

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUS: PERSPECTIVA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

Samuel Carlos Guzzo



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Samuel Carlos Guzzo

**ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA NA REDE
DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUS: PERSPECTIVA DOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido à Disciplina de TCC III do
Curso de Graduação em Odontologia da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito para a obtenção do título
de cirurgião-dentista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mirelle Finkler

**Florianópolis
2012**

Samuel Carlos Guzzo

**ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA NA
REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUS: PERSPECTIVA
DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA PREFEITURA
MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, ___ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Mirelle Finkler,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Calvino Reibnitz Jr.,
Universidade Federal de Santa Catarina

Dra. Marynês Terezinha Reibnitz
Chefe de Departamento de Saúde Bucal da SMS de
Florianópolis

**Aos meus pais Arlete e João, e a minha irmã
Débora, os quais amo muito.**

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Prof.^a Dra. Mirelle Finkler, por aceitar orientar meu trabalho de conclusão de curso e realizar essa pesquisa. Obrigado pelo incentivo, confiança, dedicação, atenção e paciência. Deu trabalho, mas conseguimos!

Ao Prof. Dr. Calvino Reibnitz Jr. o qual sugeriu a Profa. Dra. Mirelle Finkler como orientadora e que também nos socorreu em vários momentos de dúvidas.

Aos meus colegas de turma que colaboram com a entrega dos questionários e aos que de certa forma incentivaram a minha pesquisa.

Aos cirurgiões-dentistas da rede que me receberam prontamente quando precisei e que contribuíram para a realização deste trabalho.

A chefe de Departamento de Saúde Bucal da SMS de Florianópolis e membro da comissão de acompanhamento dos projetos de pesquisa em saúde, Marynês Terezinha Reibnitz, pela autorização para a realização desse estudo e pela disposição em ajudar sempre que foi necessário.

A todos que participaram de alguma forma na elaboração da metodologia da pesquisa.

A minha família, que mesmo de longe sempre me apoiou e me proporcionou tudo que precisei.

Aos meus amigos, por serem companheiros e estarem sempre comigo em todos os momentos desse percurso.

GUZZO, S.C. Ortodontia preventiva e interceptativa na rede de atenção básica do SUS: perspectiva dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Florianópolis. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Curso de Graduação em Odontologia da UFSC; 2012.

RESUMO

O objetivo desse estudo foi conhecer 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 da capital, de modo a obter informações que pudessem subsidiar futuras ações por parte dos gestores. Nesta pesquisa exploratória, empregou-se um questionário estruturado para coletar as opiniões de todos os cirurgiões-dentistas que realizam atendimento clínico nas Unidades Básicas de Saúde. Os resultados demonstram que a maioria dos dentistas são favoráveis à implementação do serviço, desde que haja uma estruturação adequada para atender à necessidade da população; os profissionais se consideram despreparados para realizar procedimentos de ortodontia preventiva e interceptativa, de modo que haveria a necessidade de capacitações; não haveria a necessidade de se implantar outros procedimentos de ortodontia na atenção básica além dos analisados neste estudo; as principais dificuldades que seriam enfrentadas estariam relacionadas ao excesso de demanda na atenção básica e à falta de recursos humanos para se conseguir ampliar o serviço. Apesar destes obstáculos, a maioria dos profissionais encara como positiva e viável a introdução desse serviço, o que favoreceria a integralidade da atenção à saúde e fortaleceria a atenção básica, melhorando assim a saúde da população.

Palavras-chave: Saúde coletiva; Atenção Básica de Saúde; SUS; Oclusopatias; Ortodontia.

GUZZO, S.C. Preventive and interceptive orthodontics in SUS's network primary health care: dentists's perspective of the City of Florianópolis. [End of Course Work]. Florianópolis: Undergraduate Program in Dentistry, UFSC; 2012.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the dentist's network perspective about the need, feasibility and interest on the extension of preventive orthodontics services and the implementation of interceptive orthodontics in the Basic Health Care in Florianópolis. We resorted a structured questionnaire in the exploratory research to collect the standpoint of all dentists who perform clinical care in the Basic Health in the city. This information may support future actions of the managers of the Department of Oral Health of the city of Florianópolis. The results indicate that: the majority of dentists are in favor of implementing the service, since there is an appropriate structure to attend the needs of the population; professionals consider themselves unprepared to accomplish procedures in preventive and interceptive orthodontics, so it would be necessary to perform capabilities. There would be no need to deploy other orthodontic procedures in primary care than those analyzed in this study. The main difficulties were related to the excess of demand in primary care and the lack of human resources to achieve expansion in the service. Despite of these obstacles, most of the professionals see it as positive and feasible to introduce this service, which could increase the comprehensiveness of health care and strengthen the primary care, thereby improving the health of the population.

KeyWords: Public Health; Primary Health Care; Unified Health System; Malocclusion; Orthodontics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perspectiva dos CDs da rede de atenção básica à saúde quanto a necessidade de realizar tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos nas UBS.

Tabela 2: Correlação de Spearman e teste de significância estatística no cruzamento entre as variáveis.

Tabela 3: Aptidão dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF em realizar os tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos.

Tabela 4: Caracterização dos profissionais da rede de atenção básica à saúde da PMF com relação ao tempo de atuação profissional e de atuação na atenção básica.

Tabela 5: Cirurgiões-dentistas da rede de atenção básica à saúde da PMF que possuem pós-graduação.

Tabela 6: Área de especialidade dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF que possuem pós-graduação.

Tabela 7: Diferença de relevância entre os tratamentos ortodônticos elencados, segundo a perspectiva dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF.

Tabela 8: Tratamentos ortodônticos mais relevantes segundo a perspectiva dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF.

Tabela 9: Interesse dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF em realizar procedimentos ortodônticos preventivos e interceptativos nas UBS em Florianópolis.

Tabela 10: Motivos apontados pelos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF para não terem interesse em realizar procedimentos ortodônticos preventivos e interceptativos nas UBS em Florianópolis.

Tabela 11: Necessidade de se introduzir outros tipos de tratamentos ortodônticos além dos mencionados.

Tabela 12: Aspectos, segundo a perspectiva dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF, que poderiam dificultar a viabilização da realização de procedimentos ortodônticos nas UBS.

Tabela 13: Aspectos positivos da introdução do serviço ortodôntico nas UBS em Florianópolis segundo a perspectiva dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS:

AB: Atenção Básica

CD: Cirurgião-Dentista

CDs: Cirurgiões-Dentistas

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

CEPSH: Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

DAI: Índice de Estática Dentária

ESB: Equipes de Saúde Bucal

ESF: Estratégia Saúde da Família

OR: *Odds Ratio*

ρ : Correlação de Spearman

PMF: Prefeitura Municipal de Florianópolis

PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal

PSE: Programa Saúde na Escola

PSF: Programa de Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UBSs: Unidades Básicas de Saúde

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	17
2 ARTIGO.....	25
Introdução.....	26
Metodologia.....	28
Resultados e discussão.....	29
Considerações finais.....	44
Referências.....	45
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICES.....	54
ANEXOS.....	65

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

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, 2001a; BRASIL, 2008a).

A AB abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. “Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2008a).

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, 2001b; BRASIL, 2004).

Organizar as ações no nível da AB foi o primeiro desafio a que se lançou o Brasil Sorridente, visando à possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal. Suas diretrizes visam à promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco e objetivam a ampliação e qualificação da AB, ampliando a oferta de serviços e buscando a integralidade da atenção, além da equidade e a universalização do acesso às ações (BRASIL, 2003; BRASIL 2008a).

É característica da atenção prestada nos serviços de AB que estes se ocupem das patologias mais prevalentes nas comunidades. Devido às ações de políticas públicas em saúde bucal, tais como a fluoretação das águas de abastecimento e dos dentifrícios (BRASIL, 2009), bem como o crescente acesso da população ao atendimento odontológico, observam-se notáveis transformações nos padrões epidemiológicos das doenças e agravos à saúde bucal com um grande declínio da doença cárie, fazendo com que outras morbidades e condições começassem a ganhar importância para a Saúde Pública (WHO, 1989).

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).

A oclusão dentária é importante para a manutenção de todo o equilíbrio biológico do indivíduo. Interfere na qualidade de vida e pode influenciar negativamente no que se refere aos fatores psicossociais que influenciam a saúde, uma vez que um sorriso desarmonioso pode ser motivo de constrangimento para os indivíduos, tanto em seus relacionamentos afetivo-familiares quanto no ambiente social de trabalho ou estudo (DRACKER, 1960; SCHINESTSK; SCHINESTSK, 1998).

Utilizando-se procedimentos simples de ortodontia preventiva e interceptativa pode-se atenuar e até mesmo prevenir o grau de severidade das oclusopatias. Do ponto de vista clínico, é necessário diagnosticar e intervir de forma adequada em benefício da evolução normal da dentição e do crescimento craniofacial (LOPES-MONTEIRO; NOJIMA; NOJIMA, 2003).

Para Graber (1972), a **ortodontia preventiva** visa preservar a integridade da evolução normal da oclusão, evitando-se a instalação de determinadas maloclusões, enquanto a **ortodontia interceptativa** implica em interceptar uma situação anormal já existente, de modo a restabelecer a evolução normal da oclusão. Em outras palavras, a ortodontia preventiva ocupa-se da manutenção da oclusão dentro dos

limites normais em um determinado período. Já a ortodontia interceptativa é a ciência empregada para reconhecer e eliminar potenciais irregularidades e más posições no complexo dentofacial em desenvolvimento, utilizando-se procedimentos clínicos que impedem a progressão de maloclusões, melhorando-os ou transformando-os em oclusões normais (TANAKA *et. al.*, 2008).

Ações como o reconhecimento precoce de lesões de cárie dentária e a realização de restaurações adequadas para restaurar o elemento cariado restabelecendo as dimensões corretas dos dentes, a manutenção de espaço após a perda precoce de dentes decíduos, assim como diagnosticar precocemente e eliminar hábitos orais deletérios que possam interferir no desenvolvimento normal da dentição e do crescimento facial são considerados tratamentos ortodônticos preventivos (LOPES-MONTEIRO; NOJIMA; NOJIMA, 2003).

