

**INSTITUTO ODONTOLÓGICO DO NORDESTE – IDENT**  
**FACULDADE DE SETE LAGOAS – FACSETE**

**IRIS JANAINA RAMOS LIMA ARAGÃO**

**ORTODONTIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE  
BUCAL NO BRASIL**

**MACEIÓ/AL**

**2021**

IRIS JANAINA RAMOS LIMA ARAGÃO

**ORTODONTIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE  
BUCAL NO BRASIL:**

Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Odontologia do Instituto Odontológico do Nordeste – IDENT e Faculdade de Sete Lagoas – FACSETE, como requisito para obtenção do título de Ortodontista.

Orientador: Francisco de Assis Lúcio Santana.

**MACEIÓ/AL**

**2021**

## **A Ortodontia nas Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil**

### **RESUMO**

Os problemas de posicionamento dentário e mau relacionamento dos ossos maxilares, as más-oclusões dentárias são o terceiro problema odontológico de saúde pública no Brasil. A II Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, define que a saúde bucal é parte integrante e geral da saúde do indivíduo - portanto, relacionada às condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, serviços de saúde e informação. No Brasil, o caminho a ser percorrido é longo até que se possa oferecer uma cobertura mais universal e com mais equidade no tratamento ortodôntico destinado à população, obtendo-se a tratamentos básicos, da profilaxia a extrações.

Palavra – Chave: Políticas Públicas; Ortodontia; Saúde Bucal

### **ABSTRACT**

Dental positioning problems and poor relationship of the maxillary bonés, dental malocclusions are the third dental public health problem in Brazil. The II National Conference on Oral Health, held in 1993, defines that oral health is na integral and general part of the individual's health – therefore, related to the conditions of sanitation, food, housing, work, education, income, transport, leisure, services of health na information. In brazil, there is a long way to go before it is possible to offer more universal coverage and with more equity in orthodontic treatment for the population, obtaining basic treatments, from prophylaxis to extractions.

KEY – WORDS: Public Policies; Orthodontics; Oral Health

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	05
A SAÚDE BUCAL NO BRASIL.....	06
PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE.....	12
OS CRITÉRIOS DE TRIAGEM PARA TRATAMENTO ORTODÔNICO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE.....	13
CONCLUSÃO.....	17

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) observou que os problemas de posicionamento dentário e mau relacionamento dos ossos maxilares, as más-oclusões dentárias são o terceiro problema odontológico de saúde pública no Brasil (SILVA FILHO et al., 1990).

Segundo Nadanovsky (2000), na década de 70 houve grande declínio da cárie nos países desenvolvidos. Resultando para que esses países intensificassem a atenção em saúde na questão das más-oclusões dentárias.

Alguns países como a Inglaterra, Nova Zelândia, Suécia e Finlândia, em se tratando de saúde bucal, oferecem em seus sistemas públicos de saúde tratamento ortodôntico para os casos mais graves ou deformantes. Segundo Janvinen (2001), afirma que nesses países o paciente é submetido a um índice classificatório, que determina se há ou não necessidade de realizar o tratamento, caso seja necessário, o tratamento é oferecido pelo Estado como benefício.

Jenny (1975), fala que o critério de seleção utilizado por esses países é baseado em índices oclusais, que se referem às condições bucais do indivíduo e podem também conter fatores psicossociais relativos às más-oclusões nesses processos de triagem.

A II Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, define que a saúde bucal é parte integrante e geral da saúde do indivíduo - portanto, relacionada às condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, serviços de saúde e informação (CFO, 1993).

Diante de todos os problemas relacionados a saúde bucal que mais afligem a população, os mais graves e prevalentes são as cáries, a doença periodontal e as más-oclusões, sendo os dois primeiros mais comuns tratados ou prevenidos em nível de saúde pública, mas em segundo plano está a preocupação com as más-oclusões.

No Brasil a diminuição da cárie começou a ser observado tardiamente e de forma limitada, mas futuramente poderá levar a uma futura inclusão da Ortodontia no SUS, sendo as más-oclusões assumindo uma importância ainda maior em saúde bucal.

