saúde visando prevenir o surgimento de muitas oclusopatias que deve ser direcionado para gestantes, puérperas, crianças e agentes de saúde e deve esclarecer sobre a importância do aleitamento materno, diminuição da utilização do açúcar no preparo dos alimentos, prejuízos causados pelo uso prolongado da chupeta e da mamadeira, bem como importância do mantenedor de espaço em casos de perda precoce do dente decíduo. Mostraram que dentre as maloclusões existentes, a mordida cruzada e a mordida aberta merecem especial atenção pela incidência e gravidade. A reabilitação neuro oclusal propõe tratar a criança com mordida cruzada e pode ser aplicada no serviço público. Também enfatizaram a importância da utilização da grade impedidora na correção da mordida aberta anterior em idade precoce. Para seleção dos futuros pacientes de ortodontia deverá ser feita uma triagem utilizando um índice que é internacionalmente aceito, conhecido como IOTN (Índice de necessidade de tratamento ortodôntico), dividido em duas partes - o componente de saúde dental (DHC) e o componente estético (AC). Assim, este trabalho demonstrou a possibilidade de medidas simples, envolvendo educação em saúde, ortodontia interceptativa e acesso qualificado, para garantia da Ortodontia no serviço público, ampliando a oferta dos serviços e melhorando a qualidade de vida dos usuários.

Ministério da Saúde (2015) em sua cartilha “Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir” mostrou que para mudar o quadro epidemiológico apontado em 2003 pelo Pesquisa Saúde Bucal Brasil, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Sua principal meta

é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e a saída encontrada foi a ampliação das equipes de Saúde Bucal (eSBs) no sistema, a criação dos centros de especialidades odontológicas, os laboratórios Regionais de Prótese Dentária, a aquisição de unidades Móveis odontológicas e a manutenção do processo de fluoretação das águas de abastecimento, concorrendo assim para uma maior qualidade da saúde bucal da população.

BRASIL (2016) no passo a passo da política Nacional de saúde bucal mostrou que durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde e que o acesso dos brasileiros à Saúde Bucal era extremamente difícil e limitado, fazendo com que as pessoas se acostumassem a só procurar atendimento odontológico em casos de dor. Essa demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos fazia com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica. Para mudar esse quadro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo ações em Saúde Bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal – eSB – na Estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO – e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de

águas de abastecimento público. Também, o Brasil Sorridente articula outras ações intraministeriais e interministeriais.

Chaves et al. (2018) analisou a implementação da Política de Saúde Bucal no Brasil entre 2015 e 2017 em quatro componentes: ações institucionais, implantação, financiamento e resultados. Foram realizados acompanhamento dos sites do Ministério da Saúde (MS) e coleta de dados secundários sobre ações institucionais do MS, implantação dos serviços de Atenção Básica e Atenção Especializada, resultados alcançados (cobertura da primeira consulta odontológica, média de ação coletiva de escovação supervisionada e tratamentos especializados) e financiamento. Entre 2015 e 2017, houve aumento de 5,8% no número de Equipes de Saúde Bucal e de 6,4% no número de Centros de Especialidades Odontológicas. A cobertura de primeira consulta odontológica programática decresceu no período de 14,6% em 2015, para 10,5% em 2016 e 8,3% em 2017. Houve redução discreta do financiamento federal no ano de 2017, quando comparado a 2016. Verificou-se, em 2016, um cenário político restritivo para a saúde bucal na menor implantação de novos serviços, com mudanças sucessivas na coordenação nacional da política. É necessário aprofundar o estudo sobre o financiamento da política, visto que o aporte financeiro de 2016-2017 não está coerente com o pouco avanço na implantação e tendência de manutenção de resultados, com queda de indicadores específicos, como o de primeira consulta odontológica programática.

### **3. PROPOSIÇÃO**

Avaliar a importância e o estado atual da inclusão da Ortodontia na equipe de saúde bucal no programa estratégia saúde da família enquanto estratégia para viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **4. METODOLOGIA**

O presente trabalho de graduação teve como objetivo analisar, na literatura científica, evidências sobre as especialidades odontológicas no sistema único de saúde (SUS). Utilizamos o método de pesquisa explicativa, tivemos as bases de dados em artigos de fontes como: PubMed, Conchrane, Lilacs, Scielo e abrangemos estudos publicados na última década com as palavras-chave odontologia, especialidades odontológicas, ortodontia e SUS.