Já no tratamento ortodôntico interceptativo se enquadrariam o descruzamento dentário, a expansão de palato para aumentar o espaço para os dentes permanentes se acomodarem corretamente na arcada, o uso de aparelhos para aumentar o crescimento mandibular, para recuperar espaço, frenectomias, eliminação de hábitos já adquiridos, remoção de dente decíduo com retenção prolongada, resolução de problemas de fonação, respiração bucal, deglutição atípica e correção de sobremordida precoce (GALVÃO, 1986).

Os problemas de oclusão, dos quais trata a ortodontia, encontram-se entre os principais agravos que acometem a saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade (BRASIL, 2008a).

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.

Ao mesmo tempo, e em reflexo à maior disponibilidade de informação e de assistência odontológica, tem-se observado maior consciência e expectativa por parte dos indivíduos com relação à saúde bucal, fazendo com que nos últimos anos houvesse um grande crescimento pela busca de tratamento ortodôntico (HEBLING *et al.*, 2007).

Disponibilizando-se serviços ortodônticos interceptativos já na AB, facilitar-se-ia o acesso da população ao tratamento, possibilitando a eliminação de alguns fatores etiológicos e prevenindo a progressão das desarmonias dentárias, esqueléticas e funcionais. Desta forma, proporcionar-se-ia um desenvolvimento dento - facial normal, reduzindo as discrepâncias esqueléticas, minimizando ou até mesmo eliminando a necessidade de tratamentos complexos durante a dentição permanente (HEBLING *et al.*, 2007).

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).

Em Santa Catarina, especificamente, há uma carência de serviços públicos de referência em ortodontia. Em pesquisa realizada por Castro (2010), constatou-se que: de 211 cirurgiões-dentistas (CDs) atuantes na rede de AB de oito municípios, apenas 7,65% possuem um serviço de referência ao alcance de seus pacientes, de modo que a maioria dos usuários acabam sendo encaminhados para serviços privados ou Instituições de Ensino Superior; o tratamento às oclusopatias do tipo mordida cruzada, hábitos deletérios e pequenos movimentos dentários, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na fase de dentição mista praticamente inexistem (entre 95,7% e 97,1% dos cirurgiões-dentistas nunca realizaram tais procedimentos) e os procedimentos de manutenção e recuperação de espaço também nunca são realizados por respectivamente 61,6% e 79,4% dos CDs.

Tendo em vista os prejuízos que podem ser ocasionados pelas oclusopatias, torna-se preocupante a falta de acesso ao seu tratamento a

uma parcela importante da população, principalmente aquela menos favorecida sócio-economicamente (TOMITA; BIJELLA; FRANCO, 2000).

O conceito ampliado de saúde do artigo 196 da Constituição Federal a considera dentro de um modelo de atenção integral onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção à saúde, em conjunto com as ações propriamente ditas de recuperação. Isso nos leva a vislumbrar um país com possibilidades de suprir as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004).

Frente a esta realidade, a inclusão de ações preventivas e interceptadoras nas próprias UBS torna-se desejável. Esta inclusão é apropriada e possível se bem orientada, utilizando-se protocolos de assistência e correto planejamento das ações ortodônticas, minimizando os custos de tratamentos corretivos e alocando maiores recursos para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). A tendência é que o tratamento das oclusopatias, principalmente as de soluções ortodônticas mais simples, passe a estar presente rotineiramente nas ações de saúde bucal dos serviços públicos, seguindo o exemplo de vários países desenvolvidos e em desenvolvimento. Mas para se enquadrar no perfil epidemiológico favorável à ampliação da oferta de seus serviços e implementar o tratamento às oclusopatias, a população dos territórios abrangidos pelas UBSs devem ter as doenças cárie e periodontal controladas ou com baixa prevalência (HEBLING *et al.*, 2007; CRESTANI; BOCK, 2008).

Em Santa Catarina, algumas cidades já possuem condições de oferecer assistência interceptativa às oclusopatias na AB, pois além de se enquadrarem no perfil epidemiológico necessário, já realizam ações de orientação e prevenção, necessitando implementar apenas as ações de tratamento (CASTRO, 2010).

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

tratamentos ortodônticos, antes limitada a pacientes com anomalias cranianas e bucomaxilofaciais (BRASIL, 2010b).

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).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a rede de AB é 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, uma vez que a expansão da rede assistencial de atenção secundária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços odontológicos da AB, comprometendo o sistema de referência e contra-referência em saúde bucal, em algumas regiões do Brasil.

Os resultados do estudo de Casto (2010) demonstram a pertinência dos objetivos propostos na atual política, bem como a urgência na operacionalização da rede de atenção em saúde bucal para a qualificação da atenção às oclusopatias. Destaca ainda a necessidade de adequação da rede de atenção em saúde bucal em consonância com os dados epidemiológicos disponíveis, considerando necessária e oportuna a ampliação dos serviços públicos de atenção odontológica em andamento no Brasil, sendo uma das formas a qualificação da AB

Nesse sentido, Hebling (2007) estruturou um protocolo (anexo 1) de prevenção e interceptação às oclusopatias para a inclusão em programas de saúde bucal, no âmbito da AB Este protocolo abrange a instalação de mantenedores de espaço e a execução de procedimentos interceptadores, sugerindo a fase de dentadura decídua e mista para a abordagem. Além disso, a autora indica o tipo de documentação necessária para a realização de todos os procedimentos sugeridos para a AB (anexo 2) descrevendo que documentação seria necessária para cada caso em particular (anexo 3). Desta forma, utilizando-se de protocolos de assistência e o correto planejamento das ações ortodônticas, seria

perfeitamente viável a realização de ações ortodônticas preventivas e interceptadoras nas UBS.

A maior desvantagem no tratamento precoce das oclusopatias é a dificuldade em se prever o rumo do crescimento e desenvolvimento craniofacial, o que exige do profissional bastante conhecimento. Ainda assim, a pluralidade de eventos, genéticos e ambientais que interferem em todo este processo, podem inibir o profissional de intervir precocemente. Por isso, mesmo tendo em mãos protocolos adequados e suporte para realização dos tratamentos é necessário atentar para a real capacidade do profissional em intervir nos diferentes casos, de modo que capacitações profissionais podem ser fundamentais para a implantação de um programa de assistência ortodôntica no SUS (HEBLING *et al.*, 2007).

Além disto, recomenda-se a qualificação dos profissionais da atenção básica para a realização dos procedimentos ortodônticos interceptativos, visto que a inexistência da oferta dos serviços de atenção secundária e terciária (onde profissionais qualificados para o tratamento com terapias ortodônticas mais complexas estariam disponíveis e teriam condições de realizar as intervenções necessárias) torna a implantação de procedimentos interceptores na AB uma possibilidade de reduzir os problemas ortodônticos na fase da dentadura decídua e mista, reduzindo também as oclusopatias com necessidade de intervenções com terapia fixa na dentadura permanente. Depois de interceptadas, aquelas oclusopatias que ainda necessitem de tratamento com terapia fixa serão menos graves e complexas para a resolução, o que reduzirá a demanda dos níveis secundários e terciários de atenção (HEBLING *et al.*, 2007).

Diante do exposto, este estudo teve como **objetivo geral** conhecer a perspectiva dos CDs da rede de AB à saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis sobre a ampliação dos serviços de ortodontia preventiva e a implementação dos serviços de ortodontia interceptativa. Como **objetivos específicos**, buscou-se levantar as necessidades sentidas pelos CDs nas UBSs em relação a tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos; identificar os procedimentos ortodônticos mais relevantes para serem realizados na AB; conhecer as potencialidades e as dificuldades percebidas pelos CDs em viabilizar o tratamento ortodôntico na rede básica; e perceber o grau de interesse dos CDs em realizar tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam colaborar com a qualificação e ampliação da AB à saúde, ao revelar dados que possam subsidiar futuras ações de ampliação dos serviços de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Florianópolis.

Ortodontia preventiva e interceptativa na rede de atenção básica do SUS: perspectiva dos cirurgiões-dentistas da prefeitura municipal de Florianópolis

Preventive and interceptive orthodontics in SUS's network primary health care: dentists's perspective of the City of Florianopolis.

Resumo: O objetivo desse estudo foi conhecer 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 da capital, de modo a obter informações que pudessem subsidiar futuras ações por parte dos gestores. Nesta pesquisa exploratória, empregou-se um questionário estruturado para coletar as opiniões de todos os cirurgiões-dentistas que realizam atendimento clínico nas Unidades Básicas de Saúde. Os resultados demonstram que a maioria dos dentistas são favoráveis à implementação do serviço, desde que haja uma estruturação adequada para atender à necessidade da população; os profissionais se consideram despreparados para realizar procedimentos de ortodontia preventiva e interceptativa, de modo que haveria a necessidade de capacitações; não haveria a necessidade de se implantar outros procedimentos de ortodontia na atenção básica além dos analisados neste estudo; as principais dificuldades que seriam enfrentadas estariam relacionadas ao excesso de demanda na atenção básica e à falta de recursos humanos para se conseguir ampliar o serviço. Apesar destes obstáculos, a maioria dos profissionais encara como positiva e viável a introdução desse

¹ Formatado segundo as normas do periódico ao qual será submetido para avaliação e publicação: Revista Ciência e Saúde Coletiva.

serviço, o que favoreceria a integralidade da atenção à saúde e fortaleceria a atenção básica, melhorando assim a saúde da população.

Palavras-chave: Saúde coletiva; Atenção Básica de Saúde; SUS; Oclusopatias; Ortodontia.

Abstract: The aim of this study was to understand the dentist's network perspective about the need, feasibility and interest on the extension of preventive orthodontics services and the implementation of interceptive orthodontics in the Basic Health Care in Florianópolis. We resorted a structured questionnaire in the exploratory research to collect the standpoint of all dentists who perform clinical care in the Basic Health in the city. This information may support future actions of the managers of the Department of Oral Health of the city of Florianópolis. The results indicate that: the majority of dentists are in favor of implementing the service, since there is an appropriate structure to attend the needs of the population; professionals consider themselves unprepared to accomplish procedures in preventive and interceptive orthodontics, so it would be necessary to perform capabilities. There would be no need to deploy other orthodontic procedures in primary care than those analyzed in this study. The main difficulties were related to the excess of demand in primary care and the lack of human resources to achieve expansion in the service. Despite of these obstacles, most of the professionals see it as positive and feasible to introduce this service, which could increase the comprehensiveness of health care and strengthen the primary care, thereby improving the health of the population.