As transformação epidemiológica por que passa a saúde bucal, ocasionado por grande prevalência das más-oclusões, com o forte declínio das cáries, e com base nos princípios constitucionais de integralidade e equidade, tornou-se necessário viabilizar a incorporação dos procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. Para tais implementações dessas políticas deve-se observar em que condições e para quem o tratamento ortodôntico deverá ser oferecido no sistema público de saúde, observando suas limitações financeiras e de recursos humanos.

No Brasil, o caminho a ser percorrido é longo até que se possa oferecer uma cobertura mais universal e com mais equidade no tratamento ortodôntico destinado à população, já que a Portaria nº 267, de 6 de março de 2001, do Ministério da Saúde define alguns procedimentos para serem utilizados em suas unidades de saúde.

As unidades básicas de saúde tem o odontólogo como integrante em sua equipe no qual possibilita uma perspectiva de análise, não só os fatores biológicos, mas os psicossociais, econômicos e relacionados à gravidade da má-oclusão dentária que devem estar presentes nesses critérios.

O Brasil enfrenta dificuldades de dimensões muito maiores para que haja abrangência do serviço de ortodontia, sendo poucos os municípios que possuem os centros especializados em ortodontia. Assim, a seleção prévia é necessária, pois se até os países mais ricos impõem restrições quanto ao tratamento ortodôntico custeado por seus sistemas públicos de saúde.

## **A SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

Garantido pela Constituição Federal de 1988 (CF-88) O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do povo brasileiro, que estabelece que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” e regulamentado pela Lei nº. 8.080/19902. O SUS é financiado com os impostos do cidadão – ou seja, com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social (CARRER 2018)

O SUS passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Considerado um dos maiores e

melhores sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS beneficia cerca de 75% dos brasileiros, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde; desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Mas abarca toda a população com ações de promoção e prevenção da saúde, pois, paralelamente à realização de consultas, exames e internações, o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos (NUNES 2000; NUNES 2006)

A saúde bucal no Brasil reflete algumas das principais características da sociedade: economia em crise, desigualdades sociais enormes, crescente número de pessoas em pobreza extrema. Esse fato leva quase 70% da população, situada nos extratos de baixa e muito baixa renda, para longe dos serviços odontológicos particulares.

Segundo Pinto (2000), no Brasil, 70% do total de gastos com saúde bucal estão alocados no setor privado e apenas 30% no setor público, transformando a prática odontológica em privada e curativa.

Há um conjunto de evidências que demonstram que para a garantia da sua sustentabilidade, os sistemas de saúde necessitam ter uma Atenção Primária Saúde (APS) forte e resolutiva. Estudos mostram que, quanto mais eficiente à atenção primária, maior será a eficiência da atenção especializada.

No Brasil, a APS já se mostrou indispensável para a operacionalização e a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2011, a APS brasileira alcançou cobertura de mais da metade da população brasileira, reduziu a mortalidade infantil e as internações por condições sensíveis e possibilitou a ampliação do acesso a serviços de saúde para populações vulneráveis do ponto de vista social e sanitário. (CARRER 2019)

A estruturação da rede está organizada em diferentes níveis de atenção, contemplando medidas de promoção, prevenção e tratamento e em uma lógica de atuação multidisciplinar. Para alguns atores envolvidos na rede de saúde bucal, ela ainda se apresenta de forma inicial e deslocada das outras redes de atenção, mas o fortalecimento da atenção primária à saúde, com as eSB, e a

continuidade da atenção por meio dos CEOs, vem contribuindo para essa estruturação. (MELLO 2014)

A prática colaborativa Inter profissional é cada vez mais requerida para tornar a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral, em função da crescente complexidade dos problemas de saúde. Nesta prática os profissionais buscam realizar um trabalho compartilhado com ações coletivas voltadas a tarefas comuns (RIGO 2016; BRASIL 2018). Utiliza eficazmente os recursos de forma a atender às necessidades práticas específicas da população e fornecer melhores cuidados primários à saúde. (BRASIL 2014)