## 5. DISCUSSÃO

Lançado em 2004 pelo Ministério da Saúde, o Programa Brasil Sorridente está inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) e tem como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. O aumento da oferta de serviços públicos de saúde bucal e de ações preventivas poupou a extração de 400 mil dentes por ano no país (Maciel, 2008; Ministério da Saúde, 2015; Brasil, 2016).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) constatou, para a população adulta, redução de 30% no número de dentes cariados, queda de 45% no número de dentes perdidos por cárie, além do aumento de 70% no número de dentes tratados, entre 2003 e 2010. O estudo também revelou crescimento de 57% nos atendimentos odontológicos no SUS. Os bons indicadores da SB Brasil 2010 ajudaram o Brasil a ser classificado (segundo os parâmetros da Organização Mundial de Saúde) como país com baixa prevalência de cárie. A proporção de crianças livres de cárie aos 12 anos cresceu de 31% para 44%. Isso significa que 1,4 milhão de crianças não têm nenhum dente cariado atualmente — 30% a mais que em 2003 (Brasil, 2010a).

Maciel e Kornies (2006) mostraram que à grande prevalência das másoclusões, à grande transformação epidemiológica por que passa a saúde bucal, com o forte declínio das cáries, e sob a referência dos princípios constitucionais de integralidade e equidade, tornou-se necessário viabilizar a incorporação de procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. Uma das sugestões neste sentido foi a utilização dos serviços prestados nas universidades públicas, que além de formar recursos humanos, abririam espaço para uma política social paralela sendo um polo de referência regional em atenção à saúde bucal, participando das ações públicas de saúde bucal, através dos serviços prestados à população.

Os Centros públicos de saúde bucal que contemplam as especialidades odontológicas (CEOs) foram abertos com, no mínimo, especialistas em diagnóstico bucal (com ênfase no câncer bucal), pequenas cirurgias orais dos tecidos moles e duros, especialistas em endodontia e tratamento para pacientes com necessidades especiais (Maciel, 2008; Brasil, 2010b; Ministério da Saúde, 2015; Brasil, 2016). A

oferta de tratamento ortodôntico gratuito nos CEOs começou em 2011, após a Reunião Ordinária da Comissão Tripartite em Brasília (Brasil, 2010b).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), 35% da população brasileira possui alguma disfunção que necessita de tratamento ortodôntico. Esses novos tratamentos serão ofertados, na medida em que os serviços forem sendo implantados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). As Equipes de Saúde Bucal (ESB) farão a busca e a identificação dos casos prioritários, que serão encaminhados aos CEO's para realizarem os tratamentos indicados (Brasil, 2010a; Chaves et al., 2018).

Em 2010, o Programa Brasil Sorridente investiu R\$ 710 milhões em ações de saúde bucal. Com a inclusão dos novos procedimentos, a previsão de investimento total em 2011 teve um acréscimo de R\$ 134 milhões. Atualmente, são mais de 20,4 mil ESB presentes em 4.829 municípios brasileiros (Brasil, 2010b). Em contrapartida, Chaves, et al., 2018, apontou uma discreta redução no financiamento federal do ano de 2017 em comparação com 2016, podendo acarretar uma redução nos atendimentos especializados, principalmente ortodontia e implante. Observamos que os registros da Federação Nacional dos Médicos, 2016, apontaram que o Brasil possui o mais baixo repasse financeiro em saúde quando comparado com Reino Unido, Canadá, Austrália, França e Suécia, permite mesmo que de maneira insípida e irregular a integralidade de ações e serviços no sistema público o que não acontece em todos esses países.

A organização e o acesso aos serviços de saúde podem ser estratificados em três níveis distintos e inter-relacionados: cuidados primários, secundários e terciários (base hospitalar) de atenção. Na área da saúde oral, os cuidados primários compreendem um conjunto de ações voltadas para identificar, prevenir e resolver os principais problemas da população afetada. A atenção secundária abrange tratamentos mais avançados por especialistas em saúde bucal em reabilitação clínica e funcional. A atenção terciária em programas de atenção à saúde bucal pública do Brasil inclui alguns procedimentos de alto custo, feitos principalmente por provedores privados e hospitais universitários públicos, e são pagos com dinheiro público a preços próximos ao valor de mercado. Considerando essa organização da atenção integral,

o tratamento ortodôntico está dentro da rede de atendimento secundário (Brasil, 2010b; Ministério da Saúde, 2015; Brasil, 2016).