KeyWords: Public Health; Primary Health Care; Unified Health System; Malocclusion; Orthodontics.

Introdução

Devido às ações de políticas públicas em saúde bucal, tais como a fluoretação das águas de abastecimento e dos dentifrícios¹, bem como o

crescente acesso da população ao atendimento odontológico, observam-se notáveis transformações nos padrões epidemiológicos das doenças e agravos à saúde bucal com um grande declínio da doença cárie, fazendo com que outras morbidades e condições começassem a ganhar maior importância para a saúde pública².

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 corporal³.

A oclusão dentária é importante para a manutenção de todo o equilíbrio biológico do indivíduo⁴. Interfere na qualidade de vida e pode influenciar negativamente no que se refere aos fatores psicossociais das pessoas, uma vez que um sorriso desarmonioso pode ser motivo de constrangimento, tanto nos relacionamentos afetivo-familiares quanto no ambiente social⁵.

O diagnóstico precoce de condições que influenciam o desenvolvimento normal da oclusão dentária pode contribuir para diminuir significativamente a incidência de maloclusões⁶. Utilizando-se procedimentos simples de Ortodontia preventiva e interceptativa pode-se atenuar e até mesmo prevenir o grau de severidade das oclusopatias. Do ponto de vista clínico, é necessário diagnosticar e intervir de forma adequada em benefício da evolução normal da dentição e do crescimento crânio-facial⁷.

Tendo em vista os prejuízos que podem ser ocasionados pelas oclusopatias, torna-se preocupante a falta de acesso ao seu tratamento à maior parte da população⁸. O tratamento às oclusopatias do tipo mordida cruzada, hábitos deletérios e pequenos movimentos dentários em Unidades Básicas de Saúde (UBS), na fase de dentição mista praticamente inexistem. A pesquisa realizada por Castro⁹ com 211 dentistas de 8 municípios mostra que entre 95,7% e 97,1% dos cirurgiões-dentistas (CDs) nunca realizaram tais procedimentos. Os procedimentos de manutenção e recuperação de espaço também nunca são realizados por respectivamente 61,6% e 79,4% dos profissionais entrevistados.

Desta forma, 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 serviço⁹.

Disponibilizando-se serviços ortodônticos interceptativos já na atenção básica, facilitar-se-ia o acesso da população ao tratamento, possibilitando a eliminação de alguns fatores etiológicos e prevenindo a progressão das desarmonias dentárias, esqueléticas e funcionais. Desta forma, proporcionar-se-ia um desenvolvimento dento - facial normal, reduzindo as discrepâncias esqueléticas, minimizando ou até mesmo eliminando a necessidade de tratamentos mais complexos durante a denteição permanente¹⁰.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo conhecer a perspectiva dos CDs da rede de atenção básica de um município de grande porte do sul do país sobre a ampliação dos serviços de ortodontia preventiva e a implementação dos serviços de ortodontia interceptativa. Mais especificamente, buscou-se levantar as necessidades percebidas por tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos; identificar os procedimentos ortodônticos mais relevantes para serem realizados na atenção básica; conhecer as potencialidades e as dificuldades detectadas pelos CDs em viabilizar o tratamento ortodôntico na rede básica; além de perceber seu grau de interesse em realizar este tipo de tratamento.

Metodologia

Foi realizado um estudo exploratório transversal (aprovado pelo CEPESH/UFSC sob o n. 2153/11), para o qual foram solicitados a participar como sujeitos de pesquisa, todos os 71 CDs que atuam clinicamente na rede de atenção básica à saúde de município de grande porte da região Sul. Um total de 64 profissionais (90,14%) aceitaram participar após receberem explicações e terem lido e assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados através de questionário semi-estruturado auto-aplicado (apêndice 2), composto por questões fechadas, abertas e mistas. O instrumento continha ainda, um breve enunciado para contextualizar os sujeitos de pesquisa quanto aos resultados do último levantamento epidemiológico de cobertura nacional sobre as condições de saúde bucal, bem como sobre a publicação da Portaria nº 718/SAS¹¹ que ampliou o rol de procedimentos ortodônticos na atenção secundária e terciária e que incluiu a possibilidade de alguns procedimentos ortodônticos serem realizados também na atenção básica.

Após o retorno dos questionários, as respostas às questões fechadas foram compiladas em planilhas eletrônicas e analisadas através de estatística descritiva e do método de correlação de Spearman, considerando-se estatisticamente significativos os resultados com $p < 0,05$. Já as respostas às questões abertas foram digitalizadas em documentos eletrônicos e categorizadas de acordo com suas ideias centrais.

Resultados e discussão

Caracterização dos sujeitos

Metade dos sujeitos de pesquisa (32) possuem até 15 anos de atuação profissional e a outra metade, mais que 15 anos de atuação. Em relação ao tempo de atuação profissional nas unidades básicas de saúde, aproximadamente um terço (34,4%) dos CDs (22) trabalham a menos de cinco anos na atenção básica, outro terço aproximado (34,5%) possui de 5 a 20 anos (22), e os demais (31,3%) trabalham a mais de 20 anos (20). Pode-se observar, através do método de correlação de Spearman, uma relação diretamente proporcional entre o tempo de atuação profissional e tempo de atuação na atenção básica ($\rho = 0,884$).

Quanto à formação dos entrevistados, a maioria (76,6 %) possui algum curso de pós-graduação (49). Destes, a maior parte (79,6%) possui especialidade na área da saúde coletiva (39), sendo 59,20% somente na área de saúde coletiva (29) e 20,40% na área da saúde coletiva e em alguma área clínica (10).

Necessidade percebida de se realizar tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos na rede de atenção básica à saúde

Conforme se pode observar na Tabela 1, a maioria dos CDs classificou como “média” a necessidade de se realizar os tratamentos elencados no questionário, quais sejam manutenção de espaço (57,8%), recuperação de espaço (48,4%); controle de hábitos bucais deletérios (39,1%); tratamento de mordida cruzada (51,6 %) e de mordida aberta (54,7%). Outro dado observado foi uma tendência a considerar os tratamentos como de “médio” para “pouco” necessários, com exceção do controle de hábitos bucais deletérios, para o qual houve indicação de uma necessidade “média” com tendência a “muita” necessidade.

Tabela 1: Perspectiva dos CDs da rede de atenção básica quanto à necessidade de se realizar tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos nas UBS.

	Man. Espaço		Rec. Espaço		C.H.B.D.		Mord. Cruzada		Mord. Aberta	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
Desconheço	3	4,7	4	6,3	2	3,1	2	3,1	2	3,1
Nenhuma	-	-	1	1,6	1	1,6	-	-	1	1,6
Pouca	12	18,8	16	25,0	17	26,6	22	34,4	17	26,6
Média	37	57,8	31	48,4	25	39,1	33	51,6	35	54,7
Muita	11	17,2	12	18,8	18	28,1	7	10,9	9	14,1
Total	63	98,4	64	100	63	98,4	64	100,0	64	100,0
Perdas	1	1,6	-	-	1	1,6	-	-	-	-
Total	64	100,0	64	100	64	100,0	64	100	64	100

Nota: F = frequência absoluta, P = percentual.

Estes resultados condizem com os estudos epidemiológicos de âmbito nacional que mostram uma considerável prevalência de oclusopatias em crianças e adolescentes de todo o país. Segundo dados do último levantamento epidemiológico de cobertura nacional¹², 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.

Em São Paulo, um levantamento realizado no ano de 1996 estimou a prevalência dos problemas oclusais em crianças de 5 e 12 anos obtendo um percentual de 48,97% (\pm 4,53%) nas crianças de 5 anos e 71,31% (\pm 3,95%) em crianças de 12 anos de idade. Considerando as anomalias moderadas ou severas, o percentual foi de respectivamente 26,12% na dentição decídua (5 anos) e 39,79% na dentição permanente (12 anos)¹³.

Em Miranda/MS, outro estudo realizado em crianças de 6 a 12 anos obteve um percentual bastante elevado, ao utilizar a classificação de Angle, pois 95,73% das crianças apresentavam algum tipo de má-oclusão¹⁴.

Na cidade de Salvador (BA), em 2004, também se fez um estudo abrangendo escolares de 12 a 15 anos de idade, o qual constatou que 82,23% dos sujeitos examinados apresentavam algum desvio oclusal, segundo a classificação de Angle. Porém, quando foi considerada a classificação do Índice de Estática Dentária (DAI), pouco mais que a metade da amostra (54,24%) não apresentou necessidade de tratamento ortodôntico. Em contrapartida, 19,47% apresentaram necessidade de tratamento altamente desejável e fundamental. Os autores chamaram então atenção para a importância do tipo de análise epidemiológica realizada, a necessidade de adequação da necessidade de tratamento aferida à necessidade subjetiva da população, e a pouca contribuição da classificação de Angle em relação ao estabelecimento de prioridade no tratamento ortodôntico¹⁵.

Já na avaliação realizada na população de 10 a 14 anos na cidade de Belo Horizonte (MG), 2003, a prevalência de maloclusão foi de 62,0% e de acordo com os critérios do DAI, o tratamento ortodôntico foi considerado necessário em 52,3% dos escolares. Outro resultado interessante foi o levantamento do motivo pela não realização do tratamento: o alto custo foi listado como o principal para 71,5% da amostra¹⁶.

As realidades evidenciadas neste estudo e nas pesquisas revisadas reforçam a importância da assistência aos indivíduos com maloclusão e sua necessária inserção na atenção básica à saúde⁹.

Vale, no entanto, observar um resultado revelado pelo método de correlação de Spearman, que mostrou haver uma relação inversamente proporcional entre o tempo de atuação profissional e de atuação na AB, e a necessidade percebida para todos os tratamentos citados (Tabela 2), ainda que apenas para o tratamento de manutenção de espaço, tal correlação ($\rho = - 0,358$) tenha apresentado significância estatística. Parece, portanto, que quanto maior o tempo de atuação profissional e de atuação na AB, menor a necessidade sentida pelos CDs de tratamentos ortodônticos nas UBS.

Já os cruzamentos entre as necessidades percebidas de realização dos diferentes tipos de tratamentos ortodônticos apresentaram correlações positivas e significância estatística (Tabela 2), exceto o cruzamento entre necessidade de manutenção de espaço e de tratamento para mordida cruzada, que, apesar de não possuir valor de p significativo também se relacionam positivamente ($\rho = 0,31$). Em outras palavras, quando um CD considera importante a realização de um determinado tratamento, os demais também são por ele considerados importantes.