Em saúde bucal a questão do mau posicionamento dos dentes e dos maxilares, que revela uma infinidade de implicações biológicas e sociais mais complexas do que simples problemas estéticos, fazendo com que a questão mereça se tornar alvo de políticas públicas e da preocupação dos gestores, galgando a conquista de um patamar igualitário de aproximação ortodontia na saúde pública. O setor privado pode se encarregar de absorver a demanda das pessoas que buscam tratamento por motivos estéticos, enquanto os portadores de casos mais severos, que não podem arcar com os custos do tratamento, o receberiam via sistema público. (MACIEL e KORNIS 2006)

Má-oclusão dentária, do ponto de vista clínico, são alterações no posicionamento dos dentes e ossos maxilares, anomalias dento faciais, mas não são condições agudas que requerem tratamento imediato e podem, ou não, predispor a outras doenças ou sequelas. (MACIEL e KORNIS 2006). Somente condições que desviam de uma oclusão aceitável e que afetam realmente a saúde da pessoa, é que se enquadram na classificação e seriam de interesse para a saúde pública.

Sob o aspecto social e cultural das doenças, as más-oclusões podem ser incluídas entre as alterações bucais que mais interferem na qualidade de vida da população, pois afetam a estética facial, causam prejuízos à mastigação, à fala, à interação social e diminuem o sentido de bem-estar. O aspecto estético exerce grande influência na integração social dos indivíduos e as deformidades faciais causam mais impacto que as demais deformidades físicas (PERES et al., 2002).

Os indivíduos com melhor aparência dental são considerados pelos seus pares como mais inteligentes, além de mais bonitos, em relação às pessoas que

apresentam algum tipo de problema oclusal, principalmente as faces com posicionamento incorreto dos incisivos (BALDWIN, 1980).

As causas das más-oclusões, para Proffit (2002), são inespecíficas, pois sempre interagem, deixando que raramente um só fator as cause sozinho. Destacam-se, entre os agentes causadores e exacerbantes, a genética, hábitos musculares nocivos, hábitos de sucção digital ou de chupeta, respiração bucal ou respiração nasal prejudicada, postura anormal da língua em repouso ou durante a fala e traumatismos dento faciais. As cáries também podem influenciar, levando à perda precoce dos dentes decíduos. Esse fator age mais sobre a população de baixa renda, causando perdas precoces dos dentes decíduos e permanentes (SILVA FILHO et al., 2000), gerando impactações ou apenamentos dos permanentes.

A ausência de dados epidemiológicos confiáveis quanto aos problemas de más-oclusões dentárias na literatura, divergem consideravelmente de pesquisa para pesquisa, geralmente devido ao critério de classificação, à subjetividade adotada pelos pesquisadores e aos fatores socioeconômicos.

Mas é sabido que tais agravos são considerados o problema de saúde que ocupa o terceiro lugar em prevalência entre as enfermidades bucais. Galvão et al. (1994) comentam que classificar e mensurar as más-oclusões é tarefa difícil, principalmente por se tratar de um país onde a miscigenação da população é imensa, uma vez que cada grupo populacional apresenta padrões faciais e bucais específicos. Todavia, todos os trabalhos mostram alta porcentagem de más-oclusões, raramente inferior a 50%.

A busca por terapia ortodôntica não pode ser considerada mera vaidade, mas uma resposta à avaliação social e ao conceito de estética, que varia de indivíduo para indivíduo, e em diferentes populações, dependendo das tradições culturais (KEROSUO et al., 1995; PERES et al., 2002).

As questões culturais são decisivas neste aspecto, pois crianças e adultos têm uma tendência maior de rejeição a problemas craniofaciais que, por exemplo, ao uso de uma cadeira de rodas ou outras deficiências. Estudos no campo da psicossociologia indicam que a atratividade da face é fator preponderante na interação social.

As pessoas com melhor aparência facial são consideradas mais ativas, mais amistosas e com maior facilidade de iniciar um relacionamento afetivo. E

há evidências do efeito que a região oral detém sobre a estética facial como um todo e, conseqüentemente, nas relações interpessoais (SHAW, 1991).