Depois dos pacientes avaliados na atenção primária, os pacientes que tiverem necessidade de implante ou aparelho ortodôntico serão encaminhados para algum dos 853 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em funcionamento em todos os 26 estados e no Distrito Federal. Por meio dessa ação, o governo federal amplia a assistência em saúde bucal para mais 1,15 milhão de brasileiros em 2011 (um milhão de atendimentos de ortodontia e 150 mil atendimentos de implantes). Em 2010, foram realizados 25 milhões de atendimentos nos CEOs; Em 2018, observamos 1120 CEOs instalados pelo país, responsável por assegurar a integralidade do atendimento, buscando superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde, organizando uma rede de atenção coordenada pela Atenção Básica.

Embora as estratégias de saúde bucal desenvolvidas pelo SUS tenham trazido resultados positivos para muitos brasileiros, as desigualdades com base em fatores sociodemográficos persistem. Portanto, o sistema público ainda tem de cumprir as suas metas de prestação de cuidados equitativos, universais e inclusivos para atender às necessidades de saúde bucal de todos os cidadãos brasileiros. Para melhor atender aos princípios fundamentais do sistema de saúde pública, como a universalidade, integralidade e equidade com relação à saúde oral e, conseqüentemente, à saúde geral, o acesso ao tratamento ortodôntico no setor dos cuidados de saúde pública precisa ser expandido de forma contínua no Brasil. (FREITAS, SOUZA, MENDES, PORDEUS, JONES e MARTINS, 2015)

Da mesma forma, diversos fatores socioculturais e psicológicos podem influenciar a autopercepção da necessidade de tratamento ortodôntico. Os adolescentes que procuram tratamento ortodôntico podem estar preocupados em melhorar sua aparência e aceitação social, uma vez que as pessoas com má oclusão podem sentir-se tímidas, perder oportunidades de emprego e sentir pena de si mesmas, devido à aparência comprometida de seus dentes. Diferentes tipos de má oclusão podem produzir mudanças não apenas na aceitabilidade estética da aparência, mas na funcionalidade e qualidade de vida em termos de mastigação, deglutição, respiração, sorriso e fala, bem como experiências de dor e problemas na

articulação temporomandibular. (FREITAS, SOUZA, MENDES, PORDEUS, JONES e MARTINS, 2015)

Maciel e Kornies (2006) mostraram as diferentes faces das más-oclusões dentárias, que afetam as pessoas nos âmbitos social, psicológico e biológico, e fizeram uma leitura histórica 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. Idealizaram um sistema de triagem para esses casos, abrangendo critérios econômico, biológico e psicossocial, que aproxime a assistência à saúde bucal da equidade.

Apesar dessas limitações, foi identificada uma prevalência elevada da necessidade de tratamento ortodôntico em adolescentes no Brasil associada com questões demográficas e subjetivas definidoras de saúde oral. A alta prevalência das necessidades ortodônticas em adolescentes é um desafio para as metas do sistema de saúde pública do Brasil. Segundo (MOZELLI e NEGRETI, 2015) as más oclusões, apesar de figurarem entre os principais problemas odontológicos de saúde pública mundial, ainda têm sido negligenciadas dentro das políticas públicas de saúde. Afirmam ser importante a adoção de um protocolo de atendimento ortodôntico dentro das Unidades Básicas de Saúde visando prevenir o surgimento de muitas oclusopatias que deve ser direcionado para gestantes, puérperas, crianças e agentes de saúde e deve esclarecer sobre a importância do aleitamento materno, diminuição da utilização do açúcar no preparo dos alimentos, prejuízos causados pelo uso prolongado da chupeta e da mamadeira, bem como importância do mantenedor de espaço em casos de perda precoce do dente decíduo.