Tabela 2: Correlação de Spearman e teste de significância estatística no cruzamento entre as variáveis.

		Tempo A.P.	Tempo AB	Necess. M.E.	Aptidão M.E.	Necess. R.E.	Aptidão RE.	Necess. C.H.D.	Aptidão C.H.D.	Necess. Trat. M.C.	Aptidão Trat. M.C.	Necess. Trat. M.A.	Aptidão Trat. M.A.
Tempo A.P.	Cor. ρ	1,000	,884	-,358	-,366	-,188	-,250	-,149	-,221	,108	-,125	-,063	-,219
	Signif. p	.	,000	,004	,003	,136	,046	,243	,082	,398	,324	,620	,082
Tempo AB	Cor. ρ	,884	1,000	-,285	-,382	-,037	-,212	-,065	-,128	,129	-,139	-,051	-,199
	Signif. p	,000	.	,024	,002	,772	,092	,615	,316	,310	,275	,692	,115
Necess. M.E	Cor. ρ	-,358	-,285	1,000	,092	,543*	,088	,363**	,147	,031	-,033	,332	,115
	Signif. p	,004	,024	.	,477	,000	,493	,004	,254	,811	,795	,008	,368
Aptidão M.E.	Cor. ρ	-,366	-,382	,092	1,000	,010	,646	,099	,591	-,054	,552	,023	,662
	Signif. p	,003	,002	,477	.	,940	,000	,444	,000	,675	,000	,857	,000
Necess. R.E.	Cor. ρ	-,188	-,037	,543	,010	1,000	,078	,458**	,182	,358	,047	,362	,098
	Signif. p	,136	,772	,000	,940	.	,539	,000	,154	,004	,709	,003	,442
Aptidão R.E.	Cor. ρ	-,250	-,212	,088	,646	,078	1,000	,189	,540	,003	,758	,099	,745
	Signif. p	,046	,092	,493	,000	,539	.	,138	,000	,981	,000	,434	,000
Necess. C.H.D.	Cor. ρ	-,149	-,065	,363	,099	,458*	,189	1,000	,113	,489	-,001	,568	,150
	Signif. p	,243	,615	,004	,444	,000	,138	.	,380	,000	,994	,000	,241
Aptidão C.H.D.	Cor. ρ	-,221	-,128	,147	,591	,182	,540	,113	1,000	-,008	,590	,070	,647
	Signif. p	,082	,316	,254	,000	,154	,000	,380	.	,950	,000	,584	,000
Necess. Trat. MC	Cor. ρ	,108	,129	,031	-,054	,358*	,003	,489**	-,008	1,000	,100	,497	,083
	Signif. p	,398	,310	,811	,675	,004	,981	,000	,950	.	,430	,000	,514
Aptidão Trat. MC	Cor. ρ	-,125	-,139	-,033	,552	,047	,758	-,001	,590	,100	1,000	,042	,829
	Signif. p	,324	,275	,795	,000	,709	,000	,994	,000	,430	.	,743	,000
Necess. Trat. MA	Cor. ρ	-,063	-,051	,332	,023	,362*	,099	,568**	,070	,497	,042	1,000	,225
	Signif. p	,620	,692	,008	,857	,003	,434	,000	,584	,000	,743	.	,073
Aptidão Trat. MA	Cor. ρ	-,219	-,199	,115	,662	,098	,745	,150	,647	,083	,829	,225	1,000
	Signif. p	,082	,115	,368	,000	,442	,000	,241	,000	,514	,000	,073	.

Nota: A.P = atuação profissional, Cor. = correlação, Signif. = significância, M.E. = manutenção de espaço, R.E. = recuperação de espaço, C.H.D. = controle de hábitos deletérios, M.C. = mordida cruzada e M.A. = mordida aberta. Em negrito, valores com significância estatística.

Aptidão para realizar os tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos

A maioria dos CDs respondeu sentir-se “pouco apta” para realizar os tratamentos elencados no instrumento de pesquisa (Tabela 3), sendo os percentuais de 51,5% para o tratamento de manutenção de espaço, 59,4% para o de recuperação de espaço, 54,7% para o de controle de hábitos bucais deletérios, 53,1% para o de mordida cruzada e 59,4% para o de mordida aberta.

Tabela 3: Aptidão dos CDs da rede de atenção básica à saúde em realizar os tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos

	Man. Espaço		Rec. Espaço		C.H.B.D.		Mord. Cruzada		Mord. Aberta	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
Nada apto	14	21,9	20	31,3	7	10,9	18	28,1	19	29,7
Pouco apto	33	51,6	38	59,4	35	54,7	38	59,4	34	53,1
Muito apto	12	18,8	3	4,7	14	21,9	4	6,3	6	9,4
Total. Apto	4	6,3	3	4,7	7	10,9	4	6,3	5	7,8
Total	63	98,4	64	100,0	63	98,4	64	100,0	64	100,0
Perdas	1	1,6	-	-	1	1,6	-	-	-	-
Total	64	100,0	64	100,0	64	100,0	64	100,0	64	100,0

Nota: F = frequência absoluta, P = percentual.

Os dados obtidos corroboram com a pesquisa de Castro⁹, onde especificamente para os procedimentos que envolvem a instalação de aparelhos ortodônticos, a maioria dos CDs se consideram pouco capacitados, muito pouco capacitados ou não capacitados, sendo os percentuais de 69,38% para correção da mordida cruzada anterior, seguido da instalação de aparelho para correção da mordida cruzada posterior (68,90%), instalação de recuperador de espaço (67,31%), instalação de aparelho para correção de hábitos bucais (66,99%) e instalação de mantenedor de espaço (57,89%).

Neste estudo, chama a atenção um percentual significativo de CDs que se consideram “nada aptos” para realizar os tratamentos de

manutenção de espaço, recuperação de espaço, mordida cruzada e de mordida aberta (21,9, 31,3%, 28,1% e 29,7%, respectivamente). Já em relação ao controle de hábitos bucais deletérios, houve um posicionamento diverso em relação aos demais tratamentos: 21,9% dos CDs se consideram “muito aptos” e 10,9% consideram-se “totalmente aptos” (Tabela 3).

Essa divergência de resultados talvez possa ser explicada pelo fato do tratamento para o controle de hábitos bucais deletérios prescindir de uma técnica específica, baseando-se em orientações aos pacientes e familiares, de modo que os CDs se sentem mais aptos a intervir nesta situação.

Quanto às ações relacionadas às oclusopatias desenvolvidas nos Centros de Saúde, Castro⁹ constatou que a maioria dos CDs realizam muito frequentemente orientações voltadas aos hábitos bucais deletérios (77,3%), dado que reforça o resultado deste estudo sobre o fato de que os CDs se sentem mais preparados para realização deste tipo de tratamento, uma vez que já o realizam.

De todo o modo, os resultados acima revelam uma baixa frequência de profissionais capacitados para realização dos tratamentos ortodônticos, principalmente para os procedimentos interceptativos. Tais considerações também foram ponderadas por Castro⁹, considerando os profissionais da AB experientes e capacitados para realização de diagnóstico, para desenvolver ações de orientação e algumas ações de prevenção, porém pouco capacitados para a confecção e instalação de aparelhos ortodônticos, necessitando de apoio quanto ao aporte técnico e à disponibilização de recursos para a definição de planos de tratamento específicos às oclusopatias.

Foi verificada uma correlação significativa e inversamente proporcional entre o tempo de atuação profissional e de atuação na AB, com a aptidão para realizar tratamento de manutenção de espaço ($\rho = -0,366$) e de recuperação de espaço ($\rho = -0,250$). Com os demais tratamentos, também houve essa correlação negativa, porém os valores de p não foram estatisticamente significativos (Tabela 2). Os resultados sugerem, desta forma, que quanto maior o tempo de atuação profissional e de atuação na AB, menor a aptidão dos profissionais para realizar os tratamentos propostos, assim como observado quanto à necessidade sentida pelos tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos.

Os cruzamentos entre a aptidão para realizar os diferentes tipos de tratamentos ortodônticos apresentaram correlações positivas com significância estatística (Tabela 2), permitindo concluir que quando os profissionais são mais aptos ou menos aptos para realização de um determinado procedimento, também o são em relação aos demais procedimentos analisados. Já o cruzamento entre necessidade de realizar os diferentes tipos de tratamentos e a aptidão para realizá-los não mostrou nenhum tipo de correlação.

Percepção quanto à diferença de relevância entre os tratamentos elencados e necessidade de realização de outros procedimentos ortodônticos na AB além dos sugeridos

Ao se questionar se haveria diferença na relevância entre os tratamentos indicados, 60,9% dos CDs (39) responderam que não há diferença de relevância e 39,1% disseram haver diferença (25). Entre estes, houve uma concentração de respostas indicando a manutenção de espaço (28%), o controle de hábitos bucais deletérios (36%) e o tratamento de mordida cruzada (20%) como sendo os mais relevantes.

Um estudo transversal realizado com 2.139 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de 3 a 5 anos do Município 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 (OR = 5,46), seguido da sucção digital (OR = 1,54)⁸.

Outro estudo realizado também com crianças entre 3 e 5 anos de idade em Araraquara (SP) aponta a influência de hábitos bucais na instalação de maloclusões na dentição decídua. Numa amostra de 329 crianças, foi encontrada a presença de hábitos de sucção em 194 crianças, sendo 149 com alterações de oclusão¹⁷.

Essas pesquisas apontam o grande percentual de crianças com hábitos deletérios e a grande influência desses hábitos no desenvolvimento das maloclusões, amparando a perspectiva dos CDs de que controlar precocemente hábitos deletérios teria maior relevância, visto que os hábitos bucais influenciam de maneira significativa a ocorrência de casos de mordida aberta e mordida cruzada¹⁷. Contudo, todos os tratamentos que visam à melhora de problemas oclusais são

necessários e importantes. Para se estabelecer a prioridade de cada caso, Proffit¹⁸ sugere levar em consideração a percepção do paciente quanto a sua própria condição além da opinião do CD, com a intenção de maximizar os benefícios ao paciente.