Kerosuo et al. (1995) relataram que, em um júri simulado, as pessoas com aparência facial melhor foram consideradas menos “culpadas” ou merecedoras de uma “pena mais leve”, quando comparadas com pessoas cujas faces eram consideradas pobres em estética.

O impacto psicológico provocado por certas oclusopatias é tanto maior quanto mais severo for o problema, sempre evocando nas pessoas uma tendência a se tornarem caricaturas, ridículas aos olhos alheios e um estímulo às provocações. Essa agressão psicológica pode causar desordens no comportamento e desajustes na personalidade. E essas pessoas seriam mais resignadas e estoicas, comportando-se mais passivamente diante das situações desfavoráveis, como se a agressão social as moldasse e imobilizasse.

Shaw (1991) relatou que é de grande importância uma infância satisfatória com relações normais entre os colegas, para que se tenha uma vida futura com sucesso social e equilíbrio emocional. A rejeição por seus pares pode influenciar toda a vida futura da criança. Uma aparência facial particularmente influenciada pelos dentes, que evoque julgamentos sociais desfavoráveis, é muito importante para a estabilidade psicológica da criança, pois pode impor a ela situações que a marcarão o resto de sua vida.

Relatado na literatura através de Dawson, (1993) que o posicionamento incorreto dos dentes causaria desordens nas articulações têm poro-mandibulares, por alterar a posição do disco articular, aumentar os tónus dos músculos da mastigação, além de comprimir os tecidos articulares. Não há dúvidas de que uma política pública de saúde bucal que inclua a ortodontia deva levar em conta os aspectos psicológicos, sociais e culturais que debilitam o indivíduo. O grau em que o fator má-oclusão causa danos ao indivíduo é proporcional ao grau de resposta negativa por parte das outras pessoas estigmatizadas e a pessoa vítima de uma estigmatização é tida como desacreditada socialmente.

Os distúrbios morfológicos e funcionais da boca influenciam a ação esqueleto-motora dos músculos da mastigação. Os maxilares e os contatos dentários exercem influência física sobre o funcionamento dos músculos mastigatórios, sobre suas fibras, unidades motoras e estruturas circunvizinhas.

Quando ocorre uma quebra do equilíbrio anatômico e neurológico da região, as dores orofaciais surgem como produto dessas alterações, que podem influenciar também a harmonia existente entre crânio e mandíbula e entre crânio e coluna cervical.

Jones (1994) relatou um estudo que encontrou grande correlação estatística entre discrepâncias oclusais e disfunções têm poro-mandibulares. Também relatou forte relação entre a terapia oclusal e a diminuição de dores nas referidas articulações. Quando as discrepâncias oclusais coexistem com problemas articulares, o tratamento ortodôntico deve ser indicado, mas sempre observando o grau de influência do estresse nessa patogenia, sendo este comumente ligado às disfunções articulares.

Jenny (1975) afirmou que o nível socioeconômico também é importante e influi na questão das más-oclusões, pois nem todas as famílias podem arcar com os custos de um tratamento ortodôntico, com especial ênfase para os grupos menos favorecidos. Comentou, ainda, que os indivíduos pertencentes a essas famílias devem ser avaliados não só sob o critério biológico, mas também sob o econômico, para possível acesso a tratamento nos sistemas públicos de saúde.

Para Petersen (1990) e Moysés (2000), é convincente dizer que os mais pobres têm pior saúde dental que os mais ricos, embora não seja regra geral, pois a associação entre pobreza e doenças dentais não é universal. Contudo, o status socioeconômico é decisivo no caso da demanda para tratamento. Muitas doenças afetam sobretudo, os grupos sociais menos favorecidos, privados de acesso às políticas públicas de saúde e aos serviços particulares.

O acesso a este serviço é prerrogativa das classes sociais mais privilegiadas que podem pagar pelos serviços, restando à população de baixa renda lutar pelas escassas fichas de consulta nas unidades públicas de saúde ou se “contentar” com a exclusão de não ter acesso ao serviço.