Assim, este trabalho pode demonstrar que medidas simples, envolvendo educação em saúde, ortodontia interceptativa e acesso qualificado, para garantia da Ortodontia no serviço público, possibilitarão amplamente a oferta dos serviços, melhorando a qualidade de vida dos usuários e reforçando a necessidade de que mais estudos avaliativos sobre os CEOs e a ortodontia sejam realizados, empregando outras abordagens e metodologias, a fim de elucidar outras fragilidades e os avanços da ortodontia nos CEOs do País.

## 6. CONCLUSÃO

Faz-se necessário a revisão das metas clínicas ambulatoriais na especialidade de ortodontia ofertada pelo CEO considerando as particularidades de cada região, a demanda existente, o perfil epidemiológico, as reais necessidades de tratamento da população em cada local assim como questões relativas a recursos estruturais dos CEOs e a força de trabalho dos cirurgiões-dentistas especialistas em ortodontia em cada região do país.

Os levantamentos epidemiológicos de 2020 mostram a realidade atualizada do oferecimento da ortodontia em todo o país, sendo o ponto fundamental para a análise de desempenho para possibilitar a realização de novas pesquisas mostrando a efetividade dos CEOs em todo o país, e promovendo suas atualizações por regiões na área da ortodontia.

Dessa forma, o trabalho presente consta que ações envolvendo educação em saúde, ortodontia interceptativa e acesso qualificado, garantindo a Ortodontia no SUS, possibilitarão a ampliação da oferta dos serviços, melhorando a qualidade de vida e enfatizando a necessidade de que mais estudos avaliativos sobre os CEOs e a ortodontia sejam realizados, empregando outras abordagens e meios, a fim de consolidar os avanços da ortodontia nos CEOs do País.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília.

Brasil. Caderno de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal. Ministério da Saúde. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 16p.

Simões, WA. Prevenção de oclusopatias. *Ortodontia*. 1978;11:117-125.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2010<sup>a</sup>.

Castro, RG. Diretrizes para a atenção às oclusopatias no Sistema Único de Saúde. 2010. 131f. Tese (Doutorado em Odontologia)-Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

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

Federação Nacional Dos Médicos (FENAN). RS: Conheça o “SUS” de outros cinco países. Jun, 2016. Disponível em: <http://www.fenam.org.br/noticia/5233>. Acesso: 22/10/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 718/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010, republicada em 31 de dezembro de 2010. Retificação na Portaria nº 718 SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010b, publicada no Diário Oficial nº 251, de 31 de dezembro de 2010, seção 1, páginas 100 a 113. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 27, 8 fev. 2011, p. 48.

Oliveira, CM. The planning contracting and monitoring of orthodontic services and the use of the IOTN index: a survey of consultants in dental public health in the United Kingdom. *British Dental Journal*, 2003, 195(12): p.704.

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*. 2006 .Jul. 16(1): 59-81.

Maciel, S. M. A presença da ortodontia no SUS: a experiência de CEOs e de outros serviços públicos da saúde bucal. 2008. 213f. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro.

Pietila, IPT, Syedstrom-oristo, AL., Varrela, J., Alanen, P. Comparison of treatment costs and outcome in public orthodontic services in Finland. *European Journal of Orthodontics*, Feb.2013. 35(1):22-8p.

Guzzo, S. C., Finkler, M., Reibnitz Júnior, C., Reibnitz, M. T. Ortodontia preventiva e interceptativa na rede de atenção básica do SUS: perspectiva dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014. Fev; 19(2): 449-460.

Protasio, APL, Silva, PB, Lima, EC, Gomes, LB, Machado, LS, Valença, AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* 2014; 38 (Esp):209-20 p.

Mozelli, K V, Negrete, D. *Rev. Ortodontia em Saúde Pública. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*. 2015; 27(3): 229-34.

Ministério Da Saúde. *Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir*. Brasília. 2015.

Freitas, Carolina Vieira de; Souza, João Gabriel Silva; Mendes, Danilo Cangussu; Pordeus, Isabela Almeida; Jones, Kimberly Marie; Martins, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima. Necessidade de tratamento ortodôntico em adolescentes brasileiros: avaliação com base na saúde pública. *Rev. paul. pediatr.* 2015. June. 33(2): 204-210.

Brasil. *Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília-DF. 2016.

Chaves, S. C. L., Almeida, A. M. F. L., Reis, T. R. A., Barros, S. G. *Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período de 2015-2017*. 2ª ed. *Saúde debate* (online). 2018; 42(2):76-91 p.