Na presente pesquisa, a maioria dos entrevistados, 81,3% (52), julgou desnecessária a realização de outros tipos de tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos na AB além dos mencionados no questionário. Entretanto 19,7% acharam necessário e sugeriram outros tratamentos, porém tais sugestões não foram contabilizadas por se enquadrarem no rol de procedimentos já elencados ou por não condizerem com procedimentos categorizados como preventivos e interceptativos.

Interesse quanto à realização de procedimentos ortodônticos preventivos e interceptativos nas UBS

Quando perguntados se teriam interesse em realizar os tratamentos em discussão, 32,8% dos profissionais (21) responderam não ter interesse, 64,1% deles (41) afirmaram ter interesse desde que fossem capacitados para tanto, e os demais 3,1% (2) indicaram ter interesse mesmo sem capacitação, uma vez que já são especialistas em Ortodontia.

Ao analisarmos as justificativas para o desinteresse de quase um terço dos entrevistados, observaram-se como principais motivos: sobrecarga de serviço no sentido da falta de tempo, do excesso de demanda e da falta de recursos humanos (10 justificativas); entendimento de que a ortodontia, mesmo a preventiva, não é responsabilidade da AB (5); falta de habilidade/capacitação profissional (4); profissionais em processo de aposentadoria (3); falta de recursos financeiros e de materiais (2); serviços já oferecidos ainda insatisfatórios ou insuficientes (2); e não gostar de realizar procedimentos ortodônticos (1).

Nas palavras dos profissionais, algumas das justificativas foram assim apresentadas:

“Sei da importância deste tipo de tratamento, mas acredito que deva ser realizado por um profissional especializado. Outro problema é a sobrecarga da atenção básica. Não adianta fazer leis e promessas e não ter recursos humanos

para que de fato atenda a população de forma integral e resolutive”. (CD 6.2)

“Penso que somente pessoas que não conhecem a realidade das UBS poderiam ter a ideia de fazer ortodontia preventiva. Ainda não demos “conta” dos outros procedimentos básicos, o CEO ainda não funciona de maneira completamente satisfatória, a demanda por serviços de urgência ainda é muito elevada etc”. (CD 15)

“Pela baixa prevalência, acho que a intervenção deve ser realizada totalmente na atenção secundária. Acho equivocada a política do Ministério da Saúde quanto à abordagem da má oclusão na atenção básica, além de aumentar o custo para o município com a descentralização deste serviço UBS (equipamentos e materiais para confecção de aparelhos). Apesar do declínio da cárie e da doença periodontal, estas ainda são as mais prevalentes e, portanto, o foco da atenção básica.” (CD 19.2)

“Já participo de varias atividades como PSE, visitas domiciliares, grupos de atenção. Não tenho tempo disponível para isso”. (CD 11)

Notou-se que alguns dos motivos para o desinteresse dos profissionais estão relacionados com a falta de estrutura para o serviço (sobrecarga de serviço; falta de recursos humanos; excesso de demanda; falta de recursos financeiros e de materiais) e despreparo profissional. Caso sejam oferecidos os recursos necessários como estrutura física adequada, protocolos de tratamento, além de capacitação profissional e um bom planejamento, como sugere a literatura^{9,10}, talvez o percentual de CDs desinteressados se reduza consideravelmente.

Analisando-se especificamente a perspectiva de alguns CDs de que os procedimentos discutidos deveriam ser realizados somente por profissionais especializados, observa-se uma discordância com a literatura. Segundo Nimri e Richardson (2000) apud Maciel¹⁹, 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. Para Proffit¹⁸, a decisão do dentista da

família tratar ou encaminhar depende do conhecimento e da experiência individual, mas o esperado é que os problemas mais simples possam ser solucionados pelo clínico geral e os problemas mais complexos pelo especialista.

Aspectos que poderiam dificultar a introdução de procedimentos ortodônticos preventivos e interceptativos nas UBS

Com a finalidade de se prever possíveis barreiras para a oferta de ortodontia preventiva e interceptativa na AB, formulou-se o seguinte questionamento aos CDs: “Supondo que a Secretaria Municipal de Saúde fornecesse todas as condições necessárias à ampliação dos procedimentos ortodônticos preventivos e à implantação dos procedimentos ortodônticos interceptativos nas UBS, como disponibilização de serviços laboratoriais e de documentação ortodôntica, pessoal auxiliar, materiais de consumo, capacitações profissionais e oferta de tratamentos ortodônticos corretivos no CEO, que outros aspectos poderiam dificultar a viabilização da realização desses procedimentos?”

As possíveis barreiras apontadas foram: excesso de demanda por assistência odontológica – provável aumento da demanda já existente, sobrecarga de serviço, falta de tempo clínico (18); falta de recursos humanos (13); apenas as dificuldades elencadas no enunciado da questão (11); precariedade da AB e falta de resolutividade (11); falta de adesão e/ou manutenção do tratamento ortodôntico (8); falta de capacitação e/ou habilidade dos CDs e falta pessoal auxiliar (7); falta de interesse profissional por parte dos CDs (4); a possível procura de tratamento ortodôntico “apenas por estética” (3); aspectos logísticos - problemas com o serviço laboratorial (tempo/fluxo), deslocamento de pacientes e documentação (3); baixa remuneração profissional (2); falta de recursos financeiros (2); serviço de referência e contra-referência ineficaz (2); falta de espaço e estrutura física (2); necessidade de materiais de qualidade adequada (2); dificuldade em determinar critérios para selecionar os pacientes que seriam tratados (2); entre outros (vontade política; necessidade de fonoaudiólogos; conseguir reunir todas as condições necessárias; manutenção dos equipamentos; falta de tempo para demais atribuições do CD na equipe de saúde bucal da família; alta demanda por ortodontia corretiva; necessidade de longo prazo para os

tratamentos ortodônticos; e dificuldade no controle periódico do tratamento).

Nas palavras dos profissionais:

“A demanda. A ortodontia, em virtude de condicionantes relativamente complexos, tornou-se uma “moda”. São questionáveis e discutíveis quais são os critérios que indicam ou não o tratamento ortodôntico, sendo que no mais das vezes são critérios bastante subjetivos (estéticos). (...)”. (CD 44)

“Na própria atenção básica, a falta de recursos humanos no setor de regulação (onde se encaminha o paciente para a atenção especializada), já dificulta o encaminhamento a qualquer serviço especializado”. (CD 23.2)

A desproporção entre equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família, que em (nome do município) faz com que muitas equipes de saúde bucal trabalhem com uma população muito grande (...) faz com que a demanda seja cada vez maior e o dentista não consegue dar acesso a toda população que necessita de intervenções clínicas e nem conciliar com suas outras atribuições da AB (CD 14)

A oferta deste tipo de tratamento e o volume da necessidade verificada na população é díspar. Como certamente haverá “síndrome do cobertor curto” seria fundamental a delimitação de população prioritária ou de risco (...). (CD 24)

“Em ortodontia é muito importante que seja feito o acompanhamento mensal do paciente, pelo mesmo profissional, sem trocar. Então teríamos quer ter recursos humanos de ortodontistas o suficiente para garantir o tratamento ideal, pois o tratamento é uma sequência de etapas que variam de técnica para técnica e conduta profissional diferente. Os materiais devem ser de qualidade, pois a questão força é muito importante, no intuito de evitar problemas periodontais e reabsorções radiculares indesejadas. Ortodontia é muito sério, tem que ter sequência e conscientização do paciente também (50% é de responsabilidade do paciente de comparecer a consulta

mensal). Temos que ter um bom controle de cárie nestes pacientes, pois aparelhos retêm mais alimentos, então a seleção dos pacientes aptos ao tratamento é muito importante. (...). Ortodontia é bem complexo, pois tratar é fácil, difícil é garantir que não haja recidiva com contenções eficientes e cooperação do paciente". (CD 35)

Na pesquisa de Castro⁹ os profissionais também apontaram alguns possíveis problemas para a viabilização de tratamento ortodôntico no SUS, sendo eles falta de material (94,05%), falta de adesão ao tratamento por parte do paciente (89,37%) e a dificuldade de obtenção de exames complementares para o tratamento (69,86%).

Problemas com materiais e com a realização de exames complementares já haviam sido previstos no enunciado da questão formulada. São possíveis de serem evitados ou ao menos minimizados, concordando com Castro⁹, a partir de uma clara definição dos papéis de cada nível e setor da rede de atenção em saúde bucal, com estudos de viabilidade econômica, com uma gestão adequada e com a definição e o emprego de protocolos de atendimento em cada município.

Já a falta de adesão ao tratamento, um problema também pertinente ao setor privado, mereceria a tomada de algumas medidas⁹, tais como o condicionamento da realização do tratamento à assiduidade e cooperação do paciente, estipulando-se um máximo de faltas ou de avarias na aparatologia aceitas para a não aplicação de sanções que poderiam ir desde a suspensão de consultas até a paralisação do tratamento. Desta forma, poderia-se compartilhar com os usuários e seus responsáveis, a responsabilidade pelo resultado terapêutico, estimulando a adesão ao tratamento²⁰.

Aspectos positivos sobre a possível ampliação da oferta de procedimentos ortodônticos preventivos e disponibilização de procedimentos ortodônticos interceptativos nas UBS

Quando questionados sobre as vantagens de se ampliar e de se implementar procedimentos de ortodontia na AB os CDs mencionaram: prevenção de patologias bucais transmissíveis e/ou não transmissíveis (23); integralidade da atenção à saúde bucal (16); melhora da saúde e/ou qualidade de vida (10); universalidade e/ou ampliação do acesso (10); resolutividade da assistência (8); melhora da “saúde bucal” (7); melhora

da estética (6); efetivação do direito à saúde (4); ampliação dos postos de trabalho para CDs (3); satisfação profissional (2); ampliação da atenção secundária e possibilidade de referenciar para a ortodontia como serviço de média complexidade (2); valorização da Odontologia (1); e ausência de aspectos positivos para a coletividade (1).