Um dos avanços que merecem destaque no cenário do cuidado integral no SUS foi a inserção da saúde bucal, ainda que tardia, por meio de uma política específica, articulada e com financiamento considerável, chamada “Brasil Sorridente” (Política Nacional de Saúde Bucal) (BRASIL 2018).

## **PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE**

Criado em 2004 pelo governo federal, o Brasil Sorridente assumiu um importante papel de indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados, criando linhas de financiamento específicos para criação de novas equipes de saúde bucal (eSB), para construção e implantação de Centros de atenção secundária e terciária dentre outras ações, que fizeram do Brasil Sorridente a maior política pública de saúde bucal do mundo (PUCCA et al 2015).

A odontologia é historicamente uma profissão que atua no setor privado, em um modelo individual e prioritariamente curativista. No entanto, com essa nova demanda, foi necessário “desprogramar” essa prática e incorporar ações que fortalecesse o coletivo, a atenção primária e sobretudo trabalhar em uma perspectiva de redes de atenção à saúde, com vistas ao fortalecimento e à expansão do Brasil Sorridente: a maior política pública de saúde bucal do mundo.

Essa nova proposta da odontologia, inserida e articulada no SUS, também impôs aos profissionais e ao sistema novos modelos de cuidado. (BRASIL 2014).

Kassebaum et al 2015; Antunes et al 2010, afirma que inúmeras condições de saúde bucal são reconhecidas como problemas de saúde coletiva em função de sua prevalência, gravidade, impacto individual e comunitário, no qual resultam ao sistema de saúde o desenvolvimento de métodos efetivos e eficazes de prevenção e tratamento destes agravos.

No Brasil, a saúde bucal tem sido apontada como um dos motivos mais relevantes para demanda por cuidados de saúde. Dessa forma, a população permanece continuamente exposta aos fatores de risco e de proteção, que podem incidir de modo desigual sobre os estratos sociais, provocando iniquidades em saúde bucal. (BRASIL 2014)

Na configuração das Redes de Atenção, a Atenção Primária em Saúde (APS) responsabiliza-se pela atenção à saúde bucal de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; responsabilizando-se por esse

usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema; e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede (LAVRAS 2011).

Desta forma, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) podem ser considerados como elementos-chave na configuração da Rede de Atenção à Saúde Bucal ao favorecer o acesso da população a procedimentos de maior complexidade tecnológica, não contemplada nas unidades básicas de saúde (UBS).

A expansão do número de CEOs observada até 2014, bem como de outros serviços como os Laboratórios de Prótese Dentária, permitiu identificar tais unidades como importantes pontos na configuração das Redes de Atenção à Saúde Bucal nos estados e municípios, com potencial expressivo de garantir a integralidade do cuidado.

Em 2003 a saúde bucal entrou na agenda governamental e a política foi formulada e implementada no país. Entretanto, vale ressaltar que este é um processo em construção e que a rede de atenção em saúde bucal precisa ser ampliada, aprimorada e sedimentada para que o Brasil Sorridente se transforme em uma política de estado e não de governos que se sucedem, e com isto resista como política perene principalmente em épocas de crise econômica e política como a que estamos vivenciando atualmente. (DONIEC et al 2018)

## **OS CRITÉRIOS DE TRIAGEM PARA TRATAMENTO ORTODÔNTICO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE**

A ortodontia está ligada ao serviço público de saúde de vários países, como Dinamarca, Finlândia, Grã Bretanha, Holanda e Suécia, onde é subsidiada pelo governo. Entretanto, os pacientes usuários são submetidos a uma aplicação de índices classificatórios das más-oclusões, de acordo com a necessidade de tratamento apresentada, o que os seleciona de acordo com a gravidade do caso (JANVINEN, 2001).

O financiamento para o tratamento ortodôntico, mesmo nos países desenvolvidos e ricos, é assunto que gera grande discussão. Cada país adota seu próprio sistema, que varia desde o financiamento completo a uma total privatização, com a absorção desses custos inteiramente por parte da família,

passando por sistemas mistos e co-financiados que cobrem parcialmente certos casos ou totalmente os mais complexos. (MACIEL e KORNIS 2006)

Apesar de o acesso à ortodontia ser gratuito para todos nesses países, não são cobertos tratamentos de casos simples ou por motivos somente estéticos. Se o sistema público de saúde dos países mais pobres, inclusive o Brasil, inserirem o tratamento ortodôntico nas políticas de saúde pública, as restrições devem ser ainda maiores, devido à maior carência de recursos.