Nas palavras dos CDs:

“Estariamos evitando tratamentos radicais na fase adulta com exodontias ou cirurgias se tratássemos as crianças na fase de crescimento adequado. Nos adultos, ofereceríamos condições estéticas e funcionais ideais para uma boa saúde bucal, pois dentes com apinhamentos ou com diastemas, por exemplo, são difíceis de higienizar, aumentando riscos de cáries. Isso tudo está no que chamamos no SUS de atendimento integral do paciente. É muito importante que o SUS ofereça este serviço, assim como próteses, pois com certeza isto interfere nas condições sociais das pessoas, pois o sorriso é o cartão de visita. Ter um sorriso saudável implica em acesso a empregos, melhor remuneração e melhor convívio social e, também, interfere nos relacionamentos interpessoais”. (CD 35)

“Consolidação dos princípios do SUS; satisfação profissional; valorização da categoria odontológica com ampliação do mercado de trabalho do SUS; qualidade de vida para os usuários”. (9.1)

“Seria ótimo se tivéssemos a ortodontia na rede de atenção, pois o serviço só iria complementar o que é oferecido pelo SUS, dando mais resultados ao serviço”. (CD 23.2)

“Só vejo aspectos positivos para os pacientes e para nós profissionais: menor tempo para o tratamento corretivo, melhora na incidência de cárie p/ diminuição do apinhamento etc”. (CD 13.3)

“Cumprimento dos direitos civis garantidos em lei pela constituição cidadã”. (CD 23.1)

“Considerando que buscamos melhorar a saúde da população, acho fantástico”! (CD 20)

“Positivos???? Somente para os poucos que forem contemplados e que levarem o tratamento até o final. Pode parecer pessimismo, mas depois de (x) anos trabalhando no serviço público, estadual e municipal, penso que tudo que é “dado” sem a contrapartida de responsabilidade do “recebedor” NÃO funciona, basta se verificar a quantidade de consultas especializadas que são perdidas (tanto na área de odontologia, como médica), os tratamentos que são interrompidos (pelas mais diversas razões), a falta de adesão à tratamentos nas mais diversas áreas. É bom dizer que mantive consultório particular por 15 anos, portanto tenho experiências nas duas iniciativas”. (CD 15)

Vários dos aspectos positivos apontados pelos CDs estão de acordo com a literatura e vão ao encontro da Política Nacional de Saúde Bucal, como a prevenção de patologias bucais; a integralidade da atenção à saúde bucal; a melhora da saúde e/ou da qualidade de vida; a universalidade e/ou a ampliação do acesso; a resolutividade da assistência, entre outros.

A ampliação e qualificação da atenção básica está contemplada também nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal visando a ampliação da oferta de serviços e buscando a integralidade da atenção, além da equidade e a universalização do acesso às ações²¹. Nessa direção, a rede de atenção básica é 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 leva a vislumbrar um país com possibilidades de suprir as necessidades de saúde da população²².

Vale ainda lembrar que o conceito ampliado de saúde da Constituição Federal a considera dentro de um modelo de atenção integral que prevê a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção à saúde, em conjunto com as ações propriamente ditas de recuperação²². Neste sentido, a ampliação da ortodontia preventiva e a implementação da ortodontia corretiva na atenção básica à saúde é altamente desejável, epidemiologicamente justificável e, para além de

todos benefícios mencionados, seria mais uma das formas do SUS fazer valer o direito de cidadania assegurado em seu arcabouço legal.

Considerações finais

De acordo com os profissionais entrevistados é evidente a necessidade da população em receber tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos no SUS, bem como o benefício que essa ampliação na cobertura da assistência à saúde bucal traria à população. Mas apesar da maioria se posicionar favoravelmente à realização dos procedimentos discutidos na atenção básica, muitos se consideram pouco ou nada aptos para a sua realização. Assim, ainda que se trate de procedimentos básicos de ortodontia (manutenção de espaço, recuperação de espaço, controle de hábitos bucais deletérios, tratamento para mordida cruzada e tratamento para mordida aberta), seriam necessários cursos de capacitação e atualização para os profissionais da rede estudada.

Essa demanda remete a um questionamento imediato sobre a qualidade da formação acadêmica em nossos cursos de Graduação em Odontologia, que se revela no despreparo dos profissionais para diagnosticar, tratar e encaminhar pacientes com necessidades ortodônticas²⁰. Ao mesmo tempo, aponta para a necessidade de se continuar com os esforços de integração ensino-serviço já iniciados e de ampliá-los no sentido de um maior apoio institucional e da participação e valorização do quadro docente como um todo, para que, ao final, o formando se sinta familiarizado e comprometido com o SUS, capacitado a atuar na transformação do seu modelo de atenção, de gestão e de controle social²³.

Além de uma adequada formação aos novos profissionais e de educação permanente aos que estão na rede, um protocolo de prevenção e interceptação às oclusopatias para a inclusão em programas de saúde bucal, no âmbito da atenção básica faz-se fundamental. Hebling¹⁰, considerando que seria perfeitamente viável a realização de ações ortodônticas preventivas e interceptadoras nas Unidades Básicas de Saúde a partir de corretos planejamentos, estruturou um protocolo adequado as suas principais demandas, abrangendo portanto, a

instalação de mantenedores de espaço e a execução de procedimentos interceptadores, e indicando a fase de dentadura decídua e mista para tais abordagens. Além disso, o protocolo elaborado indica o tipo de documentação necessária para a realização de todos os procedimentos sugeridos para a atenção básica descrevendo que documentação seria necessária para cada tipo de tratamento.

Todos estes esforços para que a ortodontia passe a integralizar a atenção à “saúde bucal”, ganharam força recentemente com a publicação da Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010, que incorporou na relação de serviços que podem ser ofertados pelo SUS, os procedimentos ortodônticos. Pretende-se, portanto, ampliar a oferta de tratamentos ortodônticos, antes limitada a pacientes com anomalias cranianas e bucomaxilofaciais¹¹. Cabe agora, a cada município, estruturar-se para a ampliação e qualificação de seus serviços de saúde.

Diante de todo o exposto, reafirma-se a inclusão dos tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos nas UBS como desejável, apropriada e possível de ser realizada, acreditando-se na tendência apontada¹⁰ de que o tratamento das oclusopatias, principalmente as de soluções ortodônticas mais simples, passe a estar presente rotineiramente nas ações de saúde bucal dos serviços públicos, seguindo o exemplo de vários países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Referências

1. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2009.
2. World Health Organization. **Health Through Oral Health: Guidelines for Planning and Monitoring for Oral Health Care.** World Health Organization (WHO) and Federation Dentarie Internationale. London: Quintessence; 1989.
3. Simões WA. **Prevenção das oclusopatias.** *Ortodontia* 1978; 11:117-125.

4. Schinestsck P, Schinestsck AR. A importância do tratamento precoce da má-oclusão dentária para o equilíbrio orgânico e postural. **J. Bras. Ortodontia Ortop. Maxilar** 1998; 13:15-30.
5. Dracker HL. Handicapping lábio-lingual deviations: a propose index for public health purposes. **Am. J. Orthodontics, St. Louis** 1960; 46:295-305.
6. Salzman JA. **Principles of orthodontics**. Philadelphia: J.B.Lippincott; 1943.
7. Lopes-Monteiro S, Nojima MCC, Nojima LI. Ortodontia Preventiva X Ortodontia Interceptativa: Indicações e Limitações. **J. Bras. Orton. Ortop. Facial [periódico na internet]** 2003 [acessado 2012 Out 01]; (8)47:390-7. Disponível em: http://oa.1000grad.com/index.php/orthodontics_JBO/article/viewFile/13/0/113
8. Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. **Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]**. 2000 [acessado 2012 out 01]; 34:299-303. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300014
9. Castro, RG. **Diretrizes para a atenção às oclusopatias no sistema único de saúde** [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
10. Hebling SRF, Pereira AC, Hebling E, Meneghim, MC. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **CSCol. [periódico da Internet]**. 2007 Jul-Ago [acessado em 2012 out 01]; 4:1067-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400028
11. Brasil. Portaria SAS 718: nota técnica. **Ministério da Saúde** 2010; 20 dez.

12. Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - 2010: nota para a imprensa. **Ministério da Saúde** 2010; 28 dez.
13. Frásão P, Narvai PC, Latorre MRDO, Castellanos RA. Prevalência de oclusopatia na dentição decídua e permanente de crianças na cidade de São Paulo, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública** [periódico da Internet]. 2002 Set-Out [acessado em 2012 out 01]; 18(5):1197-1205. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/10992.pdf>
14. Almeda-Pedrin RR, Silva EE, Ferreira FPC, Almeida MR. Prevalência das Más-oclusões em jovens de 6 a 12 anos de idade na cidade de Miranda/MS. **Ortodontia SPO**2008; 41(4): 384-92.
15. Lopes LS, Cangussu MCT. Prevalência e severidade das alterações oclusais em escolares de 12 a 15 anos de Salvador - Bahia, 2004. **R. Ci. Med. Biol.**2005; 2:105-112.
16. Marques LS, Barbosa CC, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Paiva SM. Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. **Cad. de Saúde Pública** [periódico da Internet]. 2005 Jul-Ago [acessado em 2012 out 01]; 4:1099-1106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400012
17. Zuanon ACC, Oliveira MF, Giro EMA, Maia JP. Relação entre hábito e maloclusão n dentadura decídua. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe**2000; 3(12): 104-8.
18. Proffit WR. Plano do tratamento ortodôntico: da lista de problemas ao plano específico. In: Proffit WR. **Ortodontia Contemporânea**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. p. 217–248.
19. Maciel SM, Kornis GEM. A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Rev. Saúde Coletiva**. 2006; 16(1): 59-81.

20. Maciel SM. **A presença da ortodontia no SUS: a experiência dos CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2008.

21. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. **Ministério da Saúde** 2004.

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

23. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Integração ensino-serviço no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface**2011; 15(39):1053-67.

Autoria

Guzzo, S.C. idealizou a pesquisa, coletou e analisou os dados e redigiu o trabalho. Finkler, M. orientou a pesquisa, redigiu e revisou o trabalho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-PEDRIN, R.R., SILVA, E.E., FERREIRA, F.P.C., *et. al.* Prevalência das Más-oclusões em Jovens de seis a 12 anos de idade na cidade de Miranda/MS. **Ortodontia SPO**, v.41, n.4, p. 384-92, 2008.

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

_____. Portaria 267, de 6 de março de 2001. Dispõe sobre a Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 7 mar. 2001a. Seção 1, p. 67.

_____. Ministério da Saúde. **A reorganização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica**. Ano 2, n.7, mar. 2001b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo7.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil** – condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2003. 67p.

_____. Ministério da saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 16p.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde. 2008a. 91p.

_____. Ministério da saúde. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília – DF. 2008b. 131p.

_____. Ministério da saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF. 2009. 53p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Pesquisa nacional de saúde bucal - 2010**: nota para a imprensa. Brasília, 28 dez. 2010a. Disponível em: <[http://www.idisa.org.br/img/File/SAUDE%20BUCAL--NotaParaImprensa-28dez2010%20\(2\).pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/SAUDE%20BUCAL--NotaParaImprensa-28dez2010%20(2).pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Portaria SAS 718**: nota técnica. Brasília, 20 dez. 2010b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_portaria718_sas4.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2012.

CASTRO, R.G. **Diretrizes para a atenção às oclusopatias no sistema único de saúde**. 2010. 131 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2010.

CRESTANI, M.M., BOCK, V.P. **Abordagem das oclusopatias pelos serviços públicos de saúde**: uma revisão de literatura. 2008. 33 p. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2008.

DRACKER, H.L. Handicapping lábio-lingual deviations: a propose index for public health purposes. **Am. J. Orthodontics**, St. Louis, v. 46, n.4, p.295-305, 1960.

FINKLER, M., CAETANO, J.C., RAMOS, F.R.S. Integração ensino-serviço no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface**, v.15, n.39, p.1053-67, out./nov., 2011.

FRASÃO, P., NARVAI, P. C., LATORRE, M. R. D. O., *et al.*, Prevalência de oclusopatia na dentição decídua e permanente de crianças na cidade de São Paulo, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1197-1205, set./out., 2002.

GALVÃO, C.A.A.N. **Ortodontia: Noções Fundamentais**. São Paulo: Santos, 1986. 222p.

GRABER, T.M. **Orthodontics principles and practice**. 3. ed. Philadelphia: W.B. Saunders. 1972. 953p.

HEBLING, S.R.F.; PEREIRA, A.C.; HEBLING, E. *et al.* Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **CSCol.**, Rio de Janeiro, v.2, n.4., p.1067 - 1078, jul./ago. 2007.

LOPES-MONTEIRO, S.; NOJIMA, M.C.G.; NOJIMA, L.I. Ortodontia Preventiva X Ortodontia Interceptativa: Indicações e Limitações. **J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial**. v.7, n.47; p. 390-7, 2003.

LOPES, L.S., CANGUSSU, M.C.T. Prevalência e severidade das alterações oclusais em escolares de 12 a 15 anos de Salvador, Bahia, Brasil, 2004. **R. Ci. Biol.**, Salvador, v. 4, n. 2, p. 105-112, mai/ago., 2005.

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: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 59-81, 2006.

MACIEL, S.M. A presença da ortodontia no SUS: **A experiência dos CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal**. Rio de Janeiro, 2008. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

MARQUES, L.S. BARBOSA, C.C., RAMOS-JORGE, M.L., *et al*, Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1099-1106, jul./ago., 2005.

PROFFIT, W.R. **Ortodontia contemporânea** 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. cap. 7.

SALZMAN, J.A. **Principles of orthodontics**. Philadelphia: J.B.Lippincott. 1943. 674p.

SIMÕES, W. A. **Prevenção das oclusopatias**. 1978. cap. 11.

SCHINESTSCCK, P.; SCHINESTSCCK, A.R. A importância do tratamento precoce da má-oclusão dentária para o equilíbrio orgânico e postural. **J. Bras. Ortodontia Ortop. Maxilar**. Bagé, v.3, n. 13, p. 15-30, jan-fev. 1998.

TANAKA, O., CAMARGO, E., MARUO, H. *et. al*. **Conceitos (breves) de Ortodontia Preventiva, Interceptativa e Corretiva**. PUC - PR. Curitiba, PR, jul. 2008. p.3. Disponível em: <http://www.orthodontics.com.br/Conteudo/graduacao/ORTODONTIA_brevesconceitos.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2012.

TOMITA, N.E.; BIJELLA, V.T.; FRANCO, L.J. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.3, p.299-303, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Through Oral Health: Guidelines for Planning and Monitoring for Oral Health Care.** World Health Organization (WHO) and Federation Dentarie Internationale. London: Quintessence, 77p., 1989.

ZUANON, A.C.C.; OLIVEIRA, M.F.; GIRO, E.M.A. *et al.* Relação entre hábito e maloclusão n^o dentadura decídua. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe**; v.3, n.12, p.104-8, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Samuel Carlos Guzzo (CPF: 04662097975/ RG: 86955725), graduando em odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estou realizando a pesquisa **“ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUS: A VISÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS”**, orientado pela Professora do Departamento de Odontologia da UFSC, Dra. Mirelle Finkler (CPF:004461199-46/ RG:3095679).

Essa pesquisa tem como objetivo conhecer a visão dos Cirurgiões Dentistas (CDs) da rede de atenção básica à saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) a respeito da necessidade, viabilidade e interesse em realizar procedimentos ortodônticos preventivos e se instituir os serviços ortodônticos interceptativos no nível de atenção primária à saúde. Para tanto é necessário o preenchimento de um questionário, cujo tempo médio para leitura e preenchimento é de X minutos.

Espera-se que esse estudo beneficie diretamente a gestão dos serviços de assistência à Saúde Bucal da PMF, na medida em que proporcionará informações que permitirão uma melhor alocação dos serviços ortodônticos nas diferentes esferas de atenção do SUS. Desta forma, deverá também beneficiar a população usuária do sistema, indiretamente, através da futura oferta de uma assistência odontológica mais integral.

A coleta de dados apresenta risco mínimo de desconforto ou constrangimento, uma vez que a pesquisa foi autorizada a ser iniciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, enquanto está sendo avaliada. As informações fornecidas serão confidenciais e terão o anonimato garantido, assegurando a sua privacidade. Você tem a liberdade de recusar a participação ou de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Compreendo que o pesquisador coletará dados através de minha entrevista e que o mesmo somente utilizará as informações obtidas para os propósitos da pesquisa. Entendo, ainda, que o pesquisador poderá entrar

em contato comigo futuramente para mais informações ou para confirmá-las, assim como eu poderei entrar em contato pelo telefone (48) 9623 7019 ou pelo e-mail samuel_gusso_1@hotmail.com para esclarecer qualquer dúvida ou solicitar minha desistência da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa ou à instituição em que trabalho.

Diante do exposto, eu
_____ RG

_____ estou ciente dos termos da pesquisa da qual estou participando, sobre a qual estou informado e dou pleno consentimento de execução.

Assinatura do pesquisado _____ Data
____/____/____

Samuel Carlos Guzzo _____ Data
____/____/____

Instituição: _____
Telefone: () _____
E-mail: _____
Local: _____
Data: ____/____/____

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Ortodontia preventiva e interceptativa na rede de atenção básica do SUS: a visão dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Florianópolis

Prezado Dentista,

Solicitamos que leia as informações abaixo antes de responder ao questionário que segue.

- Segundo dados do levantamento epidemiológico de cobertura nacional sobre as condições de saúde bucal da população brasileira de 2010 (BRASIL, 2010), aos 12 anos, 38% das crianças brasileiras apresentam problemas de oclusão, sendo que, em 7% delas, essa oclusopatia é muito severa, requerendo tratamento imediato. Nos adolescentes as proporções são semelhantes. Em termos absolutos, 230 mil crianças de 12 anos e 1,7 milhões de adolescentes precisam de tratamento ortodôntico.
- Considerando os dados acima e a grande transformação epidemiológica por que passa a saúde bucal, com o forte declínio da cárie, e com base nos princípios constitucionais de integralidade e equidade, tornou-se necessário viabilizar a incorporação dos procedimentos ortodônticos e implante dentário pelo setor público de saúde. Assim, o SUS através da Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010, incorporou em seus serviços procedimentos ortodônticos. Portanto, o SUS passará a financiar aparelho ortodôntico para todo usuário que tiver indicação, o que antes acontecia somente para pacientes com anomalias crânio e bucomaxilofacial (BRASIL, 2010).
- A proposta que a literatura apresenta para a realização dos procedimentos nos diferentes níveis de atenção do SUS, é de que a atenção básica seja responsável pelos tratamentos preventivos e interceptativos na fase de dentição decídua e mista, e o CEO se responsabilize pela ortodontia corretiva e os tratamentos da dentição permanente.

QUESTIONÁRIO PARA A PESQUISA:

I) Caracterização profissional

1 – Tempo de atuação profissional:				
() 0 a 5 anos incompletos	() 5 a 10 anos incompletos	() 10 a 15 anos incompletos	() 15 a 20anos incompletos	() mais de 20 anos

2 – Tempo de serviço atuando como CD na rede de atenção Básica:				
() 0 a 5 anos incompletos	() 5 a 10 anos incompletos	() 10 a 15 anos incompletos	() 15 a 20anos incompletos	() mais de 20 anos

3 - Você possui Pós-Graduação ou está cursando no momento?	
() Sim	() Não

4 - Se “sim”, em qual especialidade?
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 90%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 90%;"></div>

II) Em relação aos tratamentos ortodônticos citados abaixo, assinale o grau de necessidade de incorporá-los aos serviços já prestados em sua Unidade de Saúde, bem como o seu grau de aptidão para realizá-los.

TRATAMENTOS ORTODÔNTICOS	Grau de necessidade na UBS (demanda)	Grau de aptidão do profissional
1 – Tratamento de manutenção de espaço (com aparelhos semi-fixos, fixos e removíveis)	<input type="checkbox"/> Desconheço <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Muita	<input type="checkbox"/> Nada apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Muito apto <input type="checkbox"/> Totalmente Apto
2 – Tratamento de recuperação de espaço	<input type="checkbox"/> Desconheço <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Muita	<input type="checkbox"/> Nada apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Muito apto <input type="checkbox"/> Totalmente Apto
3 – Tratamento para o controle de hábitos bucais deletérios	<input type="checkbox"/> Desconheço <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Nada apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Muito apto <input type="checkbox"/> Totalmente Apto

	<input type="checkbox"/> Muita	
4 - Tratamento de mordida cruzada	<input type="checkbox"/> Desconheço <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Muita	<input type="checkbox"/> Nada apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Muito apto <input type="checkbox"/> Totalmente Apto
5 – Tratamento de mordida aberta	<input type="checkbox"/> Desconheço <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Muita	<input type="checkbox"/> Nada apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Muito apto <input type="checkbox"/> Totalmente Apto

III) Em relação aos tratamentos ortodônticos:

- **Manutenção de espaço;**
- **Recuperação de espaço;**
- **Controle de hábitos bucais deletérios;**
- **Mordida aberta;**
- **Mordida cruzada;**

... você considera que há diferença na relevância entre eles?