Além dos movimentos internacionais existe atualmente uma rede nacional para potencializar as pesquisas dentro do Brasil. Esta rede de colaboração nacional tem um compromisso radical com a democracia e com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde constitucional, tem como princípios doutrinários a universalidade do acesso, a equidade de suas ações e a integralidade do cuidado. Nossa rede trabalha com a convicção de que o Brasil Sorridente foi uma grande conquista para a população brasileira e para os dentistas, pois o SUS tornou-se o maior empregador da mão de obra de saúde bucal no país. (BRASIL 2004).

Com o passar dos anos, a partir de 2004, surgiram inúmeras iniciativas bem-sucedidas, idealizadas pelas equipes de saúde bucal por todo o Brasil, que demonstram a força e o comprometimento das bravas e bravos trabalhadores/trabalhadoras do Brasil Sorridente, que diante de limitações impostas pela realidade e enormes desafios cotidianos apresentam soluções criativas para garantir cuidado à população.

O acesso igualitário depende de uma seleção para tratamento não excludente, mas que definirá prioridades. Dada a escassez de recursos para o financiamento de tais ações, a triagem define a severidade dos casos para tratamento e os mais graves teriam preferência em detrimento de outros que poderão ser tratados mais tarde. A clientela beneficiada pode representar pouco em um universo de grandes desigualdades e necessidades a elas equivalentes, mas, em contrapartida, é uma proposta exequível, um ideal atingível que pode, além de continuar atendendo a dezenas de pessoas, direcionar esse benefício para onde houver maiores necessidades, sejam elas de ordem econômica, social ou biológica.

Nas eSF, as fichas são reduzidas, o que se comprova que só a minoria da população é atendida. No entanto, para aqueles que tem acesso são seguidos alguns aspectos.

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

Os critérios clínicos não são capazes de avaliar o impacto social das oclusopatias na qualidade de vida das pessoas, pois se restringem ao âmbito estético e funcional. As más-oclusões são divididas em cinco níveis: os níveis 1 e 2 representam, respectivamente, nenhuma necessidade de tratamento ou uma leve necessidade; o nível 3 é fronteiro entre necessidade ou não de um tratamento; níveis 4 e 5 denotam grande necessidade de tratamento ortodôntico (BURDEN et al., 2001; ERTUGAY; ÜÇÜNGÜ, 2001).

Os critérios clínicos e/ou epidemiológicos para diagnóstico das más-oclusões subestimam inclusive o fator sociológico (KROOCHER et al., 2001; PERES et al., 2002). Há, porém, forte indício de que os tempos mudaram. A tendência agora, em países onde se pratica o bem-estar social e a ortodontia é oferecida pelo setor público, é a da observação do paciente como um todo, o indivíduo inserido na sociedade. Os governos internacionais vêm priorizando o tratamento das más-oclusões, por causa do declínio das cáries vis-à-vis o impacto social daquelas, e acoplado à classificação das más-oclusões, são utilizados questionários definidores do status psicossocial do pretendente ao tratamento (RICHMOND et al., 2001).

Sheiham (2000) fez um relato sobre Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD), elaborado e utilizado pelo Departamento de

Epidemiologia e Saúde Pública do University College London. Esse índice se baseia na Classificação Internacional de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da OMS, criado em 1980 e modificado por Lockerem em 1988 para uso em Odontologia. No questionário são analisados oito critérios, correspondentes ao impacto da estética e fisiologia bucal na vida do paciente.

Para a obtenção dos escores, cada critério tem um valor, em intensidade, conferido pelo paciente, e o paciente confere, também, a cada um desses itens, numa escala de 0 a 5, a frequência com que o referido problema o atrapalha. Esses valores são multiplicados um pelo outro em cada critério, e se obtém o escore final.