Sim, considero que há alguns mais relevantes do que outros.

Favor citar o mais relevante: _____

Não, considero todos no mesmo nível de relevância.

IV) Além dos tratamentos citados na questão III, você considera que outros tratamentos ortodônticos poderiam ser oferecidos na atenção básica?

Sim. Quais? _____

Não.

V) Você teria interesse em realizar procedimentos de ortodontia preventiva e interceptativa na UBS?

Sim, sem necessidade de capacitação

Sim, desde que receba capacitação

Não. Explique o porquê:

Supondo que a Secretaria Municipal de Saúde fornecesse todas as condições necessárias à ampliação dos procedimentos ortodônticos preventivos e à implantação dos procedimentos ortodônticos interceptativos nas UBSs, como disponibilização de serviços laboratoriais e de documentação ortodôntica, pessoal auxiliar, materiais de consumo,

capacitações profissionais e oferta de tratamentos ortodônticos corretivos no CEO...

VI) .. que OUTROS ASPECTOS poderiam dificultar a viabilização da realização desses procedimentos?

VII) ... quais ASPECTOS POSITIVOS você apontaria frente a esta nova oferta de serviço?

MUITO OBRIGADO!!!

APÊNDICE 3 – TABELAS NÃO INCLUÍDAS NO CORPO DO ARTIGO²

Tabela 4: Caracterização dos profissionais da rede de atenção básica à saúde da PMF com relação ao tempo de atuação profissional e de atuação na atenção básica

	Tempo Atuação Profissional		Tempo de Atuação na AB	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
0 a 5 anos incompletos	11	17,2	22	34,4
5 a 10 anos incompletos	11	17,2	9	14,1
10 a 15 anos incompletos	10	15,6	9	14,1
15 a 20 anos incompletos	5	7,8	4	6,3
Mais de 20 anos completos	27	42,2	20	31,3
Total	64	100,0	64	100,0

Tabela 5: Cirurgiões-dentistas da rede de atenção básica à saúde da PMF que possuem pós-graduação

	Frequência	Percentual
Sim	49	76,6
Não	15	23,4
Total	64	100,0

Tabela 6: Área de especialidade dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF que possuem pós-graduação

	Frequência	Percentual
Saúde Coletiva	29	59,18%
Saúde Coletiva e Clínica	10	20,40%
Clínica	10	20,40%
Total	49	100,0

² Segundo as regras da revista selecionada para publicação deste trabalho, apenas cinco figuras podem ser incluídas.

Tabela 7: Diferença de relevância entre os tratamentos ortodônticos elencados, segundo a perspectiva dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF

	Frequência	Percentual
Sim	25	39,1
Não	39	60,9
Total	64	100,0

Tabela 8: Tratamentos ortodônticos mais relevantes segundo a perspectiva dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF

	Frequência	Percentual
Manutenção de espaço	7	28,0
Recuperação de espaço	2	8,0
Controle de hábitos deletérios	9	36,0
Mordida Cruzada	5	20,0
Mordida aberta	2	8,0
Total	25	100,0

Tabela 9: Interesse dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF em realizar procedimentos ortodônticos preventivos e interceptivos nas UBS

	Frequência	Percentual
Sim, sem capacitação	2	3,1
Sim, com capacitação	41	64,1
Não possui interesse	21	32,8
Total	64	100,0

Tabela 10 - Motivos apontados pelos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF para não terem interesse em realizar procedimentos ortodônticos preventivos e interceptivos nas UBS em Florianópolis

	Frequência
Sobrecarga de serviço: tempo, demanda, recursos humanos	10
Ortodontia (mesmo a preventiva) não é papel da atenção básica	5
Falta de habilidade profissional (capacitação)	4
Profissional em processo de aposentadoria	3
Falta de recursos financeiros e materiais	2

Serviços ainda insatisfatórios/insuficientes	2
Profissional não gosta de realizar esses procedimentos	1
Total	27

Tabela 11: Necessidade de se introduzir outros tipos de tratamentos ortodônticos além dos mencionados

	Frequência	Percentual
Sim	12	18,8
Não	52	81,3
Total	64	100,0

Tabela 12: Aspectos, segundo a perspectiva dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF, que poderiam dificultar a viabilização da realização de procedimentos ortodônticos nas UBS

Possíveis barreiras aos serviços de ortodontia na Atenção Básica	Frequência
Excesso de demanda já existente	18
Falta de recursos humanos	13
Somente as dificuldades já citadas	11
Precariedade da AB e falta de resolutividade	11
Falta de adesão e/ou manutenção do tratamento ortodôntico	8
Falta de capacitação e/ou habilidade dos CDs e auxiliares	7
Falta de interesse profissional por parte dos CDs	4
A possível procura de tratamento somente por estética	3
Aspectos logísticos	3
Baixa remuneração profissional	2
Falta de recursos financeiros	2
Serviço de referência e contra- referência ineficaz	2
Falta de espaço e estrutura física	2
Necessidade de materiais de qualidade adequada	2
Seleção dos pacientes	2
Vontade política	1
Necessidade de fonoaudiólogos	1
Conseguir reunir todas as condições citadas	1
Manutenção dos equipamentos	1
Falta de tempo para outras atribuições da atenção básica (fora do consultório)	1
Alta demanda por ortodontia corretiva	1

Ortodontia demanda tratamento de longo prazo	1
Dificuldade no controle periódico do tratamento	1

Tabela 13: Aspectos positivos da introdução do serviço ortodôntico nas UBS, segundo a perspectiva dos CDs da rede de atenção básica à saúde da PMF

Aspectos positivos	Frequência
Prevenção de patologias bucais transmissíveis e/ou não transmissíveis	23
Integralidade da atenção à saúde bucal	16
Melhora da saúde e/ou qualidade de vida	10
Universalidade e/ou ampliação do acesso	10
Resolutividade da assistência	8
Melhora da “saúde bucal”	7
Melhora da estética	6
Efetivação do direito à saúde	4
Ampliação dos postos de trabalho para CDs	3
Satisfação profissional	2
Ampliação da atenção secundária e possibilidade de referenciar para a ortodontia como serviço de média complexidade	2
Valorização da odontologia	1
Ausência de aspectos positivos para a coletividade	1

ANEXOS

ANEXO 1 – PROTOCOLO DE ATENÇÃO ÀS OCLUSOPATIAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Prioridade	Diagnóstico	Tratamento
Primárias Devem ser tratadas	Perda precoce de dentes decíduos	Manter e recuperar espaço
	Erupção de dente supranumerário	Extraír
	Agenesia	Investigar e controlar
	Dentes decíduos retidos	Extraír ou controlar
	Erupção atrasada de dentes	Investigar
	Impacção de primeiro molar	Investigar e controlar
	Primeiro molar permanente com cárie (sem possibilidade de tratamento)	Extraír
	Hábitos bucais	Controlar hábitos e sequelas
	Mordida aberta anterior	Intervir
	Mordida cruzada posterior dentária	Intervir
	Mordida cruzada anterior dento alveolar (incisivos superiores retroinclinados e/ou os incisivos inferiores inclinados para vestibular, com padrão basal de Classe I)	Intervir
Secundárias Podem ser tratadas	Discrepância dente-osso negativa	Extrações seriadas
	Mordida cruzada posterior esquelética	Intervir
	Classe II esquelética, com relação dentária completa de Classe II, associado a desequilíbrios funcionais	Intervir
	Falsa Classe III, com incisivos em relação de topo em Relação Cêntrica, e deslizamento para a relação dentária de Classe III em Máxima Intercuspidação Habitual	Intervir
	Classe III com deficiência maxilar	Intervir
Inexistentes Não devem ser tratadas	Fase do “Patinho Feio”	Não intervir (raras exceções)
	Classe III com prognatismo mandibular	Intervenção postergada
	Classe II com severa deficiência mandibular	Intervenção postergada
	Classe I com biprotrusão	Intervenção postergada

Fonte: HEBLING *et al.*, (2007)

ANEXO 2 – DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA OS TRATAMENTOS ORTODÔNTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Radiografia panorâmica	Radiografia panorâmica	Radiografia panorâmica	Radiografia panorâmica
Radiografia periapical região	Radiografia periapical anterior superior e inferior	Radiografia periapical anterior superior e inferior	Radiografia periapical anterior superior e inferior
	Modelos de arquivo	Teleradiografia, com os traçados cefalométricos a serem definidos pelo profissional local segundo a técnica ortodôntica utilizado pelo mesmo	Teleradiografia, com os traçados cefalométricos a serem definidos pelo profissional local segundo a técnica ortodôntica utilizado pelo mesmo
		Fotos em papel intrabucais e extrabucais	Fotos em papel intrabucais e extrabucais
		Modelos de arquivo	Modelos de arquivo
			Radiografias opcionais: oclusal da maxila e/ou carpal e/ou frontal e/ou periapical boca toda

Fonte: HEBLING *et al.*, (2007)

ANEXO 3 – DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DE ACORDO COM O TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Prioridade	Diagnóstico	Documentação
Primária Devem ser tratados	Perda precoce de dentes decíduos	Tipo II
	Erupção de dente supranumerário	Tipo I
	Agnesia	Tipo I
	Dentes decíduos retidos	Tipo I
	Erupção atrasada de dentes	Tipo I
	Impacção de primeiro molar	Tipo I
	Primeiro molar permanente com cárie (sem possibilidade de tratamento)	Tipo I
	Hábitos bucais	Tipo II
	Mordida aberta anterior	Tipo II
	Mordida cruzada posterior dentária	Tipo II
	Mordida cruzada anterior dentoalveolar	Tipo II
Secundária Podem ser tratados	Discrepância dente-osso negativa	Tipo III
	Mordida cruzada posterior esquelética	Tipo IV
	Classe II esquelética	Tipo III
	Falsa Classe III	Tipo III
	Classe III com deficiência maxilar	Tipo IV

Fonte: HEBLING *et al.*, (2007)

ANEXO 4 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2153

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2153 **FR:** 444868

TÍTULO: ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTIVA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUS: A VISÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

AUTOR: Mirelle Finkler, Samuel Carlos Guzzo

FLORIANÓPOLIS, 17 de Outubro de 2011.


Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPSH/UFSC