Depois da avaliação, o profissional da equipe decide se o mesmo poderá dar continuidade ao tratamento, encaminha ao Buco Maxilo ou para um Centro de Especialidade Odontológica caso tenha em seu município de atuação.

A implementação de políticas públicas é um processo complexo, que requer o envolvimento dos diferentes atores, entre eles, gestores, profissionais da saúde, pesquisadores, sociedade civil, entre outros. Sendo assim, é fundamental que o país crie mecanismos favoráveis para sua concretização. Além disso, de acordo com o Framework “3i” as políticas públicas são baseadas no tripé “instituições, ideias e interesses”, onde cada um desses componentes orientam o processo político (Gauvin 2014).

Sendo um procedimento realizado ainda em países bem desenvolvidos, infelizmente, no Brasil, em nosso sistema único de saúde, ainda são poucos os municípios que dispõem de um atendimento de ortodontia, limitando-se aos tratamentos de prevenção, restauração, extração e a parte de endodontia para os municípios que possuem os CEOs.

## **CONCLUSÃO**

A implementação de políticas públicas é um processo complexo, que requer o envolvimento dos diferentes atores, entre eles, gestores, profissionais da saúde, pesquisadores, sociedade civil, entre outros. Sendo assim, é fundamental que o país crie mecanismos favoráveis para sua concretização.

As unidades básicas de saúde atual em suas limitações em extração, restauração e encaminhando para os CEOs os casos necessários, podendo até encaminhar para os profissionais em Buco Maxilo Facial.

O Brasil Sorridente, representado pelas Diretrizes da Política Nacional da Política de Saúde Bucal, exerceu um importante papel indutor de grandes avanços na reorganização da atenção primária, no acesso às especialidades odontológicas e atenção hospitalar, na resolutividade dos problemas de saúde bucal, no cuidado integral e no desenho da rede de atenção à saúde bucal no país.

## **REFERENCIAS**

ANTUNES JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rer. Saúde Pública. 2010; 44: 360-5.

AndradeL, S. F. de Mello, S. R. de A, S. J. Moysés, e A. L. Erdmann, “Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização”, *Cien. Saude Colet.*, vol. 19, no 1, p. 205–214, jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf)

BRASIL, “Portal do Departamento de Atenção Básica”, 2018. [Online]. Available at: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: Manual instrutivo - Fi-cha de qualificação dos indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 80 p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/pmaq-saude-bucal.pdf>

CARRER, F.C.A & PUCCA JUNIOR G.A. Sistema Único de Saúde. IN: 2. Observatório ibero-americano de políticas públicas em saúde bucal: construindo um bloco por mais saúde bucal / [Coord. ] Fernanda Campos de Almeida Carrer e Gilberto Alfredo Pucca Ju-nior: [Org.] Dorival Pedroso da Silva [et al.] – São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2018, 118 p.

CARRER, Fernanda Campos de Almeida. SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir / [Coord. ] Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Maria Ercília de Araújo. [Org. ] Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante. – São Paulo : Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

Gauvin, F.-P., “Understanding Policy Developments and Choices Through 3-i framework: Interests, Ideas and Institutions”, *Natl. Collab. Cent. Heal. Public Policy*, 2014.

Pucca. G. A., M. Gabriel, M. E. D. De Araujo, e F. C. S. De Almeida, “Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges”, *J. Dent. Res.*, vol. 94, no 10, p. 1333–1337, out. 2015.

KASSEBAUM NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res.* 2015;94(5):650-8.

KING; K. Doniec, R. Dall’Alba, e L, “Brazil’s health catastrophe in the making.”, *Lancet* (London, England), vol. 0, no 0, jul. 2018.

LAVRAS C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 251-64, 2000.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto, In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 295-315.

RIGO L, Dalazen J, Garbin RR. Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. *Einstein*. 2016;14(2):219-25.

SÉRGIO MURTA MACIEL\* GEORGE EDWARD MACHADO KORNIS\*\*A  
ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na  
Universidade Federal de Juiz de Fora, 2006.